

**UNIVERZA V LJUBLJANI**  
**FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

**Marjeta TASIČ**

**ORGANIZACIJA IN FINANCIRANJE**  
**ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI**

**Magistrsko delo**

**Mentor:izr.prof.dr. Marjan BREZOVŠEK**

**Ljubljana, 2005**

## **Z A H V A L A**

*S posebnim spoštovanjem se  
zahvaljujem svojemu mentorju  
izr.prof.dr. Marjanu Brezovšku za  
nasvete in pomoč, spodbudo,  
strokovno vodenje in vztrajanje pri  
izdelavi magistrskega dela.*

*Hvala pokojnima materi in očetu, ki  
sta verjela vame in me vzpodbudila k  
izbiri magistrskega študija.*

*S hvaležnostjo se zahvaljujem soprogu  
Štefanu in sinovoma Gašperju in  
Janezu za potrpežljivost in  
razumevanje ter prevzemanje mojih  
družinskih obveznosti v času, ko sem  
se posvečala magisteriju.*

# K A Z A L O

<b>1. UVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Metodološka izhodišča magistrskega dela .....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Izhodišča in omejitve magistrskega dela .....	9
1.1.2. Cilji magistrskega dela .....	9
1.1.3. Hipotezi .....	10
1.1.4. Metodologija dela .....	10
1.1.5. Ključni pojmi in terminologija .....	11
1.1.6. Kratice .....	13
<b>2. TEORIJA ORGANIZACIJE KOT SISTEMA</b>	
<b>2.1. Splošno .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. Tipi organizacijskih struktur .....</b>	<b>18</b>
2.2.1. Klasični tipi organizacijskih struktur .....	18
2.2.2. Virtualna organizacija .....	22
2.2.3. Skupnost e-poslovanja (SEP) .....	22
<b>2.3. Organizacijska struktura v zdravstveni dejavnosti .....</b>	<b>24</b>
2.3.1. Splošno .....	24
2.3.2. Vpliv novih trendov organiziranosti na razvoj in organiziranost zdravstvene dejavnosti .....	26
<b>3. PREGLED ZGODOVINSKEGA RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA OZEMLJU REPUBLIKE SLOVENIJE</b>	
<b>3.1. Splošno .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Obdobje do druge svetovne vojne .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3. Obdobje po drugi svetovni vojni .....</b>	<b>32</b>
3.3.1. Obdobje med 1945. in 1979. letom .....	32
3.3.2. Obdobje med 1980. in 1992. letom .....	37
3.3.3. Zdravstvena reforma leta 1992 .....	40
3.3.4. Zdravstvena reforma leta 2004 .....	40

<b>4. ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V SISTEMU JAVNE UPRAVE</b>	
<b>4.1. Splošno</b> .....	<b>44</b>
<b>4.2. Organizacija zdravstvene dejavnosti</b> .....	<b>47</b>
4.2.1. Temeljni zunanji dejavniki v razvoju zdravstvene dejavnosti .....	48
4.2.1.1. Splošno .....	48
4.2.1.2. Ekonomski dejavniki .....	49
4.2.1.3. Demografski dejavniki .....	53
4.2.1.4. Epidemiološki dejavniki .....	59
4.2.1.5. Socialno-kulturni dejavniki .....	62
4.2.1.6. Politični dejavniki .....	64
4.2.1.7. Zdravstveni dejavniki .....	67
4.2.2. Temeljni notranji dejavniki v razvoju zdravstvene dejavnosti.....	71
4.2.2.1. Materialni dejavniki .....	71
4.2.2.2. Človeški dejavniki .....	77
4.2.2.2.1. Splošno .....	77
4.2.2.2.2. Ponazoritev principov organizacijske zgradbe.....	80
<b>4.3. Vrste zdravstvene dejavnosti</b> .....	<b>84</b>
4.3.1. Primarno zdravstveno varstvo.....	85
4.3.2. Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo.....	85
4.3.3. Druga zdravstvena dejavnost.....	87
4.3.4. Statusne oblike organizacij zdravstvene dejavnosti.....	89
<b>4.4. Upravljanje</b> .....	<b>90</b>
4.4.1. Splošno .....	90
4.4.2. Organi upravljanja in njihove pristojnosti .....	92
4.4.2.1. Svet zavodov .....	93
4.4.2.2. Direktor .....	94
4.4.2.3. Strokovni svet .....	95
<b>4.5. Predvidene spremembe v organiziranju in poslovanju</b>	
<b>javnih zavodov</b> .....	<b>96</b>
4.5.1. Razlogi za spremembe .....	96
4.5.2. Poglavitne možne rešitve .....	98

<b>5. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI</b>	
<b>5.1. Splošno .....</b>	<b>102</b>
<b>5.2. Financiranje preko sistemov zdravstvenega zavarovanja .....</b>	<b>106</b>
5.2.1. Splošno .....	106
5.2.2. Značilnosti zdravstvenega zavarovanja .....	107
5.2.3. Vrste sistemov zdravstvenega zavarovanja glede na vire financiranja .....	108
<b>5.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje .....</b>	<b>109</b>
5.3.1. Splošno .....	109
5.3.2. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji .....	111
5.3.2.1. Vrednotenje programa obveznega zdravstvenega zavarovanja .....	111
5.3.2.2. Prispevki .....	115
<b>5.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje .....</b>	<b>116</b>
5.4.1. Splošno .....	116
5.4.2. Dodatno zdravstveno zavarovanje .....	118
<b>5.5. Samoplačništvo .....</b>	<b>120</b>
5.5.1. Splošno .....	120
5.5.2. Samoplačništvo z vidika pacienta .....	121
<b>5.6. Financiranje zdravstvene dejavnosti iz proračunov države ali lokalne skupnosti .....</b>	<b>122</b>
<b>6. ZDRAVSTVENI SISTEMI V NEKATERIH DRUGIH DRŽAVAH</b>	
<b>6.1. Splošno .....</b>	<b>124</b>
<b>6.2. Primerjalno pravni pregled .....</b>	<b>125</b>
6.2.1. Nemčija .....	125
6.2.2. Nizozemska.....	127
6.2.3. Italija .....	129
6.2.4. Švedska .....	131
6.2.5. Velika Britanija .....	132
6.2.6. Združene države Amerike .....	134
6.2.7. Nove članice Evropske Unije .....	135
6.2.7.1. Ciper .....	135
6.2.7.2. Češka Republika .....	137

6.2.7.3. Estonija .....	139
6.2.7.4. Madžarska .....	140
6.2.7.5. Latvija .....	141
6.2.7.6. Litva .....	143
6.2.7.7. Malta .....	144
6.2.7.8. Poljska .....	146
6.2.7.9. Slovaška .....	147
<b>6.3. Temeljne značilnosti postkomunističnih držav .....</b>	<b>148</b>
<b>6.4. Primerjalni vidik Slovenije z ostalimi državami .....</b>	<b>151</b>
<b>7. SKLEP .....</b>	<b>153</b>
<b>8. SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE IN DRUGIH VIROV .....</b>	<b>156</b>
<b>9. PRAVNI VIRI .....</b>	<b>160</b>
<b>10. SEZNAM TABEL .....</b>	<b>162</b>
<b>11. SEZNAM SHEM .....</b>	<b>163</b>

## 1. UVOD

Zdravstveno varstvo je sistem ureditve oziroma notranji red, niz med seboj povezanih in soodvisnih elementov in aktivnosti, ki vodijo k zastavljenemu cilju: zdravje prebivalstva. Zato moramo pod pojmom »zdravstveno varstvo« razumeti, ko govorimo o sistemu zdravstvenega varstva, v najširšem pomenu besede, vse medsebojne odnose in ukrepe, ki jih uveljavljamo ljudje, da bi krepili in varovali zdravje ter si ga povrnili, ko zbolimo.

Znotraj tako široko opredeljenega sistema, ki predvsem izhaja iz ugotovitve, da je zdravstveno stanje ali zdravje prebivalstva rezultat medsebojnega delovanja številnih vplivov iz človekovega naravnega in socialnega okolja ter človeških aktivnosti na različnih področjih življenja, lahko sistem zdravstvenega varstva obravnavamo tudi nekoliko ožje. V tem primeru ga lahko okvirno opredelimo po načelih sistemske analize v skladu z namenom zastavljenega proučevanja.

Lahko bi tudi govorili o »podsistemih« znotraj najširše opredeljenega sistema in sicer: o podsistemu zdravstvene dejavnosti, o podsistemu pravic zavarovancev do zdravstvenih storitev, o podsistemu socialne varnosti na področju zdravstvenega varstva, o podsistemu preskrbe prebivalstva z zdravili (od proizvodnje do njihove predaje uporabnikom), o podsistemu financiranja zdravstvenega varstva in drugih.

V pričujočem magistrskem delu bo podrobneje prikazana zdravstvena dejavnost s poudarkom na delovanju zdravstvene dejavnosti v odnosu z okoljem v smislu odprtega organizacijskega sistema in njeni nenehni interakciji z okoljem in s tem povezanem vplivu zunanjih in notranjih dejavnikov na njeno delovanje, na njeno organiziranost in financiranje kot podsistemu socialnega oziroma zdravstvenega varstva negospodarskih javnih služb, predvidene nove rešitve v spremenjeni normativni ureditvi organiziranosti javne zdravstvene službe, primerjalni vidik z nekaterimi drugimi državami.

Za sistem zdravstvenega varstva velja, da so ga »ustvarili ljudje za ljudi«.



## **1.1. Metodološka izhodišča magistrskega dela**

### **1.1.1. Izhodišče in omejitve magistrskega dela**

Temeljno izhodišče magistrskega dela je, da sta organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti odvisni od konstantnih spreminjajočih in razvijajočih interakcij zdravstva z okoljem, torej mnogoterih zunanjih in notranjih, dejavnikov, ki so v magistrskem delu prikazani podrobno.

V magistrskem delu je težišče na proučitvi normativne ureditve slovenske organizacije zdravstvene dejavnosti, saj je posebnost v načinu financiranja tako izrazita, da posledično pomeni tudi bistveno razhajanje v organizaciji zdravstvene dejavnosti v primerjavi s tujimi nacionalnimi tovrstnimi sistemi, poleg tega pa organizacija zdravstvene dejavnosti ni predmet prilagajanja evropskemu pravnemu redu. Magistrsko delo posega na področje primerjalne analize nekaterih drugih držav zgolj z namenom potrditve prejšnje moje trditve o specifičnosti slovenskega zdravstva.

### **1.1.2. Cilji magistrskega dela**

Cilji magistrskega dela so naslednji:

- obrazložitev nekaterih teorij organizacije kot sistema,
- historični prikaz razvoja zdravstva na slovenskem,
- predstavitev zdravstvene dejavnosti v sistemu javne uprave,
- prikaz financiranja zdravstvene dejavnosti,
- ponazoritev zdravstvenih sistemov nekaterih drugih držav in
- primerjava slovenskega zdravstva z nekaterimi drugimi zdravstvenimi sistemi.

V magistrskem delu bom sledila predvsem cilju predstaviti javne zavode na področju zdravstvene dejavnosti, tako na državni ravni kot na lokalni ravni oziroma primarni, sekundarni in terciarni ravni, zlasti njihov status, organe upravljanja, način financiranja, odvisnost oziroma samostojnost do ustanovitelja oziroma ustanoviteljev.

### 1.1.3. Hipotezi

- Spreminjanje vloge države in trga v zdravstveni dejavnosti v smeri krepitev javnega zdravstva in preusmerjanja osrednje pozornosti zdravstvene politike iz aktivnosti, ki so namenjene preprečevanju in zdravljenju "bolezni" v aktivnosti, ki so namenjene ohranjanju in izboljšanju "zdravja".
- Spreminjanje življenjskega sloga posameznika in vzpostavljanje novih vrednot posameznikovega pojmovanja zdravega načina življenja s ciljem doseči tako stopnjo posameznikove zavesti, da bo posameznik vzporedno z metodo obvladovanja tveganj na drugih področjih udeleževan tudi na področju svojega zdravja obvladoval tveganja in s tem vse bolj postajal dejavnik svojega zdravstvenega stanja in počutja.

### 1.1.4. Metodologija dela

Pri izdelavi naloge bom uporabljala različne raziskovalne metode:

- metodo analiz vsebin:
- primarnih virov, kamor uvrščam vse predpise, ki se nanašajo na organizacijo in financiranje zdravstvene dejavnosti;
- sekundarnih virov, to je strokovno literaturo o obravnavanem področju (članki, publikacije, revije, zborniki);
- internetnih virov oziroma preko spletnih strani pristojnih domačih in tujih organizacij pridobljenih dodatnih vsebin in podatkov;
- zgodovinsko- razvojno analizo za prikaz razvoja zdravstvenega varstva na slovenskem;
- metodo deskripcije oziroma deskriptivno metodo za opis obstoječega stanja in dosedanje prakse na obravnavanem področju,
- sistemsko teorijo za opis družbenega podsistema zdravstvene dejavnosti,
- metodo funkcionalne analize vlog in nalog v magistrskem delu obravnavanih subjektov,
- primerjalna metoda za prikaz zdravstva nekaterih drugih držav.

### 1.1.5. Ključni pojmi in terminologija

**Komunalna skupnost socialnega zavarovanja** – je nosilec socialnega zavarovanja, ki združuje vse zavarovance na njenem območju; na ta način se določa krajevna pripadnost zavarovanca k določeni komunalni skupnosti

**Pacient** – je uporabnik zdravstvenih storitev, ne glede na svoje zdravstveno stanje, to je na dejstvo, ali je bolan ali je zdrav

**Pravice iz zdravstvenega zavarovanja** – predmet zdravstvenega zavarovanja so določene dajatve. Po vsebini razlikujemo stvarne (naturalne) dajatve (npr. zdravniški pregled, zdravljenje, zdravila, zobotehnična pomoč, proteze itd.) in denarne dajatve, ki se dajejo v gotovini (npr. nadomestilo plače). Glede na razmerje do zavarovanega primera poznamo izravnalne dajatve, ki abstraktno obravnavajo nastalo škodo (npr. nadomestilo plače, povračilo pogrebnih stroškov), in zdravstvene dajatve, ki so lahko kurativnega značaja, če jim je namen zdravljenje ponovna vzpostavitev zmožnosti za delo (npr. zdravljenje, medicinska rehabilitacija) ali preventivnega značaja, če se dajejo zdravstvene storitve zato, da ne bi prišlo do obolenja (npr. cepljenja in druge vrste imunizacije, saniranje bacilonošcev, dezinfekcija). Dajatve so lahko enkratne, ki se konsumirajo z enkratnim izplačilom oziroma dajatvijo (npr. pogrebina) in večkratne dajatve, ki se realizirajo s periodičnimi izplačili (npr. nadomestilo plače). Glede na obseg razlikujemo osnovne dajatve, ki so določene z zakonom in so enotne za vse zavarovane osebe v državi, ter razširjene dajatve, ki presegajo osnovne dajatve. Glede na pravni položaj zavarovane osebe razlikujemo izvirne (originarne) dajatve in izvedene (derivativne) dajatve. Prve se priznavajo zavarovancem, druge pa zavarovančevim družinskim članom, ki opirajo svoj zahtevek na zavarovančevo pravico do zdravstvenega zavarovanja. Glede na trajanje in sistem kritja dajatve razlikujemo še kratkoročne in dolgoročne dajatve. Dajatve iz zdravstvenega zavarovanja so kratkoročne. Socialno varstvo – je sklop ukrepov, s katerimi pomagamo ljudem, ki brez pomoči širše družbene skupnosti ne morejo zadovoljevati svojih življenjskih potreb (duševno in telesno prizadeti, otroci, stari in onemogli, nesposobni za delo ipd.)

**Socialna varnost** – pomeni zelo širok pojem in obsega skupaj pojem socialnega zavarovanja in pojem socialnega varstva. Po definiciji MOD obsega socialna varnost naslednja plačila oziroma nadomestila: zdravstvena zaščita, nadomestilo za čas bolezni, nadomestilo za čas brezposelnosti, nadomestilo za starost (starostna

pokojnina), nadomestilo za poškodbe pri delu, družinski dodatki, porodniški dodatki in nadomestila, nadomestila za invalidnost (invalidska pokojnina in drugo), družinske pokojnine.

**Socialna zaščita** – nov pojem, ki ga je zaradi pojmovne zmede med vsebino pojmov socialna varnost in socialno zavarovanje uvedla Evropska skupnost

**Socialno zavarovanje** – je sklop ukrepov, ki dajejo socialno varnost v najširšem pomenu besede pri začasni zadržanosti od dela, invalidnosti, starosti ali smrti; v našem sistemu obsega zdravstveno zavarovanje, pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarovanje nezaposlenosti

**Zavarovalni primer ali rizik** – je dogodek, ki prizadene zavarovanca oziroma zavarovano osebo, pomeni pa lahko povod ali posledico, zaradi katerega pride do dajatev zdravstvenega zavarovanja

**Zdravstveno varstvo** – skupek in obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih v posameznem časovnem obdobju zavarovane osebe koristijo v breme zdravstvenega zavarovanja; tako je na podlagi zakona o zdravstvenem zavarovanju (Z 22/62) izraz označeval le tiste zdravstvene ukrepe, ki so bili v zakonu taksativno naštet, na podlagi zakona o zdravstvenem varstvu (U.I.SRS, št. 1/80) pa je zdravstveno varstvo celota aktivnosti in razmerij, s katerimi si delavci in drugi uporabniki zagotavljajo v združenem delu in v drugih organiziranih oblikah samoupravno dogovorjene ali z zakoni določene zdravstvene storitve, programe teh storitev ali dejavnosti ter s tem povezane pravice do socialne varnosti; zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 in nadaljnji) je opredelil, da predstavlja zdravstveno varstvo »sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih

**Zdravstveno zavarovanje** – je podsistem socialnega zavarovanja; določa in ureja razmerja v zvezi z uresničevanjem zdravstvenega varstva

**Zavarovalec** – oseba, ki sklene prostovoljno zdravstveno zavarovanje

**Zavarovanec** - oseba, ki je zavarovana na podlagi določene dejavnosti (zaposlenec, samostojni podjetnik) oziroma določenega svojstva (npr. družinski član, vojni invalid)

**Zavarovana oseba** – skupen izraz za osebo, ki ji zakon daje pravico do zdravstvenega zavarovanja

### **1.1.6. Kratice**

**R** – Uradni list Ljudske Republike Slovenije

**SHS** – Kraljevina Srbov, Hrvatov in Slovencev

**U.I. SRS** – Uradni list Socialistične Republike Slovenije

**Z** – Uradni list Federativne Ljudske Republike Jugoslavije

**ZZZS** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

**OZ** – obvezno zavarovanje

**OZZ** - obvezno zdravstveno zavarovanje

**PSDO** - proračunska sredstva države in občin

**PZZ** - prostovoljno zdravstveno zavarovanje

**CBA** – analiza stroškov in koristi (cost – benefit analysis)

**CEA** – analiza stroškov in uspešnosti (cost – effectiveness analysis)

**CUA** – analiza stroškov in skupne koristi (cost – utility analysis)

**QUALY** – dodana kakovost v letu življenja

## 2. TEORIJA ORGANIZACIJE KOT SISTEMA

### 2.1. Splošno

S pojmom organizacije, predvsem pa z njenim pojavom, se ljudje srečamo že takoj ob svojem rojstvu, saj se rodimo v bolnišnici, kasneje se vzgajamo v vrtcih, šolamo v izobraževalnih organizacijah, zaposlimo v gospodarskih organizacijah ali javnih zavodih, se včlanimo v razna društva ipd. Po ameriškem sociologu Etzioniju (1995) nas pojav organizacije spremlja skozi celo življenje, zaradi česar lahko moderno družbo definiramo kot organizacijsko družbo, v kateri se življenje odvija vse bolj v organizacijskih okvirih (cit. Vila, 1994). Organizacije, katere Etzioni opredeljuje kot družbene enote, so se pojavile v zgodnejših oblikah človeške družbe in so tesno povezane z vse bolj specializirano delitvijo dela. Z razvojem in s spremembami v družbi so se spreminjale tudi organizacije, tako po obliki, obsegu, kakor tudi po vsebini.

Izraz organizacija izvira iz grške besede "organon", katere izvorni pomen je orodje, telesni organ. Izraz se je v starem Rimu uporabljal kot "organizare", kar je pomenilo oblikovati nekaj v celoto in to tako, da bi ta celota funkcionirala kot človeški organizem. Po Verbincu (1982) pomeni »organizacija« tudi "urejanje, sestavo česa (v celoto) glede na določen smoter; ureditev; ustroj; sklad".

V teoriji organizacije različni teoretiki organizacijo različno pojmujejo, zelo nazorna je Steersova (cit. v Vila, 1994), ki pravi, da je "organizacija način, s pomočjo katerega so ljudje in naloge, katere izvršujejo, sistematično povezane, tako da lahko dosežejo cilje, ki so si jih skupno zastavili. Organizacija vključuje delitev dela med posameznikom in skupino ter povezovanje vseh delov v spojeno skupino."

V razmerju organizacije do okolja je pomembna Kreitnerjeva (cit. Vila, 1994) definicija elementov organizacije, ki opredeljuje pet elementov organizacije in sicer:

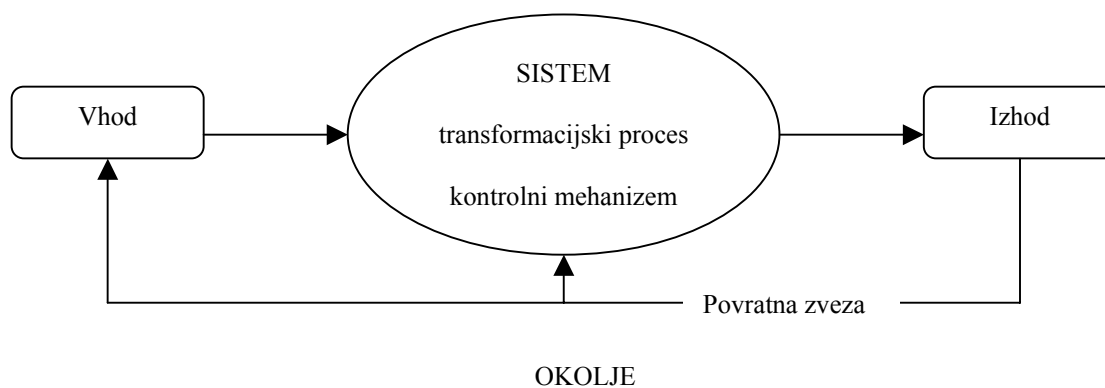
- velikost v smislu števila ljudi,
- medsebojna odvisnost med osebami v smislu doseganja skupnega cilja,
- vhod/input v smislu vstopa elementov v sistem,

- transformacija v smislu postopka spreminjanja vhoda in
- izhod/output v smislu transformiranih elementov in sklenitve celotnega postopka.

Vse organizacije niso enake oziroma ne delujejo enako. Med njimi so razlike tako po velikosti, strukturi, medsebojnih odnosih, notranji kulturi, v odnosu s svojim okoljem ipd. Za zdravstveno dejavnost je izrazito zlasti delovanje v odnosu z okoljem. Z vprašanjem sistema, podsistema in njegovega okolja se v okvirju obravnavanja moderne družbe ukvarja sociologija. Že samo moderno družbo lahko razumemo kot sistem, ki je funkcionalno diferenciran. Posledici procesa funkcionalne diferenciacije sta med drugim povečanje družbene kompleksnosti in družbena centrifugalna dinamika (Willke, 1993). Torej je tudi sama družba funkcionalno razdeljena v pod sisteme. Willke pravi, da se z novejšim razvojem v sistemski teoriji paradigma o celoti in delih umika v ozadje, nadomešča jo razlika med sistemom in okoljem. Razviti sistemi ustvarjajo interna okolja, v katerih se gibljejo pod sistemi celotnega sistema.

Zastavlja se vprašanje odprtosti ali zaprtosti sistema. Kot odprt sistem označujemo sistem, ki si z okoljem izmenjuje informacije, energijo in materijo, zaprt sistem pa si z okoljem ne izmenjuje informacij, energije in materije. Zaprt sistem je tako sam sebi zadosten, saj teoretično ničesar ne jemlje iz okolja in tudi ničesar ne daje. Seveda v resničnosti popolnoma zaprtega sistema ni. Zaprt sistem je bolj teoretična kot praktična kategorija, saj se v resničnosti srečujemo s sistemi, za katere lahko rečemo, da so bolj ali manj odprti. Odprti sistemi so, za razliko od zaprtih, v stalni komunikaciji oziroma interakciji z okoljem. Takšni sistemi so dinamični in dosegajo stabilno stanje ali dinamično ravnovesje, kar pomeni, da proces transformacije poteka kontinuirano. Sistem mora sprejeti dovolj veliko število vhodnih elementov, da se vzdržujejo aktivnosti sistema in da da dovolj izhodnih virov, ki mu zagotavljajo cikličnost procesa. Funkcioniranje odprtega sistema prikazuje naslednja shema:

## Shema 2.1.: DELOVANJE ODPRTEGA ORGANIZACIJSKEGA SISTEMA



Vir: Prirejeno po R. Daft, Organization Theory & Design, 1995

Daft (1995) trdi, da mora biti vsak sistem, ki se želi ohraniti, v interakciji z okoljem in samo takšen sistem je lahko odprt sistem. V Daftovi teoriji je za odprti sistem zaslediti naslednje značilnosti:

- **holizem in sinergija**; holizem v smislu opazovanja organizacije kot celote, čeprav se pri uvajanju sprememb osredotočamo samo na del organizacije; sinergija v smislu dodatnega elementa organizacije v organizacijski praksi in nove kvalitete, ki označuje večjo učinkovitost celote;
- **zavest o okolju** v smislu zavedanja pomena in funkcije, ki ga ima okolje na organizacijski sistem glede na to, da se okolje neprestano spreminja, organizacija pa mora to sprejeti in se temu primerno odzvati;
- **meje sistema** v smislu neodvisne in samostojne določitve okolja in organizacijskega sistema, kar ima posledice zlasti pri raziskavah, analizah in uvajanju sprememb v nekem podsistemu, saj zahteva iskanje povezav, posledic v drugih podsistemih organizacije v izogib primerom, da izboljšave nekega podsistema povzročajo negativne posledice v drugem podsistemu;
- **vhod - transformacijski proces - izhod** v smislu obvezujočega temeljnega procesa v odprtem sistemu;



- **struktura** v smislu organizacijske strukturiranosti, v kateri prihaja do horizontalne in vertikalne diferenciacije ter s tem do hierarhije; osnova diferenciacije so lahko funkcije, produkti, tip strank ipd.; nasproti procesu diferenciacije je v organizaciji obvezno umeščen proces integracije, da ne prihaja do prevelike samostojnosti podsistemov, posledično pa tudi do disfunkcionalnosti ali pa celo do razpada sistema;
- **povratna zveza** v smislu načina spremljanja dogajanja v okolju in pogoja za prilagajanje dejanskemu stanju v okolju;
- **dinamično ravnovesje** v smislu težnje k dinamičnemu ravnotežju oziroma k stabilnemu stanju, za kar je potreben stalen dotok vhodov in sprejemljivost izhodov za okolje;
- **ekvifinalnost** v smislu doseganja istih ciljev, pri čemer različne začetne situacije in različni načini privedejo do istih rezultatov oziroma ciljev, torej različni vhodi in različne transformacije dosežejo iste cilje, kar pomeni, da pot do cilja ni samo ena, lahko jih je več;
- **entropija** v smislu njenega zmanjševanja v odprtem sistemu in sicer v smeri vzdrževanja njegove transformacije in dajanja konstantno obnovljive izhode;
- **vzdrževanje stanja in prilagoditvene aktivnosti** v smislu težnje k ohranjanju notranjega stanja in hkratnega načrtovanja in predvidevanja (vizije) ter uvajanja novih izhodov prilagajanja okolju;
- **namen in cilj** v smislu ustanovitve organizacije z namenom doseganja določenih ciljev tako, da se organizacije pojmujejo kot sistemi z več cilji in s hierarhijo teh ciljev;
- **ciklično dogajanje** v smislu ciklusa funkcioniranja organizacije, pri katerem vhod omogoča transformacijo, katere posledica je izhod v okolje, kar v nadaljevanju zagotavlja sredstva za nove vhode;
- **rast in ekspanzija** v smislu dolgoročnega obstoja in razvoja, kar doseže organizacija tako, da v sistem pripelje več energije (vhodov) kot jo trenutno potrebuje za svoj obstoj, s čimer tudi preprečuje rast entropije.

## 2.2. Tipi organizacijskih struktur

Organizacije za svoje čimbolj racionalno in nemoteno delovanje oblikujejo glede na velikost organizacije, ukazovanje in centralizacijo, funkcije, različne produkte, stranske procese, teritorije, notranje organizacijske enote oziroma oddelke. Zaradi različnih dejavnikov, na osnovi katerih oblikujejo organizacije notranje organizacijske enote, se oblikujejo različni tipi organizacijskih struktur. Najpogostejši tipi so: funkcijski, produktni, hibridni, projektni in matrični.

Po Semoliču (2001) se razvoj organiziranosti organizacij razvršča v tri temeljne skupine oziroma faze:

- organiziranost podjetij in drugih organizacij industrijske dobe ali klasični tipi organizacijskih struktur,
- virtualna organizacija,
- skupnost e-poslovanja (SEP).

### 2.2.1. Klasični tipi organizacijskih struktur

Prvo skupino oziroma fazo zaznamujejo organizacije, ki delujejo po klasičnih organizacijskih načelih, osnovni klasični tipi organizacijskih oblik pa so:

**Funkcijska struktura organizacije** je razvrščanje delovanja organizacije okoli skupne funkcije od vrha navzdol. Funkcijska struktura je najbolj učinkovita v stabilnem okolju s standardiziranimi delovnimi postopki in nizki funkcijski odvisnosti med oddelki brez potrebe po horizontalni komunikaciji. Zaposleni zgolj izpolnjujejo operativne cilje svojega oddelka ter jih skupni cilji organizacije ne zanimajo. Formalna avtoriteta in moč pripadata vodji funkcijskega oddelka. Po Daftu (1995) so prednosti funkcionalne strukture naslednje:

- zaposleni, ki opravljajo naloge iz istega področja, so organizacijsko locirani na enem mestu,

- omogočen je razvoj poglobljenega strokovnega znanja s področja, na katerem delujejo,
- organizaciji je omogočeno izpolnjevanje funkcijske cilje,
- najbolj ustreza takrat, ko se proizvaja samo nekaj proizvodov.

Slabosti funkcijske strukture pa so naslednje:

- na spremembe iz okolja se odziva zelo počasi zaradi obvezne koordinacije med oddelki,
- povzročajo, da se odločitve kopičijo na vrhu hierarhije in vrh menedžmenta se ne more hitro odzvati,
- povzročajo slabo horizontalno koordinacijo, komunikacije potekajo linijsko, vedno preko vrhov ali vodij oddelkov,
- povzročajo majhno inovativnost.

**Produktna ali divizijska struktura organizacije** pomeni, da se delovanja razvrščajo glede na organizacijski izhod bodisi da so to proizvodi, storitve ali različni programi. Produktna struktura se uvaja v velikih organizacijah z zahtevnim upravljanjem tako, da se organizacija strukturira glede na podproizvode bodisi da so proizvodi različni bodisi da so proizvodi namenjeni različnim uporabnikom z različnimi zahtevami. Vrh takšne organizacije zgolj usmerja in določa dolgoročne strateške cilje. Po Daftu (1995) so prednosti produktne strukture organizacije naslednje:

- primerna je za nestabilno in hitro spreminjajoče okolje,
- postopki so lahko nerutinski in ne zahtevajo medsebojno odvisnost,
- omogoča zunanjo uspešnost, saj se lahko prilagaja zahtevam stranke,
- struktura je primerna za velike organizacije, kjer je več različnih proizvodov,
- sprejemanje odločitev je decentralizirano.

Slabosti produktne strukture so:

- različni oddelki se lahko hkrati ukvarjajo z istimi problemi, ne da bi delili izkušnje, mogoče pa je tudi, da rešitev problema v enem oddelku, povzroči problem v drugem oddelku,
- omogoča slabšo koordinacijo celotnega proizvodnega postopka,
- onemogoča tehnično, strokovno specializacijo, saj so strokovnjaki (iste stroke) porazdeljeni v različne oddelke,

- integracija in standardizacija proizvodnega postopka je težavna, saj se vsak oddelek ali divizija ukvarja samo s svojim proizvodom.

**Hibridna struktura organizacije** je sinteza dobrih lastnosti obeh temeljnih, funkcijske in produktne, struktur ob izločitvi vseh njunih slabosti. Značilno za hibridno strukturo je, da se pojavlja v negotovem okolju, pri velikih organizacijah, tam, kjer so postopki rutinski in nerutinski ter tam, kjer obstaja medsebojna odvisnost funkcij med produktnimi enotami. Po Daftu (1995) so prednosti hibridne strukture naslednje:

- omogočajo organizaciji, da doseže prilagodljivost in koordinacijo znotraj produktnih divizij in učinkovitost znotraj centraliziranih funkcijskih oddelkov,
- povzroča večjo skladnost med cilji organizacije in cilji na divizijskem nivoju,
- omogoča koordinacijo tako znotraj, kakor tudi med proizvodnimi procesi.

Slabosti hibridne strukture so naslednje:

- obstaja možnost, da se število administrativnega osebja zelo poveča,
- struktura lahko vodi do konflikta med osebjem v divizijah in upravi, saj oddelki v upravi ponavadi nimajo linijske avtoritete do oddelkov znotraj divizije; konflikt se kaže tudi v tem, da zaposleni v upravi pogosto ne razumejo potreb posameznih divizij, ki poskušajo ustrezno zadovoljiti svoje stranke.

**Projektna struktura organizacije** se je oblikovala kot odgovor na hitre spremembe v okolju, ki od organizacije zahtevajo ustrezno prilagoditev in takojšnje odzivanje, hkrati pa pomeni velik pritisk na obstoječo organizacijsko strukturo. Projektna struktura je začasna struktura, ki ima izjemno visoko stopnjo hitre odzivnosti, soodvisna pa je s pojmom projekta, ki ga Kerzner (1992) definira kot zaporedje aktivnosti in nalog:

- z določenim ciljem,
- z določenim datumom začetka in konca,
- z določenimi viri (denar, ljudje, oprema),
- z določenimi vzpostavitevnenimi omejitvami.

Za projektno strukturo organizacije je značilno, da se oblikuje v odvisnosti od narave projekta, ki je enkratno oziroma začasno, stopnja odvisnosti od ostale organizacije pa

je različna, saj lahko določene naloge prevzame v celoti ali pa samo delno, osnova za delitev funkcij med projektno organizacijo in ostalim delom organizacije pa je:

- pomembnost projekta,
- kompleksnost problema,
- lokacija,
- človeški viri oziroma možnost razpolaganja z delom osebja,
- rok za rešitev naloge itd.

Organiziranost projekta je lahko dokaj spremenljiva, tudi struktura in število ljudi (polno ali delno zaposlenih, stalno ali občasno) se lahko na projektu spreminja, saj je projektna organizacija usmerjena k cilju. Način in postopki dela so prilagodljivi, vendar še vedno v določenem časovnem okviru ter z določenimi viri. Bolj kot sama struktura so pomembni način dela, ki je v veliki meri skupinski oziroma timski, pripadnost k projektu oziroma cilju in vzpostavljena notranja kultura.

**Matrična struktura organizacije** se vzpostavi v primerih, ko imamo neko posebno nalogo, pa za njo ne moremo formirati projektne organizacijske strukture. Kerzner (1992) poudarja, da je » osnova za matrični pristop poskus ustvariti sinergijo z delitvijo odgovornosti med funkcijskim vodenjem in projektnim vodenjem«. V matrični strukturi se vzpostavi vodstvo za konkretno nalogo (projekt), ki prevzeme odgovornost za njeno izvedbo, hkrati pa potrebno osebje za izvedbo te naloge ostane na svojih delovnih mestih pod linijskim vodstvom vodje organizacijske enote. Vodenje takšne konkretne naloge je horizontalno in večinoma zahteva le delno vključitev osebja iz stalnih funkcijskih organizacijskih enot.

Prednosti matrične strukture so naslednje:

- organizaciji omogoča, da se ustrezno odzove na zahteve okolja; viri (ljudje, oprema) so lahko fleksibilno dodeljeni različnim projektom ali nalogam in organizacija se lahko prilagodi spreminjajočim se zahtevam,
- organizaciji omogoča, da se hitro odzove na nepričakovane probleme,
- izvajalci, ki sodelujejo na takšnem projektu ali nalogi, se po izvršitvi vrnejo na svoja delovna mesta,
- omogoča razvoj baze strokovnega znanja, zato se lahko rešujejo zelo kompleksni problemi.

Slabosti, ki so posledica predvsem dvojne avtoritete, so naslednje:

- dvojno poročanje, prioritete se lahko neprestano spreminjajo, cilji funkcijskega vodje so lahko različni od projektnih ciljev ipd.,
- izvajalci morajo imeti zelo dobro znanje o medosebnih odnosih,
- potrebno je zelo veliko sestankov, komunikacij in dogovorov, kjer se rešujejo konfliktne situacije,
- izvajalci morajo prevzeti bolj kolegialne odnose in ne vertikalni tip odnosov (nadrejen – podrejen),
- podrejenim ni vedno točno določeno, kdo je njihov pravi vodja, vodja projekta ali njihov linijski vodja.

### **2.2.2. Virtualna organizacija**

Virtualna organizacija (možna, potencialna, navidezna) predstavlja drugo razvojno fazo in obsega bolj prilagodljive oblike organiziranosti. Zametke tovrstne organizacije predstavljata že klasični mrežna in projektna organiziranost s svojima temeljnima tehnologijama elektronsko izmenjavo podatkov in računalniško mrežo, pri kateri sodelujejo vsi ne da bi bili fizično združeni v kaki drugi že znani obliki strukture organiziranosti ter s svojo visoko stopnjo fleksibilnosti, izrabi človeškega dejavnika in večji učinkovitosti ter poslovni uspešnosti. Virtualna organizacijska struktura v polnem pomenu besede je začasna mreža organizacij, od katerih ima vsaka določene kompetenčne sposobnosti in ki so se združile za izvajanje določene naloge, da bi izrabila nekatere hitro spremenljive položaje v svojem poslovnem okolju. Potrebe po virtualni organizaciji nastopijo takrat, ko se organizacija sooča s prezahtevno nalogo bodisi, da naloge ne more izpeljati sama, ali je ne more izpeljati dovolj kakovostno ali ekonomično bodisi, da ima organizacija pomanjkljive sposobnosti za raziskave in razvoj ali nima dovolj finančnih sredstev, distribucijske mreže ipd. (prirejeno po Ivanku, 2003).

### **2.2.3. Skupnost e-poslovanja (SEP)**

Skupnost e-poslovanja (SEP) je do sedaj znana zadnja faza razvoja organizacijske strukture, predstavlja pa jo "omrežna organizacija", ki sodeluje v mreži na strani ponudbe kot tudi na strani povpraševanja. Temeljna podlaga komuniciranja sta internet in tehnologija spletnih strani. Po Semoliču (2001) so znane tri ravni povezovanja:

- omrežna organizacija,
- skupnost e-poslovanja (SEP) in
- gospodarska panoga oziroma del ali celotna dejavnost (za področje javnih služb).

Prva raven se nanaša na posamezno organizacijo, druga raven na določeno skupino sodelujočih organizacij v okviru SEP, tretja raven pa zajema več SEP, ki medsebojno konkurirajo v okviru določene gospodarske panoge.

Tip SEP organiziranosti ni enoten, pač je razlikovati več različnih tipov zlasti glede na ekonomski nadzor, ki je hierarhičen ali samoorganizirajoč, ali glede na integracijo vrednosti, ki je nizka ali visoka, in sicer :

- združevalec,
- povezovalac ali vrednostna veriga in
- zveza ali prostor vrednosti.

Za tip SEP-združevalec je značilno, da je v ospredju organizacija, ki povezuje druge organizacije SEP v odnosu do potrošnika, tip SEP-povezovalac povezuje druge organizacije SEP v odnosu do optimiranja poslovnega procesa v smislu optimalne verige dodane vrednosti, zaradi česar ga poimenujejo tudi vrednostna veriga, tip SEP-zveza deluje brez ekonomskega nadzora, oblikuje virtualni prostor vrednosti, kjer kupci, ki imajo veliko možnost izbire, sami določajo načine zadovoljevanja svojih potreb. Izbira tipa povezav organizacije je odvisna predvsem od razvojnih strategij sodelujočih organizacij. (prirejeno po Ivanku, 2003)

## **2.3. Organizacijska struktura v zdravstveni dejavnosti**

### **2.3.1. Splošno**

Nesporno velja, da vse organizacije niso enake oziroma ne delujejo enako. Med njimi so razlike tako po velikosti, strukturi, medsebojnih odnosih, notranji kulturi, razlikujejo se tudi po svojem odnosu do okolja ipd. Za zdravstveno dejavnost je izrazito zlasti delovanje v odnosu do okolja. Če Willkejevo teorijo (1993) sistemov prenesemo na področje zdravstvene dejavnosti ugotovimo, da se posledica funkcionalne diferenciacije tudi v zdravstvu odraža v povečanju družbene kompleksnosti in družbeni centrifugalni dinamiki, sam zdravstveni sistem pa je porazdeljen v posamezne podsisteme, čeprav se v novejšem obdobju tudi v zdravstveni dejavnosti izgublja in zamegljuje ostra ločnica med celoto in njenimi posameznimi deli, vse bolj očitna pa postaja razlika med celoto oziroma sistemom, torej zdravstvom, in okoljem, torej družbo.

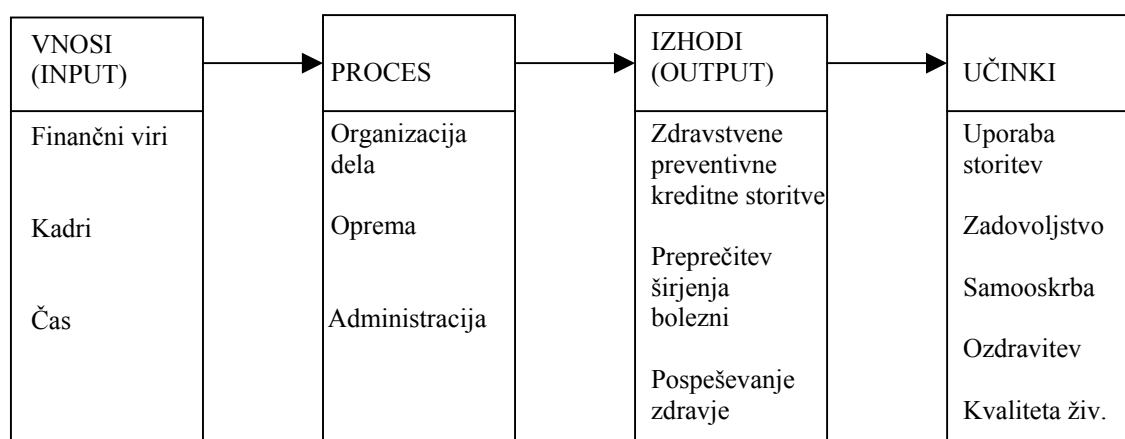
Načeloma se za organiziranost zdravstvene dejavnosti lahko ugotovi, da jo zaznamujejo značilnosti, ki so specifične celotnemu javnemu sektorju: za delovanje ima kompleksno okolje, smoter njenega delovanja je obstoj za namene ustanovitve, poslovna politika je toga, upravljanje običajno centralizirano, vodja oziroma menedžer deluje v institucionaliziranem okolju, cilji delovanja so normativno določeni, cilji, ki jih organizacija zasleduje pa so družbene narave, usmerjeni k državljanom, so cilji za javno dobro, socialni in politični cilji pogosto nasprotujejo ekonomskim ciljem, cilje ne določa sama organizacija, pač pa jih določajo zunanji organi (državni oziroma lokalni), uporabnikom storitev je omogočen enak dostop. Zdravstveno dejavnost kot del javnega sektorja zaznamuje tudi to, da jo normativno usmerja vsakokratna izvršilna oblast in to vse od opredelitve njenih vsebin do postopkov ustanovitve in določanja okvirov njenega delovanja vključno z organizacijsko strukturo, kar posledično nasprotuje hitremu, fleksibilnemu prilagajanju spremenjenim notranjim in zunanjim dejavnikom v zdravstvu.



Zdravstvena dejavnost, segmentirana na primarno, sekundarno in terciarno raven, ne poteka v enotni organizacijski strukturi, pač pa jo zaznamuje več tipov strukturne organizacije. Dominantni funkcijski strukturi organizacije s svojo pozitivno v zaposlenosti zaposlencev na istem lokacijskem mestu na istem področju dela in v posledici tega z omogočanjem razvoja poglobljenega strokovnega znanja s področja, na katerem delujejo ter s svojo negativno v počasnem odzivanju na spremembe v okolju, tudi zaradi kopičenja odločitev v vrhu hierarhije in slabe horizontalne povezanosti in v posledici tega majhni inovativnosti, prevladujoči zlasti na sekundarni ravni (bolnišnice), se v zdravstveni dejavnosti pojavlja tako hibridna struktura organizacije v negotovem okolju na primarni ravni in na sekundarni ravni v urgentni službi kot prepletanje rutinskih in nerutinskih postopkov v medsebojni odvisnosti različnih področij medicine, kot tudi projektna in matrična organizacijska struktura za izvedbo posameznih projektov v hitro spreminjajočem se okolju sodobne družbe, zlasti naglo razvijajoče se raziskovalne dejavnosti zlasti na terciarni ravni.

Willkejeva ugotovitev, da razviti sistemi ustvarjajo interna okolja, v katerih se gibljejo podsistemi celotnega sistema, velja tudi v zdravstvenem sistemu.

### Shema 2.2.: SPLOŠNI MODEL VREDNOTENJA SISTEMA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI



Vir: Petersen, 2002 (prirejeno)

### **2.3.2. Vpliv novih trendov organiziranosti na razvoj in organiziranost zdravstvene dejavnosti**

Dejavniki razvoja celotne človeške družbe se naglo spreminjajo od materialnih k nematerialnim, točneje: k znanju, ki postaja temeljna prvina v odzivu na informacije in odločilna prvina v konkurenčnem boju. Znanstveno tehnološki razvoj že sedaj omogoča informatizacijo proizvodnih in menjalnih procesov, pri čemer postaja informacija odločilni dejavnik sodobnega gospodarjenja. Z avtomatizacijo, računalništvom in robotizacijo proizvodnih procesov nastajajo nove proizvodne sile, ki presegajo tovarniške in državniške meje. Te sile terjajo globalna prostranstva razvitih komunikacij in vsestransko prepletene odnose, ki silijo razvite dežele, da tesneje povezujejo svoja gospodarstva in da ustvarjajo medsebojno odvisne integracije ekonomskih kompleksov, ki prispevajo k nadaljnjemu razvoju svetovnega gospodarstva. Spremenjenim razmeram dela in poslovanja se mora prilagajati tudi organiziranost organizacij, ki se vse bolj, v procesu globalizacije in decentralizacije, razvijajo v transnacionalne korporacije kot obliko organizacije bodočnosti. Moč sodobne organizacije ni v njeni velikosti, saj so tudi majhne organizacije lahko transnacionalne, pač pa je njihova moč v tem, da preko raznih oblik sodelovanja in povezovanja poskušajo obvladovati čim več sodobnega tujega kapitala, ne v smislu lastništva kapitala, pač pa v smislu znanja, to je upravljanja in podjetništva.

V sodobni organizaciji so spremenjeni tudi cilji in načini njenega delovanja: znanje postaja kapital razvitega gospodarstva, izobraženi zaposleni določajo družbene vrednote in norme. Kapital se pojavlja kot družbeni vir, ki je težko opredeljiv, in njega ne poseduje le kapitalist, temveč velika večina prebivalcev. Ko kapital postane družbeni vir, njegov cilj in cilj organizacije, ne more biti več le maksimalizacija dobička, pač pa je dobičkanost družbena odgovornost, dobiček postaja nujno sredstvo za ustvarjanje temeljnega cilja, ta pa je proizvodnja blaginje in bogastva tako za lastnike kot za kupce in tudi za celotno družbo. Simbioza kapitala, dela in

samega podjetja z željami in interesi celotnega prebivalstva terja več ciljev, od katerih je temeljni kvaliteta življenja.

Organiziranost sodobnih organizacij postaja začasna in nestabilna. Slabša se tudi navezanost ljudi z organizacijo, čeprav se odnos organizacije do zaposlenih humanizira; humanizira se tudi odnos organizacije do njenega okolja: družbenega in gospodarskega. Osnovna značilnost sodobne organizacije, ki je sposobna samoorganiziranja, je, da se povečuje sposobnost za reševanje zapletenih problemov. V sodobni organizaciji so tudi ustvarjeni pogoji, da si človek in organizacija, organizacija in organizacija in organizacija ter družbene institucije več ne nasprotujejo druga drugi, temveč da se skupno usmerijo na reševanje skupnih problemov. Načeloma lahko ugotovim, da so, v posledici tehnološkega in celotnega družbenega razvoja, viri preoblikovanja in uspešnosti poslovanja sodobne organizacije spremenjeni dejavniki, ki so predvsem: informacije, komunikacije, znanje in upravljanje.

Za področje zdravstvene dejavnosti moramo učinke **informacij** pojmovati bipolarno: v smeri izvajalcev zdravstvenih storitev in v smeri uporabnikov - pacientov, v obeh smereh pa informacije delujejo v določenem prostoru in času tako, da se prostor vse bolj in vse hitreje širi in lažje obvladuje, čas pa se v komunikacijskem in informacijskem pomenu vse bolj skrajšuje. Informacija je torej izjemno fleksibilna, ni omejena s carinami, mejami in administrativnimi ovirami. Na strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti se odraža v kontinuiranem sprotnem spremljanju dosežkov v medicinski in farmacevtski znanosti in praksi oziroma proizvodnji, na strani uporabnikov pa se kaže v vse večji osveščenosti in odgovornosti posameznikov za lastno zdravje.

**Komunikacije** se v zdravstveni dejavnosti usmerjajo v izmenjavo informacij v smislu povezovanja informacijskih procesov ustvarjanja, prenosa, uporabe in shranjevanja informacij, zato je izgradnja ustreznega informacijskega sistema temeljni pogoj za uspešno poslovanje z informacijami, to pa je mogoče šele z uspešnim prenosom informacij na vse ravni delovnih mest v zavodih, kar pomeni prenos informacij na mesta izvršitve, kjer postanejo vir poslovanja. Komunikacijski sistem tako predstavlja svojevrstno infrastrukturo, ki omogoča hitro in več smerno

izmenjavo informacij, v kateri je vsak udeleženec sočasno vir informacij in tudi njihov prejemnik, zaposleni postanejo resnično sodelavci, omogoča se ustvarjanje znanja kot temeljnega ustvarjalca novih postopkov in storitev. V takih spremenjenih razmerah se uporabnik - pacient obravnava predvsem kot vir informacij in šele nato kot pacient, mesto obravnave pacienta pa se iz ordinacij in ambulant seli na mesto bivanja pacienta. Uporaba komunikacijskih in video sistemov v zdravstvu že omogoča sodelovanje vrhunskih strokovnjakov univerzitetnih klinik pri operacijskih posegih na pacientih v oddaljenih podeželskih bolnišnicah.

**Znanje** v razmerah negotovosti in turbulentnega okolja postaja tudi v zdravstveni dejavnosti edini trajni vir sposobnosti organizacije za njen obstoj. Pri tem ne gre za vsakršno znanje, temveč za znanje, ki zahteva nenehno inoviranje vseh aktivnosti ob osebni angažiranju vseh zaposlenih, njihovih spretnosti in motiviranosti, da se poistovetijo z organizacijo. Da bi se udeležba doseženega znanja zaposlenih lahko aktivirala in spremenila v nove tehnologije, nove procese, je potrebna prenova celotne organizacije zlasti v obnašanju zaposlenih. V resnici gre za oblikovanje učeče se organizacije. Bipolarnost med izvajalci in uporabniki-pacienti je razvidna po eni strani v kontinuiranem sprotnem izpolnjevanju zahtev za ohranjanje poklicnih licenc pri izvajalcih zdravstvenih storitev, po drugi strani pa v uvajanju pravic pacientov pri uporabnikih.

Tudi za **upravljanje** organizacij v zdravstveni dejavnosti velja, da je sodobna organizacija odprt sociotehnični sistem. Stalne spremembe vplivov iz okolja terjajo dinamično obnašanje organizacije do svojega okolja. V takšnih razmerah je upravljanje lahko učinkovito le, če je zasnovano na prenosljivosti informacij in kakovostnem komunikacijskem sistemu oziroma, če je zasnovano na znanju. Upravljanje je v resnici "uporabno znanje", a tehnologija systemskega namenskega vodenja podjetništva, menedžment pa je ta nova tehnologija, ki uporablja razpoložljive vire in ki pretvarja klasično organizacijo v sodobno podjetniško organizacijo. Klasično upravljanje, usmerjeno predvsem v pretekle izkušnje, nadomešča sodobni inovativni menedžment, usmerjen v novosti, nekontinuiranost in večja tveganja, ki je sposoben razvijati tudi nove tehnologije upravljanja. Upravljanje sodobne organizacije ne more biti več umetnost, ki se lahko obvladuje z malo naravnega talenta in zadostnimi izkušnjami, temveč postaja vse bolj znanost.

Informacije in znanje so instrumenti sodobnega menedžmenta, pripravljenost prevzemanja tveganja pa postaja pogoj za obstanek organizacije, s katero upravlja. Menedžment se v slovenske zdravstvene zavode uvaja postopoma, se pa v zadnjem času vse aktivnosti močno pospešujejo.

### **3. PREGLED ZGODOVINSKEGA RAZVOJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA OZEMLJU REPUBLIKE SLOVENIJE**

#### **3.1. Splošno**

Zgodovinsko gledano se, z vidika razvoja zdravstva v svetovnem merilu, glede na izjemno soodvisnost zdravstvenega sistema s splošnimi razmerami v posamezni državi in s tem pogojeno raznolikost v vseh segmentih posameznih vej zdravstva vključujoč finančne, materialne in človeške vire, redko primerjajo med seboj razvojne stopnje posameznih družb izven primerjave po naslednjih dveh pokazateljih:

- zdravstveni indikatorji,
- zdravstveno zavarovanje.

Proces razvoja zdravstvenih indikatorjev se tudi na ozemlju Republike Slovenije po metodi historične razvrstitve deli na štiri obdobja:

- prvo obdobje, v katerem prevladujejo pokazatelji smrtnosti; splošna, specifična po spolu, po letih starosti (zlasti stopnja smrtnosti dojenčkov), po vrsti bolezni; to obdobje se prične v posameznih državah oziroma ozemljih v različnih letih v obdobju med 16.in 19.stoletjem, traja pa do konca druge svetovne vojne;
- drugo obdobje, ki se v večini razvitih držav prične po drugi svetovni vojni, se pričnejo kot pokazatelji zdravstvenega stanja uporabljati indikatorji pričakovane življenjske dobe in morbiditete ter začasne in trajne nesposobnosti za delo (število dni zmanjšane delovne sposobnosti, število dni odsotnost z dela zaradi bolezni, število dni ležalne dobe);
- tretje obdobje, ki se prične v 60.letih preteklega stoletja, v katerem se pričnejo paralelno pojavljati tako javno zdravstveni kot tudi novi individualni indikatorji, ki težijo k čim bolj natančnemu merjenju različnih bioloških, psiholoških in

socialnih posledic bolezni oziroma »negativnega zdravja«; v tem obdobju se uporabljajo indikatorji objektivnega zdravstvenega stanja, ki ga ocenijo zdravniki s pomočjo diagnosticiranja in subjektivno-izkustvenega zdravstvenega stanja, ki ga samooceni posameznik ali družbena skupnost;

- četrto obdobje, ki se v razvitih državah začne v 80. letih prejšnjega stoletja, zaznamuje iskanje indikatorjev pozitivnega zdravja in indikatorjev o izboljšanju zdravja.

Zdravstveno zavarovanje je v svojem preko stoletnem (prvo zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno leta 1883 v Nemčiji) razvoju determiniralo štiri tipične modele in sicer:

- Bismarckov ali korporativistični model,
- skandinavski ali socialdemokratski model,
- Beveridgov ali liberalni model,
- Semaškov ali centralizirani model.

Podrobnejšo razlago navedenih tipičnih modelov zdravstvenega zavarovanja je podana v poglavju o primerjalnem vidiku zdravstvenih sistemov nekaterih držav, ker je njihovo razlikovanje zlasti nazorno razvidno ob primerjavi posameznih nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva, so pa prvenstveno posledica različnih virov financiranja pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Za ozemlje Republike Slovenije je specifičen razvoj zdravstvenega zavarovanja, ki je s svojim razvojem odločilno pozitivno generiral razvoj zdravstvene dejavnosti preko sistema zdravstvenega zavarovanja na njenem ozemlju.

### **3.2. Obdobje do druge svetovne vojne**

Historični vidik razvoja zdravstvenega zavarovanja pokaže, da je razvoj zdravstvenega zavarovanja v tesni vzročni zvezi z razvojem celotne družbe v nekem določenem časovnem obdobju, pogojen je z obsegom in sestavo prebivalstva, z aktivnostjo prebivalstva, bodisi da je ta gospodarske ali negospodarske narave, s

stopnjo kulturnega in socialnega življenja prebivalstva, pa tudi s prostorsko okoljskimi prvinami razvoja določene družbe. Razvoj zdravstvenega varstva ni determiniran in konstanten, pač pa je razvoj zdravstvenega varstva odvisna spremenljivka prostora in časa.

Prvi pojavi zdravstvenega zavarovanja na slovenskem segajo v obdobje pričetka industrializacije, torej v prvo polovico 19.stoletja, ko so zdravstvena zavarovanja pričela urejati podporna društva ali društva za vzajemno pomoč. Prvo društveno bolniško in podporno blagajno so že v letu 1835 ustanovili v Ljubljani trgovski in zdravstveni uslužbenci, leta 1869 je bolniško blagajno dobilo delavsko izobraževalno društvo v Ljubljani, leta 1885 pa je bilo ustanovljeno splošno delavsko bolniško podporno društvo za Kranjsko v Ljubljani.

Zgodovinsko prelomnico v razvoju zdravstvenega varstva pomeni sprejem prvega zakona o bolniškem zavarovanju v Nemčiji leta 1883, temu je naslednje leto sledil zakon o zavarovanju za primer nesreče pri delu in kasneje leta 1889 še zakon o zavarovanju za primer invalidnosti in starosti. Vsi trije zakoni so bili sprejeti v času »Železnega kanclerja« Otta Eduarda Leopolda von Bismarcka ( 1815-1898, kancler v letih od 1862 do 1890). Vsi trije zakoni so v teoriji znani kot napredna socialna zakonodaja, v letu 1990 pa je bila v klasifikaciji tipov držav blaginje v Evropi, avtorjev G.Esping-Anderson, označena kot »Bismarckov model« tj.korporativistični model oziroma model kontinentalne Evrope.

Pravi razmah v razvoju zdravstvenega varstva pa je v slovenskih deželah, kot ozemlju pod jurisdikcijo takratne Avstro-Ogrske monarhije, pomenilo sprejetje prvega zakona o obveznem zavarovanju za nesrečo pri delu v dunajskem parlamentu leta 1887 in leta 1888 sprejeti zakon o bolniškem zavarovanju delavcev. Na osnovi teh zakonov je bil uveden javni sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, prva bolniška blagajna po vzoru »Bismarckovega modela« je bila ustanovljena že leta 1889 v Ljubljani, kasneje pa je bilo ustanovljenih še 30 bolniških blagajn v vseh večjih slovenskih mestih, ki so sprva zagotavljale predvsem socialne pravice v času bolezni, kasneje pa tudi pravice do zdravstvenih storitev, ki so se postopoma širile.

Leta 1922 je bil v tedanji državi SHS sprejet zakon o delavskem zavarovanju. Zavarovanje je bilo razbito na več kot sto blagajn. Takšno stanje je bilo tudi po koncu druge svetovne vojne.

Število zavarovancev je v Sloveniji stalno naraščalo, od več kot 10.000 leta 1889 do skoraj 80.000 leta 1934.

Na področju zdravstvene dejavnosti je v Sloveniji pred drugo svetovno vojno delovalo nekaj bolnišnic, ostala zdravstvena služba pa so bili zdravniki, ki so delali kot zasebniki v svojih ordinacijah. Po zamisli dr. Andrije Štamparja je bil v Sloveniji leta 1923 ustanovljen Centralni higienski zavod, 1926. leta pa prvi zdravstveni dom v Lukovici, ki so mu sledili še drugi.

Zdravniki so bili že od 1862 naprej stanovsko povezani v Slovensko zdravniško društvo, leta 1924 pa je bila ustanovljena Zdravniška zbornica za Slovenijo (kasneje za Dravsko banovino). V zbornico je bilo pred II.svetovno vojno vključenih okoli 700 članov.

### **3.3. Obdobje po drugi svetovni vojni**

#### **3.3.1. Obdobje med 1945. in 1979.letom**

Prvi zakoni, ki so se sprejemali na področju zdravstvenega zavarovanja v povojni Jugoslaviji so bili splošni zakoni za celotno področje socialnega zavarovanja: zavarovanje za primer bolezni, onemoglosti, starosti, smrti, nesreče in brezposelnosti. Prva povojna zakonodaja je težila k čimvečjemu poenotenju sistema socialnega zavarovanja na celotnem območju Jugoslavije, v sistem socialnega zavarovanja pa naj bi bil vključen čim širši krog zavarovancev. Usmeritve tega obdobja so težile k čim večjemu razvrednotenju zatečenih razlik v stopnji družbenega in ekonomskega razvoja med območji posameznih republik in tudi znotraj samih republik in k poenotenju družbeno-ekonomskih, socialnih, demografskih razlik med prebivalstvom. Financiranje, organizacija in upravljanje so



bili do podrobnosti planski in centralizirani na nivoju federacije. Uveljavljen je bil čisti etastični (avtokratični) model sistema zdravstvenega varstva.

Kljub racionalnosti centraliziranega modela, ki se kaže zlasti v:

- manjšem potrebnem številu usposobljenega kadra za vodenje oz. upravljanje (management) oziroma za oblikovanje optimalnih razvojnih in tekočih ciljev, pripravo in uresničitev ustreznih politik z dobrimi rezultati,
- smotrni organizaciji številčno in kakovostno ustrezno močnih centraliziranih službah, v katerih je pretok upravljalških odločitev in informacij nemoten in hiter, takšna pa je tudi komunikacija teh služb z okoljem,
- sprejemanju odločitev na enem mestu, v katerem so združene tudi pristojnosti in odgovornosti, kar omogoča zajemanje in obravnavo problemov v vsej celovitosti, to pa olajšuje koordinacijo dela posameznikov,
- v večjih možnostih za racionalno delitev dela, kar pripomore k večanju dobrih končnih rezultatov,
- v smotrni izkoriščenosti materialnih zmogljivosti (delovnih prostorov, drage tehnične opreme),
- v učinkovitem nadzoru obvladljivega informacijskega sistema redke upravljalške mreže,

so slabosti sistema, ki so se kazale zlasti v:

- sprejemanju odločitev na enem mestu v ozkem krogu strokovnjakov, kar je posledično povzročalo odtujenost vodstvenih in izvajalskih struktur ter zavarovancev in uporabnikov zdravstvenega varstva,
- nizko stopnjo identifikacije s cilji iz centra,
- pomanjkanje identifikacije med osebnimi, posebnimi in višjimi cilji, nakazale potrebo po korekciji obstoječega sistema v smeri decentralizacije.

Spremembe centraliziranega sistema so bile uvedene v letu 1954 s sprejemom zakona o zdravstvenem zavarovanju, ko je prišlo do razdružitve panog socialnega zavarovanja. Temu je v letu 1957 sledil sprejem zakona o pokojninskem zavarovanju in leta 1958 še zakona o invalidskem zavarovanju. Zakoni uvedejo zametek decentralizacije tudi na področja financiranja, organizacije in upravljanja, večjo avtonomnost pa pomenita leta 1962 sprejeta zakon o zdravstvenem zavarovanju (Z

22/62) in zakon o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Z 22/62). Zakona sta po vsebini sledila nenehnemu naglemu razvoju zdravstvenega zavarovanja in izpopolnjevanju in prilagajanju družbenim in ekonomskim dogodkom in spremembam značilnim za povojno družbo Jugoslavije.

Načeloma sta zakona zdravstveno zavarovanje še bolj približala zavarovancem s tem, da se po eni strani vključuje v komunalni sistem, po drugi strani pa se s prenosom določenih nalog na organizacije zagotavlja delovnim kolektivom večji neposredni vpliv na njegovo izvajanje. Z ozirom na dotedanjo ureditev zdravstvenega zavarovanja v Jugoslaviji so omenjena zakona in v letu 1961 sprejeti zakon o zdravstvenem zavarovanju kmetijskih proizvajalcev (R 30/61), ki je uvedel tudi zdravstveno zavarovanje kmetijskih proizvajalcev, pomenili povsem nov sistem zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o zdravstvenem zavarovanju uvaja obvezno zdravstveno zavarovanje, ki se izvaja preko komunalnih skupnosti, dopušča pa tudi uvedbo razširjenega zdravstvenega zavarovanja, s katerim se lahko zagotovijo nove oblike zdravstvenega varstva (npr. preventivno zdravljenje v naravnih zdraviliščih ali pa nove pravice na področju denarnih nadomestil, povračil ali podpor (npr. posmrtnina ob smrti družinskega člana), ne morejo pa se z razširjenim zdravstvenim zavarovanjem zagotoviti pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v večji količini (npr. 100% nadomestilo osebnega dohodka v vseh primerih odsotnosti z dela zaradi bolezni oziroma poškodbe). Za razširjeno zdravstveno zavarovanje so se ustanovili posebni skladi, v katere so se stekali prispevki za to zavarovanje.

Na območju LR Slovenije je bilo ustanovljenih 23 komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja.

Zdravstveno zavarovanje je v komunalnih skupnostih temeljilo na načelih vzajemnosti in solidarnosti, torej «vsi za enega, eden za vse», to pa je možno le v dovolj močni in stabilni organizacijski obliki združevanja zavarovancev, kar pa so komunalne skupnosti lahko bile.

Finančna sredstva za kritje dajatev (pravic, ki jih uveljavijo zavarovane osebe) ter stroškov (osebnih in materialnih izdatkov) za izvajanje zdravstvenega zavarovanja se

zagotavljajo s prispevki, ki se stekajo v komunalne sklade zdravstvenega zavarovanja. Izdatki zdravstvenega zavarovanja se krijejo po sistemu doklad ali razreza, kar pomeni, da morajo sredstva zbrana v poslovnem letu, praviloma kriti izdatke v tem letu. V primeru primanjkljaja v komunalnem skladu zdravstvenega zavarovanja konec poslovnega leta se predpiše zavarovancem izredni prispevek.

Sredstva za zdravstveno zavarovanje se v tem obdobju zagotavljajo:

- z osnovnim prispevkom za zdravstveno zavarovanje,
- z dodatnim prispevkom za zdravstveno zavarovanje,
- s povračili iz zdravstvenega zavarovanja,
- z odškodninami in drugimi dohodki sklada za zdravstveno zavarovanje,
- z izrednim prispevkom za kritje primanjkljajev.

Sredstva zbrana z navedenimi prispevki se zbirajo v skladu zdravstvenega zavarovanja ustrezne komunalne skupnosti pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje. Izdatki službe izvajanja zdravstvenega zavarovanja se krijejo iz sredstev, ki se dosežejo z režijskim dodatkom iz osnovnega prispevka.

Iz sklada zdravstvenega zavarovanja se krijejo izdatki za:

- pravice, ki jih uveljavljajo zavarovane osebe iz zdravstvenega zavarovanja,
- poklicno rehabilitacijo in zaposlovanje delovnih invalidov,
- premije zdravstvenega pozavarovanja.

Za neposredno sodelovanje organizacij v zdravstvenem zavarovanju odstopajo komunalne skupnosti organizacijam del prispevka za zdravstveno zavarovanje. Iz teh sredstev organizacije neposredno izplačujejo pri njih zaposlenim zavarovancem določena nadomestila in stroške za zdravljenje, in sicer:

- nadomestilo osebnega dohodka za prvih koledarskih trideset dni bolezenskega dopusta in nege obolelega ožjega družinskega člana ter
- stroške zdravstvenega varstva za prvih trideset koledarskih dni za zdravljenje delavcev za poškodbo pri delu in za poklicno boleznijo.

V primeru, da odstopljeni del prispevka ni v celoti pokrila izdatkov, ki jih je morala pokriti organizacija, so morali zagotoviti manjkajoča sredstva zavarovanci zaposleni v organizaciji, iz svojih čistih osebnih prejemkov, ali pa organizacija sama iz sredstev, s katerimi je samostojno razpolagala.

Poseben vir sredstev pa je v skladih predstavljal prispevek, ki so ga morale zavarovane osebe plačevati k stroškom za izdana zdravila. Ta participacija je bila bolj vzgojnega namena kot pa resen vir za financiranje zdravstvenega varstva.

Organizacija zdravstvene dejavnosti je v tem obdobju pogojena z izvajanjem zdravstvenega varstva. Zdravstveno varstvo neposredno izvaja zdravstvena služba kot javna služba, to pa opravljajo zdravstveni zavodi in zdravstveni delavci.

Ustanavljanje zdravstvenih domov je bilo uzakonjeno leta 1956, leta 1957 pa je bila ukinjena zasebna praksa oziroma ločena od javne zdravstvene dejavnosti.

Za zdravstvene zavode se štejejo (zakon o zdravstvenem varstvu in o organizaciji zdravstvene službe v Ljudski Republiki Sloveniji – R 9/61):

- ambulantno-poliklinični in dispanzerski zavodi ( zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, obratne ambulante, dispanzerji, poliklinike, zobne ambulante, reševalne postaje),
- bolnišnični (stacionarni) zavodi (splošne in specialne bolnice) klinične bolnice, materinski domovi, dečji domovi),
- higiensko-epidemiološki zavodi (zavodi za zdravstveno varstvo, zavodi za dezinfekcijo, dezinfekcijo in deratizacijo),
- specialni zavodi in inštituti (inštitut za tuberkulozo, zavod za rehabilitacijo invalidov, zavod za farmacijo in kontrolo zdravil, zavod za balneologijo in podobni zavodi oziroma inštituti); načeloma velja, da so to tisti zavodi, v katerih se z zdravniškimi pregledi in drugimi medicinskimi ukrepi vpliva na izboljšanje zdravja ali delovne zmožnosti: takšni zavodi so npr. logopedični zavodi, ortopedske telovadnice itd.,
- naravna zdravilišča in okrevališča,
- lekarne,

- zavodi za transfuzijo krvi.

Z intenzivnim gospodarskim in socialnim razvojem družbe so se naglo spreminjale tudi razmere na področju izvajanja zdravstvene dejavnosti in posledično tudi v delovanju zdravstvenih zavodov, kar je narekovalo spremembe v njihovem organiziranju. Zato je zakon o organizaciji zdravstvene službe v SR Sloveniji leta 1967 določil naslednje možne organizacijske oblike zdravstvenih organizacij:

- zdravstveni domovi,
- bolnišnice,
- specialni zavodi in inštituti,
- naravna zdravilišča,
- lekarne.

Za nadaljnji razvoj zdravstvene dejavnosti in njenih materialnih virov na ozemlju Republike Slovenije so pomembna stališča in priporočila Skupščine SR Slovenije iz leta 1971 (Uradni list RS, št. 24/71), s katerimi je bila načrtovana gradnja oziroma obnova bolnišnic. Na tej podlagi so bile zgrajene in razširjene zmogljivosti skorajda v vseh regijah v SR Sloveniji, obenem, a malo kasneje so bili posodobljeni tudi številni objekti osnovne in lekarniške dejavnosti.

Ob koncu tega obdobja, ko so bili leta 1972 v splošno zavarovalno shemo z izenačenimi pravicami do zdravstvenega varstva vključeni tudi kmetje in po sprejemu nove Ustave SR Slovenije v letu 1974, ko so bile določene podlage za ustanavljanje samoupravnih interesnih skupnosti zdravstvenega zavarovanja, so bili na ozemlju Republike Slovenije postavljeni temelji za uvajanje svojstvenega sistema nacionalnega zdravstvenega varstva temelječega na načelih socialističnega samoupravljanja in svobodne menjave dela.

### **3.3.2. Obdobje med 1980. in 1992. letom**

Obdobje je specifično zaznamovano z ideologijo socialističnega samoupravljanja, za katerega je bilo značilno na področju:

- uresničevanja pravic iz zdravstvenega varstva občanom (izraza »zavarovanec«, »zavarovana oseba« sta iz terminologije izginila) zagotavljanje nacionalnega zdravstvenega varstva,
- upravljanja in financiranja v skladu z načeli svobodne menjave dela samoupravno dogovarjanje v samoupravnih interesnih skupnostih zdravstvenega varstva (v SR Sloveniji je bilo 60 občinskih zdravstvenih skupnosti, 9 medobčinskih zdravstvenih skupnosti in republiška zdravstvena skupnost - v skladu z zvezno ustavo iz leta 1974, da je tudi zunanja politika v pristojnosti zvezne države, se je uresničevanje zdravstvenega varstva slovenskih občanov v tujini urejalo preko jugoslovanske zveze zdravstvenih skupnosti s sedežem v Beogradu),
- organiziranja organiziranje v skladu z načeli združenega dela v organizacijah združenega dela.

Zanimivo je, da je bil pri uveljavljanju pravic iz nacionalnega zdravstvenega varstva uveden prispevek uporabnikov k ceni zdravstvenih storitev, imenovan participacija, ki naj bi vzpodbudil proces osveščanja uporabnikov, da morajo s svojim vedenjem in z režimom življenja kar najbolj skrbeti za svoje zdravje, zdravstvene storitve pa zahtevati le tedaj, ko je to potrebno.

Participacija oziroma doplačila so po svojem viru zasebna sredstva in sama niso imela neke posebne ekonomske vloge v poslovanju zdravstvenih skupnosti, skupaj s sredstvi občanov zbranih preko samoprispevkov za investicije v zdravstvu in finančnimi sredstvi organizacij združenega dela, ki so prispevale za pravice iz zdravstvenega varstva svojih delavcev neposredno (investiranje in vzdrževanje poslovanja obratnih ambulant, plačevanje nadomestil osebnega dohodka delavcem za določeno število dni odsotnosti z dela zaradi bolezni oziroma poškodbe) pa so v finančnem poslovanju celotnega zdravstvenega sistema pomenila znatna finančna sredstva (višina teh sredstev ni znana, ker se niso prikazovala v bilancah zdravstvenih skupnosti pač pa v bilancah organizacij združenega dela oziroma občin, ki so vodile izgradnjo prostorskih zmogljivosti v zdravstvu, ocenjuje pa se, da so skupaj znašala vsaj desetino (10%) vseh sredstev zdravstvenih skupnosti).

Samoupravne interesne skupnosti zdravstvenega varstva so decentralizirano prevzele vse naloge zagotavljanja zdravstvenega varstva prebivalstva. Resnično je bila izpeljana popolna decentralizacija sistema z vsemi svojimi specifikami, zlasti s/z:

- popolno samostojnostjo (avtonomijo) pri odločanju in upravljanju (management) na vseh ravneh organiziranja,
- odločanjem uporabnikov na najnižjih ravneh, s čimer je bilo odločanje bližje ljudem, odločitve pa prilagojene resničnim zdravstvenim zahtevam in potrebam občanov,
- odgovornostjo upravljalcev in poslovodstva na nižjih ravneh, ki je omogočala po eni strani identifikacijo osebnih ciljev s cilji posameznega podsistema dejavnosti po drugi strani pa adaptacijo osebnih ciljev ciljem celotnega sistema.

Tako zasnovan sistem uresničevanja zdravstvenega varstva je pripeljal do:

- nenadzorovanega širjenja obsega pravic iz zdravstvenega varstva,
- širitev prostorskih zmogljivosti in večanja zaposlovanja kadrov v zdravstvu (posebnost tega obdobja je bila gradnja zdravstvenih objektov s sredstvi samoprispevka – višina samoprispevka, razpisana in izglasovana na referendumu, ni vključevala obratovalnih stroškov objektov po izgraditvi, tako da so se ta sredstva morala zagotavljati iz tekočih sredstev za zdravstveno varstvo, kar je pomenilo ogromen dodaten delež sredstev v javnih financah ),
- netransparentost financiranja,
- netransparentnost zdravstvene politike.

V praksi so bila vse očitnejša razhajanja med določenim, že kar utopičnim, obsegom pravic in ekonomskimi zmožnostmi celotne družbe za njihovo financiranje. Ob koncu osemdesetih let so se pričele v samoupravnih interesnih skupnostih pojavljati likvidnostne težave, pojavljala so se razhajanja med zahtevami in zmožnostmi. Za financiranje tako velikega obsega pravic iz zdravstvenega varstva dejansko ni bilo nikoli realnih finančnih sredstev.

V procesu osamosvajanja, ki ga je pričela Skupščina SR Slovenije v letu 1989, so bile z ustavnimi amandmaji, sprejetimi septembra 1989, s 1. januarjem 1990 ukinjene samoupravne interesne skupnosti, tudi samoupravne interesne skupnosti zdravstvenega varstva, njihovo delovanje pa preneseno na Republiško upravo za

zdravstvo, ki je bila ustanovljena kot organ v sestavi sedanjega Ministrstva za zdravje ( takrat Republiški komite za zdravstveno in socialno varstvo). To je pomenilo, da je sistem zdravstvenega varstva prišel pod državno – proračunsko pristojnost, samostojni zavod za zdravstveno zavarovanje pa je bil ustanovljen 1. marca 1992, dan prej pa je bila z ipso iure ukinjena Republiška uprava za zdravstvo.

Obdobje od 1990 do 1992. leta je bilo finančno izjemno neuspešno, s pogostimi nelikvidnostmi, velikimi izgubami zdravstvenih zavodov, celotno poslovanje v zdravstvu pa je bilo na meji finančnega zloma.

### **3.3.3. Zdravstvena reforma leta 1992**

V letu 1992 je bil sprejet zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zakon o zdravstveni dejavnosti in zakon o lekarniški dejavnosti (vsi trije objavljeni v Uradnem listu RS, št. 9/92), s katerimi je bila uzakonjena reforma v zdravstvenem sistemu z naslednjimi poglobitvenimi značilnostmi:

- odpravljeno je bilo nacionalno zdravstveno varstvo in ponovno vzpostavljeno zdravstveno zavarovanje,
- odpravljen je bil državno voden sistem zdravstvenega varstva, ki je veljal v letih 1990 do začetka leta 1992,
- posamezni udeleženci v procesu zdravstvenega zavarovanja so bili na novo vsebinsko opredeljeni,
- uvedeno je bilo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje,
- na področju določanja programov in financiranja so bili uvedeni partnerski in pogodbeni odnosi,
- ponovno je bila uvedena zasebna praksa.

Reforma je uzakonila sistem, ki v svojih osnovnih značilnostih velja še danes.

### **3.3.4. Zdravstvena reforma leta 2004**

Razvoj zdravstvenega varstva in zlasti sprememba celotne družbe v času prehoda iz socialistično v meščansko družbo oziroma na zaključku t.i. tranzicije, ko se



vzpostavljajo instituti sodobne socialno tržne družbe v razmerah globalizacije, se je tudi zdravstveni sistem, vzpostavljen z reformo leta 1992, pričel kazati kot nezadosten in preživel. Spričo očitne in izrazite razslojenosti družbe so se zlasti na področju zdravstvenega varstva izpostavile potrebe po povečanju stopnje socialnosti izražene v večji solidarnosti in pravičnosti med državljani. Za doseg na novo ovrednotenih paradigem socialnosti v zdravstvu je bilo potrebno pristopiti k novi reformi zdravstvenega sistema. Osnutek reforme je bil pripravljen v letu 2003 v dokumentu, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje, imenovanem Bela knjiga, cilji predlagane reforme pa so:

- pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo,
- razporejanje sredstev po potrebah državljanov,
- boljša dostopnost do zdravstvenega varstva,
- razvoj sistema celovite kakovosti,
- regulacija sistema in učinkovitost upravljanja in
- krepitev področja javnega zdravja.

V javni razpravi o Beli knjigi je bila v celoti potrjena potreba po reformiranju zdravstva, tudi v zvezi z zastavljenimi cilji reforme ni bilo izraženih nasprotovanj, bilo pa je izpostavljeno, da dokument večinoma ne daje jasnih odgovorov na rešitev akutnih socialnih anomalij v zdravstvu in da se reforma pretežno ukvarja z reformo financiranja. Nasprotniki predlaganih rešitev so zlasti iz vrst ekonomske stroke, osredotočili pa so se na makroekonomske vidike reforme, vire financiranja v smislu zasebnih in javnih sredstev kot tudi na naravo lastnine zdravstvenih organizacijskih enot in sredstev v smislu zasebne in državne lastnine. Tako Krajnc (2004) ugotavlja, da razprave o reformi slovenskega zdravstvenega sistema kažejo, da obstajajo velike razlike v pogledih, ali naj zdravstvo ostane pretežno del javnega sektorja ali pa je treba pričeti resno razmišljati o privatizaciji zdravstva ob upoštevanju potreb in uresničevanju načela pravičnosti in solidarnosti. Med zdravniki prevladuje mnenje, da morajo izvajalci zdravstvenih storitev ostati tako kot doslej pretežno v javnem sektorju in v organizacijski obliki negospodarskih javnih zavodov, med ekonomisti pa se vedno bolj uveljavlja mnenje, da je potreben temeljit razmislek o prihodnji organiziranosti zdravstvenih izvajalcev, predvsem v smeri zdravstvenih podjetij, ki naj poslujejo tako v javnem kot zasebnem sektorju.

Po Krajncu (2004) so ekonomisti prepričani, da je Bela knjiga dokument, ki ne bo omogočil potrebnih izboljšav sistema, sama Bela knjiga pa je pisana z izrazito negativnim stališčem do ekonomike in ekonomistov, njihova stališča pa so an več mestih omenjena kot nekakšna ovira za večjo pravičnost in učinkovitost javnega sektorja v zdravstvu; cilji reforme sicer odsevajo probleme, ki so posledica demografskih, socialnih, ekonomskih, političnih in zdravstvenih sprememb, ne samo slovenske družbe pač pa tudi drugih, in jim ni mogoče oporekati, pomembnejša pa je strategija za doseg teh ciljev, ki jo je smiselno ocenjevati z ekonomskega, javnofinančnega, regulativnega in upravljalškega vidika, iz teh vidikov pa je ni mogoče oceniti kot ustrezno izhodišče za reformo. Predlaga, da se pripravi dopolnitev reforme v t.i. Beli knjigi II, v kateri bi bila prva prednostna naloga sprememba financiranja nadomeščena s povečanjem učinkovitosti zdravstva.

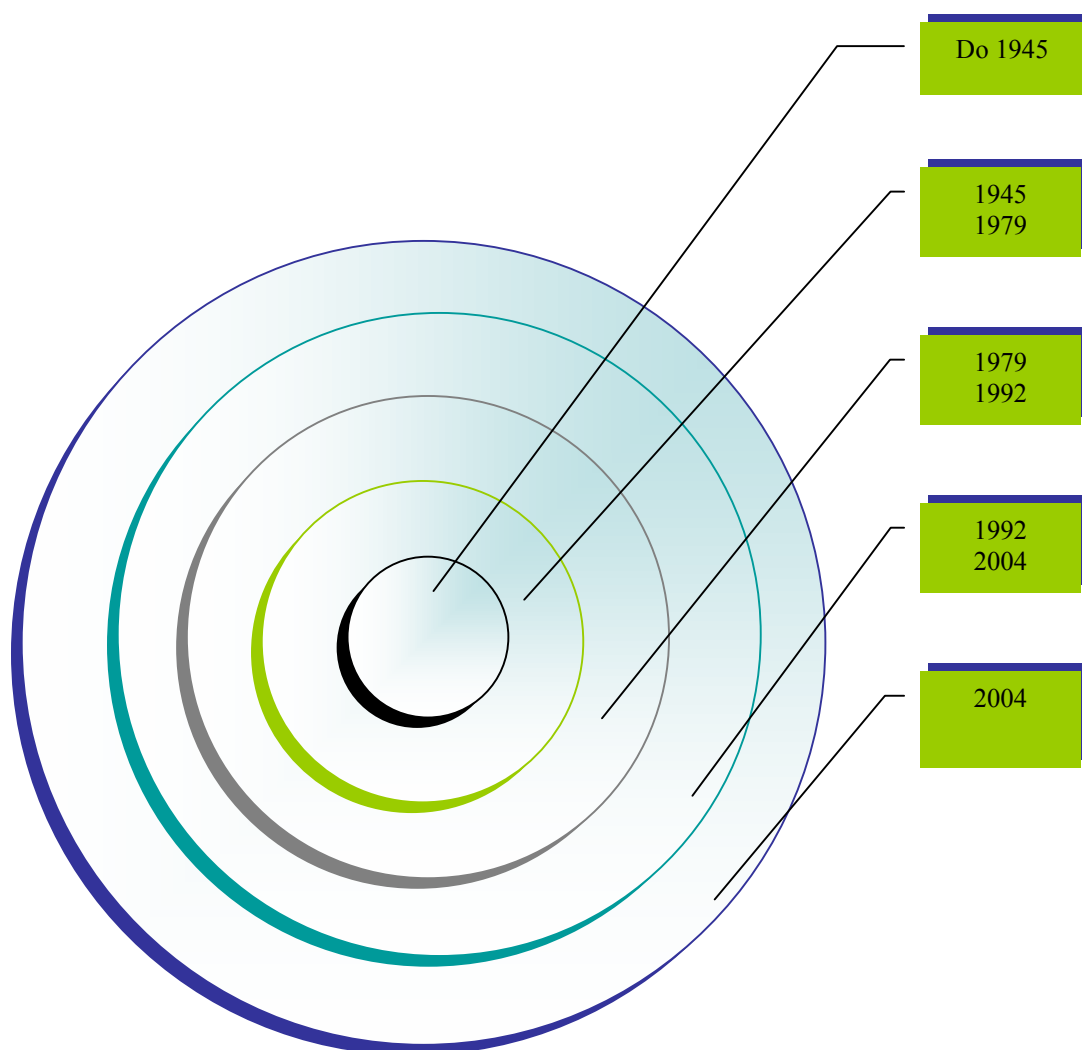
Podobnega mnenja je Česen (2004), ki pravi, da je sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji dobro postavljen in da ne potrebuje nikakršnih revolucionarnih sprememb, le nekatere stvari je potrebno dograditi, nekatere pa nanovo opredeliti, predvsem področje privatizacije in zasebnega dela., saj leta 1992, po skoraj petdeset letnem delovanju v izključno javnem zdravstvu, ko je bil vzpostavljen sedaj veljavni zdravstveni sistem, ni bilo veliko znanega o zasebnem delu, zdaj pa bi bilo potrebno, na podlagi pridobljenih izkušenj, to področje zdravstva drugače opredeliti. To, kar je v slovenskem zdravstvu potrebno na novo, pa je pravzaprav posledica vključitve v Evropsko unijo, ki naj bi v prihodnosti resnično predstavljala skupnost, v kateri bodo ljudje na enotnem trgu menjali delo in kapital, storitve in delovno silo, to pa bo povzročilo konvergenco zdravstvenih sistemov in v končni fazi izoblikovanje temeljnih ciljev v socialni politiki in s tem povezano t.i. "košarico" zdravstvenega varstva za t.i. prebivalce oziroma državljane Evropske Unije.

V javni razpravi so bile najbolj odmevne razprave Mrkaića (2003), ki se zlasti zavzema za uveljavitev ekonomskih zakonitosti (cost-benefit teorije) tudi na področje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Sama menim, da je potrebno pri pripravi zdravstvene reforme ohraniti širšo makroekonomsko predstavo in upoštevati vse dejavnike in njihove motivacije za

spremembe v zdravstvenem sistemu oziroma vzpostaviti obči družbeni konsenz, samo reformo pa pojmem kot proces, v katerem je Bela knjiga le izhodišče, težišče pa je na njeni izvršitvi in na vsakokratnem izvrševalcu.

**Shema 3.3: RAZVOJ ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA OZEMLJU REPUBLIKE SLOVENIJE**



## **4. ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V SISTEMU JAVNE UPRAVE**

### **4.1. Splošno**

Zdravstvena dejavnost je specializiran podsistem zdravstvenega varstva, katerega temeljni namen je skrb za biološko in psihološko disfunkcionalnost človeka – posameznika ali širših človekovih skupnosti (Field, 1973). Ta opredelitev zdravstvene dejavnosti je v teoriji poznana kot problemska definicija, saj se konkretne zdravstvene potrebe posameznika kažejo v posameznih problemih. Field je vse probleme posameznika razvrstil v pet osnovnih problemov in jih poimenoval »five D« (pet D) in sicer: smrt (Death), bolezen (Disease), onemoglost (Disability), neugodje (Discomfort) in nezadovoljstvo (Dissatisfaction). Teh pet potreb, po Fieldu, določa funkcijo ciljev zdravstvene dejavnosti.

Funkcija ciljev zdravstvene dejavnosti je temelj različnih opredelitev zdravstvene dejavnosti, odvisno od cilja, ki se ga v teoriji sledi, za zdravstveno dejavnost v sistemu javne uprave pa je poglobljena opredelitev, da je zdravstvena dejavnost organizacijski podsistem, za katerega je značilno, da so sistemi ciljev, torej je zdravstvena dejavnost teleološki sistem (prirejeno po Česnu, 1994). V nasprotju z naravnimi in tehničnimi sistemi, ki funkcionirajo po naravnih zakonitostih, je za organizacijske sisteme značilno, da njihovo delovanje formira, vodi, usmerja in nadzira človek.

Za zdravstveno dejavnost v Republiki Sloveniji je uzakonjeno, da obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Opredelitev zdravstvene dejavnosti, določitev njenih izvajalcev in načina izvajanja, je v pristojnosti države. Neposredna vloga države na področju zdravstvene dejavnosti se kaže predvsem v organiziranju opravljanja zdravstvene dejavnosti in zagotovitvi ustreznih človeških in materialnih virov, v spremljanju njenega delovanja in v obvladovanju celovite kakovosti. Določitev in opredelitev zdravstvene dejavnosti, ki

na prvi pogled ne pomeni posebne zahtevnosti, se v praksi kaže za izjemno zahtevno, predvsem v povezavi z njeno dopustnostjo oziroma nedopustnostjo, zaradi pojavljanja najrazličnejših zdravstveno usmerjenih aktivnosti s svojimi, drugačnimi, alternativnimi, metodami zdravljenja.

Zdravstvena dejavnost je javna služba in je v našem pravnem sistemu opredeljena funkcionalno, tako da z izrazom »javna služba« pojmujeemo dejavnost in ne izvajalca. Za zdravstveno dejavnost kot javno službo je značilno, da se izvaja v javnem interesu, da je za njeno zagotavljanje odgovorna država, da je izvzeta iz pravnega režima tržnih dejavnosti in da se izvaja po posebnem javnopravnem režimu. Javnopravni režim se nanaša predvsem na način izvajanja dejavnosti, na razmerja med izvajalcem, uporabnikom in državo (ali lokalno skupnostjo) ter na cenovni režim. Za zdravstveno dejavnost kot eno izmed negospodarskih javnih služb je značilno, da jo lahko opravlja vsakdo, ki izpolnjuje predpisane pogoje in da se le tisti del dejavnosti, ki zajema javno službo, financira iz javnih sredstev, kar pomeni, da se na področju zdravstvene dejavnosti poleg javne službe lahko opravlja tudi navadna tržna dejavnost (prirejeno po Virantu, 1998).

Država na področje zdravstvene dejavnosti kot celote, ne le kot javne službe, prvenstveno posega s pravnim normativizmom. Sodobne družbe, tako tudi slovenska, so oblikovale razvite institucionalizirane sisteme, sheme, zdravstvene dejavnosti kot pomembne družbene dejavnike v družbi. Zdravstvena politika pri tem v nobeni družbi ni samostojna, temveč je konceptualno in normativno vključena v družbeno življenje. Stopnja razvoja zdravstvene dejavnosti v vsaki družbi ni odvisna le od strokovnih zmožnosti medicine temveč tudi od sredstev, ki jih v določeni družbi namenjajo tej dejavnosti. Vsaka družba konkretno podobo zdravstvene dejavnosti oblikuje s pravno regulativo, pri tem pa upošteva poleg medicinskih tudi socialne, ekonomske, politične in druge, za posamezno družbo, aktualne kriterije.

Uveljavljeno prakso je teorija večkrat poskušala intepretirati tudi kot neustrezen poseg pravnega normativizma v medicinsko stroko. Pri tem se je običajno izhajalo s stališča, da je medicina kot stroka izvedena iz medicine kot naravoslovne znanosti, ki je ekonomsko in politično nevtralna, zaradi česar naj ne bi bilo dopustno s pravno regulativo to stroko posredno usmerjati. Zaostritev problematike na stičišču pravnega

normativizma in medicinske stroke ni le neproduktivna temveč tudi nerealna, saj zlasti antropološka razsežnost in socialna dimenzija medicine in prava predstavljata oziroma naravnost terjata skupen diskurs pri koncipiranju rešitev vprašanj s področja zdravstvene dejavnosti in posredno celotnega zdravstvenega varstva.

Za pravilno ovrednotenje funkcije prava v kontekstu zdravstvene dejavnosti je potrebno vključiti tudi tržni vidik narave samih zdravstvenih storitev kot enega izmed elementov zdravstvene dejavnosti.

Ekonomski vidik ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah kaže, da je trg z zdravstvenimi storitvami specifičen, po ekonomskih zakonitostih je to nepopoln trg, ki ga ni moč odpraviti ravno zaradi njegovih trajnih pomanjkljivosti. Bistveni pomanjkljivosti sta asimetrija informacij in moralno tveganje (moralni hazard). Asimetrija informacij, v teoriji poznan tudi kot problem principala in agenta, pri čemer je principal pacient, agent pa zdravnik, ki se kaže v nezadostni informiranosti pacienta (kupca) o zdravstvenih storitvah, tako da je pacient pretežno odvisen od zdravnika in njegovih odločitev o pacientovem zdravljenju, je v nasprotju z zakonitostmi popolnega trga, ki narekuje popolno informiranost obeh udeležencev (kupca in prodajalca). Moralno tveganje, ki vpliva na koriščenje zdravstvenih storitev posredno preko statusa zavarovanca pacienta in pomeni obnašanje zavarovanca, to je posameznika, ko je že zavarovan, se kaže v stopnji tveganja, bodisi da se poveča zavarovančevo tveganje s tem, da se zmanjša njegova skrb za lastno zdravje pred zavarovalnim primerom (boleznijo), ker ve, da je zavarovan, bodisi da se povečajo stroški, saj v primeru, da zavarovanec zbolí, skuša izkoristiti pravice iz zdravstvenega zavarovanja do maksimuma (prirejeno po Stanovniku, 1998).

Problematika pravnega urejanja zdravstvene dejavnosti vključuje tako družbeno-ekonomsko kot medicinsko - doktrinarno komponento. Gledano širše, se, glede na to, da v nobeni družbi zdravstveno varstvo ni v izključni domeni medicine kot stroke in znanosti, temveč predstavlja meritorno dobro, ki ima širši družbeni pomen, tudi zdravstvena dejavnost koncipira in zagotavlja njeno izvajanje v vseh družbah samo ob ustrezni sistemski pravno normativni ureditvi.

Pri tem je pomen prava dvojen: s pravom se državljanom zagotavljajo temeljne pravice do zdravstvenega varstva in iz zdravstvenega varstva, s čimer pravo odigrava svojo družbeno zaščitno in urejevalno vlogo. Poleg tega se s pravno ureditvijo zdravstvenega varstva omogoča vsakokratni uveljavljeni medicinski doktrini, da svoja znanstvena spoznanja in strokovne in organizacijske pristope uresničuje v praksi in jih po potrebi, prav s pomočjo pravne normativizacije spreminja ali dopolnjuje ter si tako zagotavlja pravno legalno in legitimno podlago za izvajanje vseh oblik zdravstvene dejavnosti.

Vprašanje sredstev za zdravstveno varstvo, ki se pogosto neutemeljeno interpretira kot vprašanje bolj ali manj zadovoljivega pravnega urejanja zdravstvenega varstva, sodi v politično-ekonomsko-socialno sfero, tako da trditve, ki jih je občasno zaslediti, zlasti kadar dobi zdravstvo premalo denarja, da zdravstveno varstvo pravno ni zadovoljivo urejeno, niso utemeljeni.

Za slovensko zdravstveno zakonodajo velja, da so pravne norme po eni strani izraz družbene skrbi oziroma države za zdravstveno varstvo prebivalstva, hkrati oziroma po drugi strani pa tudi formalno pravni okvir, v katerem so v glavnem dani pogoji medicinski stroki in tudi znanosti, da sooblikuje, načrtuje in izvaja zdravstveno varstvo in posredno s tem tudi zdravstvene dejavnosti. Tak prostor je medicinski stroki in znanosti dan predvsem glede na tiste določbe zakona o zdravstveni dejavnosti, ki se sklicujejo na uporabo medicinske doktrine, deontološkega kodeksa ter drugih strokovnih in etičnih kodeksov (prirejeno po Mercu, 1994).

## **4.2. Organizacija zdravstvene dejavnosti**

Za zdravstveno dejavnost velja, da je javna služba, preko katere člani družbene skupnosti uresničujejo svoj interes do zdravljenja, bodisi da gre pri tem za ozdravitev bodisi da gre za izboljšanje ali ohranitev zdravja. Bučar ugotavlja, da se katerikoli javni interes ne more uveljaviti brez organizacije, organizacija pa je tisto potrebno okolje in sredstvo, da se javni interes sploh lahko oblikuje. Ker gre tudi pri določitvi javnih interesov za tista dva elementa, ki sta potrebna v vsakem skupnem delovanju,

namreč za skupen cilj in sodelovanje, je organizacija tista nujna osnova tudi v zdravstveni dejavnosti, brez katere ni mogoče ugotavljati javnih potreb, še manj pa jih zadovoljevati. Vavpetič (cit. po Hačku, 2001) je ugotovil, da se vsaka organizacija ustanovi zato, da opravlja neko dejavnost, zato tudi obstaja, in to toliko časa kolikor obstaja potreba po opravljanju te dejavnosti. Naloge, zaradi katerih je neka organizacija ustanovljena, se imenujejo temeljne naloge organizacije in sodijo na najrazličnejša strokovna področja. Tako torej zdravstvena dejavnost ni neodvisen, stalen, podsistem, pač pa je podsistem, ki je odvisen od številnih dejavnikov, tako iz okolja oziroma družbe, v kateri se razvija kot tudi od dejavnikov znotraj samega sistema, kateri oboji skupaj narekujejo oblikovanje najustreznejših organizacijskih struktur za doseganje zastavljenih ciljev.

#### **4.2.1. Temeljni zunanji dejavniki v razvoju zdravstvene dejavnosti**

##### **4.2.1.1. Splošno**

Zdravje ljudi je tako obsežen pojem, da ni dela politike, ki ne bi vplival na zdravstveno stanje prebivalstva. Zdravje ljudi je tako ekonomsko kot tudi humanitarno vprašanje. Veliko število bolnih, invalidnih in prezgodaj umrlih zmanjšuje ustvarjalno in ekonomsko moč naroda in njegovo kakovostno preživetje. Sodobne usmeritve na področju varovanja zdravja ljudi so izrazite v oblikovanju take politike na področju zdravstvenega varstva, katere cilj je, da imajo vsi prebivalci na določenem območju zagotovljeno zdravo rast, telesni in duševni razvoj ter da ostanejo čim dlje zdravi, polno sposobni prispevati k razvoju družbe.

Izjemne pomembnosti zdravja vseh ljudi na svetu so se zavedale tudi članice Organizacije združenih narodov, in kot svojo posebno agencijo ustanovile Svetovno zdravstveno organizacijo, v 25.člen Splošne deklaracije o človekovih pravicah pa že v letu 1948 zapisale:

»Vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blagostanje, vključno hrano, obleko, stanovanje, zdravniško oskrbo in potrebne socialne usluge; pravico do varstva v primeru nezaposlenosti, bolezni, delovne nezmožnosti, nege ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, ki niso odvisne od njegove volje.«



Končni cilj sistema zdravstvenega varstva je približevanje idealu zdravja, zdravje pa ni le odsotnost bolezni, pač pa stanje popolne fizične, duševne in socialne blaginje. Takšnega stanja za zdaj še ne dosega prebivalstvo nobene države ali družbe na svetu, ampak se temu idealu na posameznih območjih bolj ali manj le približuje.

Zdravstvena dejavnost je dinamičen organizacijski sistem, čigar razvoj sledi celotnemu razvoju človeških, materialnih in tehnoloških virov sodobne družbe. Za razvoj zdravstvene dejavnosti na območju Republike Slovenije je značilno, da je bil njegov razvoj hiter in dinamičen, zlasti v obdobju po drugi svetovni vojni in da je razvoj zdravstvene dejavnosti vseskozi sledil tako razvoju celotne družbe, zlasti njeni nagli industrializaciji in tehnološkemu razvoju, kot tudi razvoju dejavnosti v razvitih deželah. Ob proučevanju razvoja zdravstvene dejavnosti lahko zaključimo, da je v soodvisnosti z razvojem zdravstvenega varstva, oba pa sta pogojena s številnimi vplivi iz družbenega in ekonomskega ter okoljskega področja.

Tudi historično oblikovanje zdravstvenih sistemov in njihova aktualna preobrazba so pogojeni z vrsto posrednih dejavnikov, ki jih je uvrstiti med temeljne zunanje dejavnike.

Med temeljne zunanje dejavnike razvoja zdravstvene dejavnosti uvrščamo: ekonomske, demografske, epidemiološke, socialno- kulturne, politične in zdravstvene.

#### **4.2.1.2. Ekonomski dejavniki**

Ekonomski dejavniki na področju zdravstvene dejavnosti ustvarjajo ekonomski okvir, v katerega umeščamo: ekonomske zmožnosti neke konkretne družbe in z njimi povezano stopnjo namenjanja sredstev za zdravstveni sistem, spremembe na področju dela in zaposlovanja ter načine financiranja zdravstvenega sistema, razmerje med zasebnim in javnim v zdravstvenem sistemu, razlike med bogatimi in revnimi, vprašanje nadzora stroškov in racionalizacije, vpliv tehnološkega razvoja na povečanje stroškov zdravstvene dejavnosti. Ekonomski dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno dejavnost, se sumarno odražijo v višini bruto družbenega proizvoda, delež sredstev, ki jih družba namenja za zdravstvo pa se izrazi v odstotku bruto

družbenega proizvoda, kar pomeni, da bodo ob nespremenjenem odstotku v primeru večjega bruto družbenega dohodka tudi sredstva za zdravstvo višja, velja pa tudi obratnosmerna zakonitost: v primeru nižjega bruto družbenega dohodka bodo sredstva za zdravstvo nižja.

**Tabela 4.1.: Delež izdatkov za zdravstveno varstvo v odstotku od BDP v Republiki Sloveniji v obdobju 1997 - 2003**

Viri	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>1.OZZ</b>	6,58	6,65	6,52	6,70	6,90	6,83	6,68
<b>2.PSDO</b>	0,26	0,25	0,26	0,24	0,27	0,30	0,37
<b>3.PZZ*</b>	0,88	0,91	0,93	1,03	1,06	1,02	0,94
<b>SKUPAJ</b>	<b>7,72</b>	<b>7,81</b>	<b>7,71</b>	<b>7,97</b>	<b>8,23</b>	<b>8,17</b>	<b>8,15</b>

1. OZZ = obvezno zdravstveno zavarovanje

2. PSDO = proračunska sredstva države in občin

3. PZZ = prostovoljno zdravstveno zavarovanje

\* Podatek ne vključuje sredstev Adriatica d.d.

**Opomba:** K podatkom v tabeli je potrebno dodati zasebna sredstva ljudi za razne zdravstvene storitve, ki jih ne krijeta obvezno ne prostovoljno zdravstveno zavarovanje in sossi jih ljudje pripravljene plačati iz lastnega žepa. Zanesljivih podatkov o njihovi višini ni, saj jih v Sloveniji še ne zbiramo. O njih obstaja le ocena porabljenih denarnih sredstev gospodinjstev za zdravstvene storitve (samoplačniški zdravstveni pregledi, zobozdravstvene storitve, laboratorijske storitve, rentgen, ultrazvok, fizioterapijo, za zdravila, ki se ne predpisujejo na recepte ter za nekatere terapevtske pripomočke npr. termometri, kontaktne leče, slušni aparati), ki jo navaja Urad za makroekonomske analize in razvoj in ki temeljijo na statističnih raziskovanjih na vzorcu 4.500 gospodinjstev in jih je izvedel Slovenski urad za statistična raziskovanja. Po teh podatkih je bilo v Sloveniji v letu 2002 porabljenih okrog 40 milijard tolarjev.

**Vir:** Poslovna poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in bilten javnih financ

Spremljanje namenjanja sredstev za zdravstveni sistem merjeno v odstotku od bruto družbenega proizvoda ( v nadaljnjem besedilu: BDP) pokaže, da stroški zdravstva v razvitih zahodnih državah znašajo v povprečju okoli 8%. Sredi prejšnjega stoletja je bil ta odstotek za polovico manjši in je znašal okoli 4,2% v letu 1960, po tem letu je pričel naglo rasti in v letu 1970 že dosegel 7,2%. Rast sredstev za zdravstvo je

skladna rasti sredstev za ostale socialne stroške, ta rast pa, prvenstveno zaradi ekonomskih razlogov, naglo upada in se ohranja dosežen odstotek BDP.

Podatek o odstotku BDP namenjenega za zdravstvo sam po sebi ne pove veliko, če hkrati tudi nimamo podatka o višini samega BDP. V razvitih zahodnih državah znaša BDP na prebivalca med 25.000 USD do 35.000 USD, kar predstavlja veliko razliko v odnosu do nerazvitih držav, pa tudi v odnosu do postkomunističnih držav.

Skupno namenjanje sredstev za zdravstvo se med posameznimi državami razlikuje tudi v strukturi zasebnih in javnih stroškov. Evropske države so naklonjene večjemu deležu javnih stroškov za zdravstvo, kar hkrati tudi vodi v temeljno stališče o nujnosti državne skrbi in državne intervencije v zdravstveni sistem. Zanimivo je opozoriti, da se je do 1990. leta delež javnih stroškov občutno povečeval, po tem letu pa se zmanjšuje.

Čeprav podatki o namenjanju BDP za zdravstvo zelo malo povedo o razlikah v zdravstvu in delovanju posameznih zdravstvenih podsistemov, so podatki kljub vsemu okvir za razumevanje izboljšanja skupnega zdravstvenega stanja, zlasti v razvitih državah, ter okvir razumevanja družbeno pogojenih stroškovnih pritiskov v zdravstvenih sistemih koncem 20. stoletja.

Ekonomski dejavniki razvrščeni v ekonomski okvir se za zdravstvo v zadnjem času kažejo kot izrazito neugodni zaradi dveh osnovnih razlogov in sicer:

- tehnološkega razvoja človeške družbe in
- globalizacije gospodarstva.

Kljub velikim ekonomskim možnostim posameznih držav, tehnološki razvoj izjemno draži in dramatično specializira posamezna področja zdravstvenega varstva ter nujno povzroča neenakost v dostopnosti vsem ljudem. Možnosti tehnološkega razvoja se kažejo tako velike, da odpirajo celotna nova in zelo draga področja medicinskih raziskovanj, postavljajo pa pred človeka mnoge nerešljive etične dileme.

Okoliščine globalizacije gospodarstva in spremembe v strukturi dela zastavljajo vprašanje možnosti plačila zdravstvenih storitev kot tudi vprašanje načina dostopnosti zdravstvenih storitev. S tem v zvezi se zelo neposredno povezuje dejstvo povezanosti večanja prebivalstva in zmanjšanje aktivnega prebivalstva z dejstvom povečanja do sedaj atipičnega dela. Ker so obstoječi socialni sistemi, tudi zdravstveni sistemi, oblikovani na načelu polne zaposlenosti, bodisi da so financirani z davki

bodisi s prispevki, spremembe v strukturi dela zastavljajo pod vprašaj ohranjanje obstoječih zdravstvenih sistemov (Zrinščak, 1999).

**Tabela 4. 2: BDP na prebivalca za leto 2002 v USD v državah članicah OECD in v Republiki Sloveniji** (Vir: Eurostar Yearbook 2002; Statistični letopis RS 2002)

<b>Država članica OECD</b>	<b>BDP po menjal.razmerju</b>	<b>BDP po kupni moči</b>
Kanada	23.100	30.300
Mehika	6.300	9.200
Združene države Amerike	36.100	36.100
Avstralija	20.700	28.100
Japonska	31.300	27.000
Koreja	10.000	17.000
Nova Zelandija	14.700	21.800
Avstrija	25.500	28.900
Belgija	23.700	27.700
Češka Republika	6.800	15.100
Danska	32.100	29.100
Finska	25.300	26.500
Francija	23.400	27.200
Nemčija	24.100	25.900
Grčija	12.100	18.400
Madžarska	6.400	13.900
Islandija	29.600	28.400
Irska	31.100	32.600
Italija	20.400	25.600
Luksemburg	47.200	49.100
Nizozemska	25.900	29.000
Norveška	42.000	35.500
Poljska	4.900	10.700
Portugalska	11.700	18.400
Slovaška Republika	4.500	12.300
Španija	16.200	22.400
Švedska	27.000	27.200
Švica	37.400	30.500
Turčija	2.600	6.400
Velika Britanija	26.400	28.000
<b>OECD - Skupaj</b>	<b>23.000</b>	<b>25.000</b>
<b>Največjih sedem</b>	<b>30.100</b>	<b>30.700</b>
<b>OECD - Evropa</b>	<b>18.300</b>	<b>21.900</b>
<b>EU – 15</b>	<b>22.600</b>	<b>26.000</b>

<b>Območje EURO</b>	<b>21.600</b>	<b>25.600</b>
<b>Republika Slovenija</b>	<b>11.000</b>	<b>17.700</b>

#### 4.2.1.3. Demografski dejavniki

Demografski dejavniki so za zdravstveno dejavnost izjemnega pomena, zato se natančno in sprotno spremlja celotna gibanja v zvezi s populacijo na posameznih območjih in na območju države. Demografski dejavniki so bili prvi dejavniki, ki jih je v zgodovini pričela sistematično spremljati medicinska znanost in z njimi meriti in utemeljevati svojo uspešnost oziroma učinkovitost. Na temelju tovrstnega empiričnega spremljanja bistvenih demografskih dejavnikov lahko povzamemo, da se je v prejšnjem stoletju življenjska doba ljudi v razvitem svetu močno podaljšala, hkrati pa je pričela v teh deželah padati rodnost. Ta trend v gibanju demografskih dejavnikov je opazen tudi na slovenskem. Osnovne značilnosti prebivalstva na slovenskem so nizka nataliteta, fertiliteta in negativni naravni prirastek.

**Tabela 4.3.: Število in naravno gibanje prebivalstva v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 – 2001 (sredi leta)**

<b>Leto</b>	<b>Št.prebivalcev</b>	<b>Živorojeni*</b>	<b>Umrli*</b>	<b>Nar. prirast.*</b>
1971	1.727.137	15,9	10,1	5,8
1981	1.891.864	15,7	9,9	5,8
1991	1.965.986	10,9	9,7	1,1
1993	1.990.623	9,9	10,0	- 0,1
2001	1.992.035	8,7	9,3	- 0,6

\* koeficienti na 1000 prebivalcev

Vir: Statistični letopis SR Slovenije, Statistični urad RS, Inštitut za varovanje zdravja RS

Za populacijo na slovenskem je značilno, da se je v letu 1993 prvič v zgodovini pojavila negativna stopnja v naravnem prirastku, kar pomeni, da je število smrti v tem letu preseglo število živorojenih oziroma mortaliteta je presegla nataliteto,

govorimo o depopulaciji, za katero je značilno, da je posledica zmanjšane števila rojstev in ne povečanega števila smrti.

Pravzaprav je resnični družbeni problem dejstvo zmanjšane fertilitete in natalitete, kar kaže na velike spremembe demografskih struktur prebivalstva. Problem staranja je odvisen predvsem od rojevanja. Pogosto je prisoten strah, da se bo z zaposlovanjem žensk ogrozila plodnost in na ta način otežilo staranje, vendar dejstva kažejo na drugačne razmere (Esping-Anderson, 1998). Poleg tega pa je še pluralizem družinskih oblik rezultiral v slabljenju klasičnih socialnih in s tem tudi zdravstvenih funkcij družine; spremembe v samem družinskem sektorju, ki se označujejo s pojmom pluralizacija družinskih oblik, zajemajo samohranilske družine z enim roditeljem, katerih delež v posameznih družbah se giblje med 15 in 30%, nato svobodne zveze z ali brez otrok, rekonponirane družine, ki so sestavljene iz razvezanih staršev ali vdovcev/vdov in njihovih otrok iz prejšnjih razmerij ali/in skupnih otrok.

Pri proučevanju populacije po starostnih skupinah zasledimo izrazit trend v upadanju števila otrok (starostna skupina od 0 do 14 let) ter pospešeno večanje števila starostnikov nad 65 let. Pregled teh trendov je prikazan v tabeli 3.

**Tabela 4.4.: Prebivalstvo po starostnih skupinah v % v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 – 2001 (sredi leta)**

<b>Starost. sk.</b>	<b>1971</b>	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>1993</b>	<b>2001</b>
0 – 14 let	24,1	23,2	20,0	19,1	15,5
15 – 64 let	66,1	64,6	69,0	69,2	70,2
65 in več	9,8	12,2	11,0	11,7	14,3

Vir: Statistični letopis SR Slovenije, Statistični urad RS, Inštitut za varovanje zdravja RS

Staranje prebivalstva se bo nadaljevalo, zlasti se bo višalo število starostnikov nad 65 let, v zadnjem času pa celo nad 85 let, med njimi pa bo vse več kroničnih bolnikov, nepokretnih, osamljenih oseb, odvisnih od zdravstvene pomoči, kar bo zdravstveni dejavnosti narekovalo preusmeritev k zadovoljevanju zdravstvenih potreb starostnikov.

Znotraj evropskega kontinenta se povečujejo razlike med tranzicijskimi državami (najočitnejše so med državami bivše Sovjetske Zveze), medtem ko znotraj posameznih držav tudi razlike med posameznimi socio-ekonomskimi skupinami postajajo izrazitejše. Posebno so intrigantne še ne dovolj pojasnjene večje razlike v Veliki Britaniji in skandinavskih državah. Med 1970. in 1980. letom so Švedska, Norveška in Danska izgubile svoj ugoden mednarodni imidž malih razlik v smrtnosti med posameznimi družbenimi razredi (Duffy, 1998). V vseh evropskih državah podatki govorijo o večji stopnji mortalitete med skupinami nižjega profesionalnega statusa in nižje izobrazbe. Tako na primer Norveški in Finski moški s stopnjo izobrazbe po srednji šoli živi 3-4 leta dalj od njihovih sonarodnjakov z osnovno šolsko izobrazbo in uživajo 10-12 let več zdravega življenja, brez kroničnih bolezni. Znotraj evropskih držav so ugotovljene tudi razlike v trajanju življenja med posameznimi državami (npr. Italija, Turčija), ki na svojevrsten način pojasnjujejo tudi razlike med posameznimi skupinami držav. V Sloveniji pričakovano trajanje življenja ni enotno, pač pa obstajajo med posameznimi slovenskimi regijami razlike; največja razlika je med primorsko (75,5 let) in prekmursko (72,0) in znaša 3,5 let.

Poleg geografske in izobrazbene pogojenosti v pričakovanem trajanju življenja je potrebno omeniti tudi razlikovanje med spoloma. Splošne teorije eksplanatornih modelov za pojasnjevanje spolnih razlik v zdravju, ki temeljijo na skupnem spoznanju, da je bolezensko vedenje ženske njej lasten odgovor ali odraz njenega lastnega položaja kot ženske, uvršča S. Letica, povzemajoč avtorja Nathausona in Twaddle C. Hesslerja, na:

- biološko-deterministični model, kateri razlike v mortaliteti, morbiditeti in pričakovanem trajanju življenja, pripisuje različnim vrednostnim položajem, "kodam", ženske in moškega;

- kulturalni model, kateri ženskam pripisuje "nižji" standard zdravja, ženske so "šibkejši spol", zaradi česar ženske pogosteje pojasnjujejo bolezen in iščejo zdravniško pomoč, sicer pa je zdravje že tradicionalno moška vrlina;
- model vloge bolnika, po kateri je vloga bolnika kompatibilna z ostalimi vlogami ženske, a inkompatibilna z ostalimi vlogami moškega;
- model socialnih in bioloških vlog, po katerem ženske pogosteje obolevajo od moških zaradi naporov povezanih z njihovo socialno in biološko vlogo.

V zadnjih letih, ob proučevanju in razvozlavanju oziroma dekodiranju človekovega genoma, so se razvile razne biološko – genetske teorije, ki biološko razlikovanje med spoloma, tudi v dolžini življenjske dobe, pripisujejo razlikovanju med kromosomoma X in Y. Kromosom Y, ki označuje moški spol, naj bi v minulih tristo milijonih letih že izgubil dve tretjini svoje prvotne velikosti, ta trend pa se nadaljuje, po čemer je sklepati, da propada. Poleg tega so s spremljanjem kromosoma Y skozi generacije očetov in sinov dokazali, da se na sinovem kromosomu Y pojavljajo nove, škodljive mutacije, ki jih pri očetovih kromosomih teh moških še ni bilo mogoče ugotoviti. Moški naj bi, po genetiku na angleški oxfordski univerzi Bryanu Sykesu, prišel na svet z vgrajenim defektom, po njegovih izračunih pa naj bi moški v 5000 generacijah, to je v približno 125.000 letih, izginil iz obličja zemlje, kar pomeni realno nevarnost za izumrtje človeške vrste, saj izhaja iz dejstva, da so v zgodovini zemlje mnoge biološke vrste (flore in favne) izumrle zaradi hiranja samcev. Tudi če bi se v poznejših raziskavah Sykesova sklepanja potrdila, to znanost ne bi smelo zavreti, pač pa jo vmestiti pred ponovni izziv, da preusmeri naravni razvojni tok, zlasti to velja za zdravnike reprodukcijske medicine, ki že danes proučujejo, kako, bodisi s kloniranjem, bodisi s proizvodnjo semenčič iz ženskega tkiva, moškega nadomestiti s tehniko.

**Tabela 4. 5.: Pričakovano trajanje življenja prebivalcev v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 – 2001**

Leto	Moški	Ženske
1971	65,3	72,9
1981	67,3	75,1



1991	69,6	77,6
1993	69,5	77,3
2001	72,3	80,5

Vir: Statistični letopis SR Slovenije, Statistični urad RS

Porušena sorazmerja med številom aktivne mlajše in neaktivne starejše populacije bodo povzročala sistemske težave celotne javne porabe, v sistemu zdravstvenega zavarovanja se bo pojavilo vprašanje nadaljnjega uresničevanja načel solidarnosti in vzajemnosti, rast javnih sredstev zdravstvenega zavarovanja za starostnike nad 65 letom pa je prikazana v tabeli 6.

**Tabela 4. 6.: Delež starejših od 65 let v številu celotnega prebivalstva in odhodki javnega zdravstva zaradi staranja v stalnih cenah 2002 v Republiki Sloveniji v obdobju 1993 – 2002**

Leto	Delež starejših od 65 let	Odhodki + stalne cene
1993	11,81	2.241.849.165
1994	12,13	4.568.029.853
1995	12,51	7.978.669.544
1996	12,85	10.508.109.436
1997	13,22	13.404.647.514
1998	13,58	16.319.800.386
1999	13,85	19.631.431.757
2000	14,14	22.917.171.596
2001	14,47	27.240.395.131
2002	14,63	29.524.838.549

Vir: Reforma v zdravstvu, Bela knjiga, Ministrstvo za zdravje RS, julij 2003

Po podatkih Statističnega urada Slovenije se je delež starejših od 65 let v zadnjih devetih letih, to je v obdobju od 1993 do 2002, povečal iz 11,81% v letu 1993 na

14,63% v letu 2002, kar pomeni, da se je delež starejših nad 65 let v devetih letih povečal za 2,82 odstotne točke ali povprečno 0,31 odstotne točke na leto.

Prikazani populacijski trendi so prisotni tudi v prebivalstvu ostalega razvitega sveta. Nekateri demografski podatki Slovenije in članic Evropske unije so prikazani v tabeli številka 7.

**Tabela 4.7.: Demografski podatki Slovenije in držav članic Evropske unije**

<b>Država</b>	<b>Prič.živl. doba- moški</b>	<b>Prič.živl. doba- ženske</b>	<b>Rodnost fertilnost</b>	<b>Naravni prirast %</b>	<b>Populac. + 65 let %</b>
<b>EU-15</b>	<b>74,6</b>	<b>80,5</b>	<b>1,53</b>	<b>-0,18</b>	<b>15,71</b>
Belgija	74,4	80,8	1,65	0,09	17,0
Danska	74,2	79,0	1,76	0,16	15,0
Nemčija	74,7	80,7	1,34	-0,04	16,4
Grčija	-	-	1,30	0,04	17,6
Španija	74,9	82,4	1,22	-0,02	17,0
Francija	75,0	82,5	1,89	0,36	16,0
Irska	73,9	79,1	1,89	0,96	11,3
Italija	-	-	1,25	-0,13	18,1
Luxemb.	74,0	81,2	1,78	1,20	14,4
Nizozem.	75,3	80,5	1,72	0,35	13,7
Avstrija	75,1	80,9	1,32	-0,10	15,5
Portugal.	72,0	79,1	1,54	0,13	15,6
Finska	73,8	81,0	1,73	0,07	14,9
Švedska	77,0	81,9	1,54	-0,13	17,4
V.Britan.	75,0	79,8	1,64	0,18	15,8
<b>Sloven.</b>	<b>71,9</b>	<b>79,1</b>	<b>1,26</b>	<b>-0,12</b>	<b>14,1</b>

Opombe: »-« ni podatka

Podatki o pričakovani življenjski dobi moških in žensk so za leto 2001

Podatki o rodnosti so za leto 2000

Podatki o naravnem prirastu so pričakovano povprečje med letoma 2000 in 2005

Podatki o deležu populacije starejše od 65 let so za leto 2000

Vir: Eurostar Yearbook 2002; Statistični letopis RS 2001; OECD Health Data

#### **4.2.1.4. Epidemiološki dejavniki**

Strokovnjaki po vsem svetu že desetletja pozorno spremljajo epidemiološke spremembe prebivalstva, njihovi izsledki pa služijo k strategiji ukrepanja v zdravstveni dejavnosti. V zadnjem času se večajo potrebe in zahteve po zdravljenju kroničnih degenerativnih bolezni (astma, kronični bronhitis, zvišan krvni pritisk, nevroze, senilna demenca), ki so posledica staranja prebivalstva, Svetovna zdravstvena organizacija pa opozarja na verjetnost povečanja oseb zbolelih za rakom. Predvideva se tudi, da se bo postopoma zmanjševal delež oseb, zbolelih zaradi bolezni srca in ožilja.

Epidemiološke spremembe prebivalstva tudi zlasti uspešno sledi vse bolj razvita farmacevtska industrija za proizvodnjo zdravil bodisi v smeri raziskav za izboljšavo že obstoječih farmacevtskih preparatov bodisi za razvoj in odkrivanje povsem novih zdravil za zdravljenje na novo odkritih obolenj.

Medicina, ki jo s konvencionalno opredelitvijo označujemo kot znanost in izkušnje diagnosticiranja bolezni, zdravljenja in nege bolnika ter zmanjšanja bolečin in varovanja in izboljšanja zdravja, mora ob omejenih finančnih sredstvih za optimalizacijo svojih učinkov nujno spremljati epidemiološke dejavnike.

Pri obravnavi epidemioloških dejavnikov je potrebno omeniti Fieldovo historično matrico razvrstitve modelov bolezni in sicer:

#### **Tabela 4.8. : Fieldova historična matrica modelov bolezni**

Vrste modelov bolezni po aktivnosti	Vrste modelov bolezni po tradiciji	
	Tradicionalni	Sodobni
Pasivna modela	Religijski	Pastoralni
Aktivna modela	Magijski	Medicinski

Vir: S.Letica, Zdravstvena politika u doba krize, 1989 (prirejeno)

Glavne značilnosti posameznih Fieldovih modelov je mogoče strniti po njihovih značilnostih, in sicer:

- znanstveno dognanih znanj na patoloških stanjih razumljenih prav tako v znanstvenem smislu; predstavlja dominanten pristop zahodne medicine razvitih držav. religijski model bolezni je pasiven in fatalističen, ki razvoj bolezni prepušča božji volji in previdnosti;
- magijski model je neučinkovit, a aktiven – skozi rituale želi mag storiti nekaj za bolnika;
- pastoralni model nudi umiritev in podporo bolniku; elementi pastoralnosti so prisotni v sodobnem modelu »socialne zaščite«, tipičen primer pastoralnega odnosa pa je odnos mati – otrok;
- medicinski model pomeni uporabo empirijskih ali znanstveno dognanih znanj na patoloških stanjih razumljenih prav tako v znanstvenem smislu: predstavlja dominanten pristop zahodne medicine razvitih držav.

Historični vidik proučevanja epidemioloških dejavnikov pove, da je bila polnih štirideset let, od 1930 do 1970, bolezen v središču interesa medicine, javnega zdravja in zdravstvene politike. To je obdobje t.i. »dobrih bolezni«, kot imenuje prenosljive bolezni L.Levin, to so bolezni, ki jih medicina učinkovito in dokončno ozdravi. Značilnost tega obdobja je, da se je vse dogajalo okoli bolezni: diagnosticiranje (bolezni), zdravljenje (bolezni), zavarovanje (za primer bolezni), preventiva (bolezni), rehabilitacija (po bolezni) itd. Izobraževanju zdravstvenih delavcev, proizvodnji opreme in celotni ekonomiki zdravstva je bila bolezen temeljni cilj in kriterij.

Z izgubljanjem pomena »dobrih bolezni«, se je v patološki tranziciji človeka, ki hkrati pripelje do podaljšanja življenjske dobe in zamika v pojavu kroničnih in degenerativnih bolezni, spremenila paleta bolezni: namesto »dobrih bolezni« so se pojavile t.i. »civilizacijske bolezni« oziroma bolezni načina življenja: mentalne motnje, neurovegetativne bolezni, poškodbe in nesreče, poklicne bolezni, bolezni odvisnosti, itd. Možnost države in medicine, da zdravi te bolezni so omejene, izhod iz te danosti pa se je, za sedaj še bolj teoretičen, konceptualen, nakazal v posamezniku in njegovem načinu življenja z motom »izboljšanje zdravja«.

Politika izboljšanja zdravja ima za svoj osnovni namen preusmeriti zdravstveni sistem k temeljnemu cilju – zdravju, ki je, po definiciji »dobrih bolezni«, v svojem bistvu še edina »dobra bolezen«. Koncept »Izboljšanje zdravja« danes preusmerja delovanje na vseh področjih npr.: diagnosticiranje (zdravja), zavarovanje (zdravja), razvoj tehnologije (za izboljšanje zdravja), razvoj farmacevtskih preparatov (za izboljšanje zdravja), zavarovanje (zdravja), razvoj zdravstvenega biznisa (proizvodnja športne opreme, trgovine in restavracije zdrave prehrane, rekreativen in zdravstveni turizem).

Vpliv epidemioloških dejavnikov na prebivalstvo posamezne države je mogoče obrazložiti le s kompleksnim delovanjem različnih činiteljev. Medtem ko se, na primer, relativno enostavno pojasni trikratno povečanje rizika srčnih bolezni pri nižjih socio-profesionalnih skupinah ali povečanje stopnje samomorilstva pri nezaposlenih oziroma ekonomsko neaktivnih, je mnogo težje najti pojasnilo, zakaj nizozemski moški mnogo bolj umirajo zaradi malignih neoplazem od svojih evropskih vrstnikov ali, zakaj Italijanke obolevajo za rakom na dojki za tretjino manj kot Britanke (Spence, 1996; Ottewill, 1996 v Wall, 1996). Pri tem je potrebno poudariti, da so raziskave in analize pokazale, da povezava med bogastvom države in epidemiološkimi dejavniki počasi izgublja jasne obrise po dosegu prihodkov približno 6.000 ameriških dolarjev na prebivalca, in da nadaljnje večanje prihodkov na prebivalca ne prinaša spektakularnih rezultatov v standardnih pokazateljih stopnje zdravja. Zaradi tega je epidemiološke trende nemogoče analizirati brez vpogleda v življenjsko-zdravstvene stile posameznih narodov, oziroma razredov in slojev iste družbe.

Epidemiološki dejavniki so tisti, ki povzročajo smrt premladih ljudi, to je smrt pred 65.letom starosti. V Sloveniji je bilo v letu 2002 od skupaj 18.701 umrlih oseb 4.860 prezgodnjih smrti. Najpogostejši vzroki prezgodnje smrti so novotvorbe (sem sodijo tudi rakava obolenja), bolezni obtočil (srčno-žilna obolenja), samomori in poškodbe ter zastrupitve. Leta 2002 je bilo izgubljenih skupno 68.549 let potencialnega življenja pred starostjo 65 let, v povprečju to pomeni 14 let na enega umrlega, stroški zaradi izgubljenega zaslužka umrlih pa so znašali 114 milijard tolarjev. Prezgodnje smrti so posledica tistih bolezni, ki bi jih, če bi jih pravočasno odkrili, lahko preprečili ali zdravili, med te bolezni pa sodijo predvsem rak dihalnih poti in pljuč, kožni rak, ishemična bolezen srca, jetrna ciroza in seveda prometne nesreče. Opazno je, da se zmanjšuje število prezgodnjih smrti zaradi srčnih bolezni, narašča pa število žrtev prometnih nesreč in samomorov, oboje je dostikrat povezano z zlorabo alkohola. Največ ljudi še vedno umre premladih v celjski in murskosoboški regiji in nedvomno so tudi ti podatki kazalec slabih gospodarskih, socialnih in drugih razmer v obeh regijah.

#### **4.2.1.5. Socialno-kulturni dejavniki**

Socialno-kulturni dejavniki so dejavniki, ki so povezani s tem, kaj je za posameznika osebni cilj in kaj šteje družba kot vodilo za doseganje čim večje blaginje. To so predvsem vprašanja svetovnega nazora, etičnih stališč ipd. Med te dejavnike lahko uvrščamo:

- svetovni nazor, ki odločilno vpliva na motivacijo ljudi pri njihovem ravnanju, zlasti to velja za družbe, v katerih je določen svetovni nazor uveljavljen kot uradna doktrina;
- etična načela, ki so prepletena s svetovnim nazorom, so eden izmed odločilnih dejavnikov, saj je dejavnost, ki ne deluje na podlagi splošno priznanih etičnih načel, obsojena na propad;
- praktične strokovne ideje in trenutno prevladujoči nazori o posameznih vprašanjih;
- vloga in pomen posameznih osebnosti, ki pogosto odločilno zaznamujejo posamezna vprašanja;

- tradicija, ki v primeru svoje pozitivnosti ohranja svojo pozitivnost tudi v kriznih obdobjih, in tradicija, ki je negativna, razvoju neke dejavnosti celo škodi;
- reakcionarnost, ki v svoji biti razumske in psihološke nesposobnosti prilagoditve spremenjenim razmeram slabo vpliva na razvoj zdravstvene dejavnosti;
- vrednotenje dobrin, katerih vrednost in pomen sta v družbi preseženi oziroma dajeta družbi značaj materialistične družbe, bo ovirala normalen razvoj zdravstvene dejavnosti, saj bo pomen nematerialnih, a za napredek tudi potrebnih dobrin, zapostavljen oziroma oviran;
- revolucionarnost prav tako lahko povzroči slabitev dejavnosti, saj je nagnjena k spreminjanju vsega obstoječega in zavračanju vsega kar je bilo v preteklosti.

Orientacija medicine v razvitih družbah v drugi polovici 20. stoletja na tehnična sredstva in tehnološke postopke je terjala specifičen sistem izvajanja zdravstvenega varstva, v katerem so bolnišnice in druge stacionarne diagnostične terapevtske in rehabilitacijske institucije dobile osrednje mesto in ki je zahteval občutno več sredstev, zlasti javnih. Kot protiutež tovrstnim tendencam v medicini je del medicinske doktrine ponekod oblikoval kot strateško usmeritev napotilo, da naj vsak posameznik sam čim več prispeva k lastnemu zdravju, zlasti s tem, da spremeni svoj življenjski stil in opusti zdravju škodljive navade.

Ker življenjskega stila posameznik običajno ne more spremeniti neodvisno od sprememb v določeni globalni družbi in ker je »zdrav življenjski stil«, ki vključuje uživanje prvovrstne in zdrave hrane, izvajanje psihofizične rekreacije in sproščujoče družabno življenje, povezan tudi z materialnim statusom posameznika (nižjim slojem ni dosegljivo marsikaj, kar si lahko privoščijo premožni), je bila takšna usmeritev ob svojem nastanku deležna velikih kritik. V teoriji je poznana kot **metoda obtoževanja žrtev**.

Ob koncu osemdesetih let 20. stoletja se je v glavnem medicinska doktrina poenotila in zavzela stališče, da so obolenja v sodobni postindustrijski družbi v pretežni meri socialno determinirana in da medicinske intervencije ni mogoče nadomestiti s skrbjo posameznika za njegovo zdravje, čeprav tudi te ne gre zanemariti. Prav tako pa je medicinska doktrina prišla do spoznanja, da je mogoče število medicinskih intervencij omejiti, če so izpolnjeni drugi pogoji, ki ugodno vplivajo na zdravstveno

stanje prebivalstva in če se izvajanje medicinskega dela zdravstvenega varstva uravnoteži tako, da se vzpostavi primerno razmerje med stacionarnimi in ostalimi zdravstvenimi storitvami.

Sodobni trendi za prenos težišča zdravstvenega varstva od bolezni k zdravju in od bolnika k človeku so bistveno prispevali k ozaveščenosti ljudi, da vse bolj sami upravljajo z lastnim zdravjem. Ljudje se zavestno odločajo za zdravo življenje z vsakodnevnimi fizičnimi aktivnostmi in zdravo prehrano in na ta način, brez dragih postopkov zdravljenja, ohranjajo svoje zdravje, saj je že nekaj časa poznano, da je četrtnina zdravja odvisna od zavestnega aktivnega ravnanja človeških faktorjev (posameznika in skupnosti).

Povečana ozaveščenost ljudi in dostopnost informacij o novih dosežkih na področju zdravljenja posledično povzroča vse večje zahteve zdravstveni službi po uveljavljanju posameznih zdravstvenih storitev. Širijo se gibanja potrošnikov zdravstvenih storitev, ki zahtevajo nove pravne podlage in politične odločitve za čim boljšo zaščito pacientov.

#### **4.2.1.6. Politični dejavniki**

Oprelitev zdravstvene politike temelji na prepletanju vlog posameznih subjektov, akterjev, ki se pojavljajo v procesu razvoja zdravstva, to so: družba oziroma država, medicina oziroma zdravstveno varstvo in posameznik. Srečujemo se z načinom, po katerem država intervenira v področje zdravstva, o stopnji administrativne vključenosti in administrativne kontrole, o interesih in o moči v in okoli zdravstvenega sistema, o načinih odločanja in participacije prebivalcev v zdravstvenem sistemu.

Glede na vlogo in naloge ter njihovo težnjo po lastni kulturni avtoriteti, so se skozi razvoj oziroma historično oblikovale tri tradicije:

- paternalistična, ki izhaja iz teze, da sta varstvo in razvoj zdravja nalogi državne oblasti oziroma vladarjev,



- profesionalna, ki vztraja na ekskluzivni pravici zdravnika – profesionalca, da skrbi za zdravje pasivnega pacienta – laika,
- individualistična, ki izhaja iz teze, da je prosvetljeni in ozaveščeni posameznik edini sposoben zavarovati in izboljšati lastno zdravje in splošno blaginjo.

**Tabela 4.9. : Tradicije zdravstvenih politik**

<b>Tip zdravstvenih politik</b>	<b>Odgovornost za zdravje in razvoj</b>
Paternalistični	Država
Profesionalni	Zdravnik
Individualistični	Posameznik
Sodobni	Država, zdravnik, posameznik

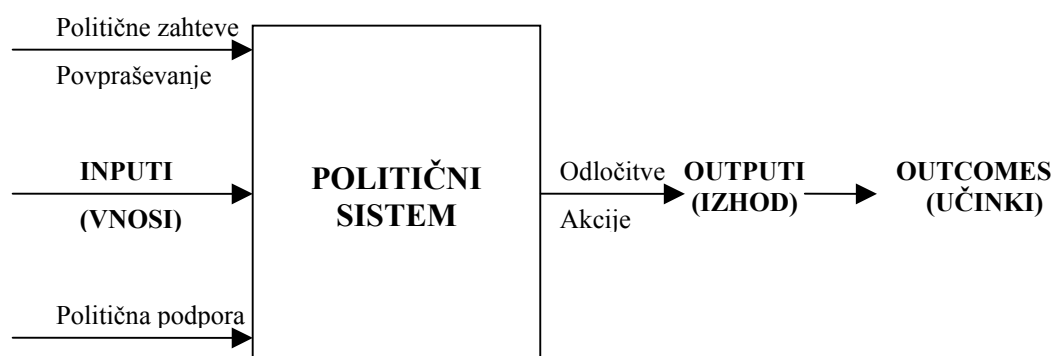
Vir: S.Letica, Zdravstvena politika u doba krize, 1989 (prirejeno)

Sodobni zdravstveni koncepti priznavajo soodgovornost oziroma vzajemno odgovornost za zdravje in zdravstveni razvoj tako posamezniku kot skupnosti, vse te tradicije pa se kažejo v obliki: javnega zdravstva, profesionalne medicine in izboljšanja zdravja.

V zvezi s političnimi dejavniki na področju zdravstvene dejavnosti so teoretiki skozi razvoj oblikovali številne teorije, vendar je po Letici med različnimi konceptualizacijami in operacionalizacijami pojma in vsebine politike za zdravstveno politiko najprimernejša teorija Eastona (Easton, 1965a in 1965b, v Letica, 1989). Eastonov vidik poudarja proučevanje formalnih akcij na eni strani in materialnih akcij na drugi strani; poudarja, da niti ena politična odločitev sama po

sebi ne predstavlja akcijo pač pa golo dejstvo izbire med poznanimi oziroma razpoložljivimi alternativami. Dogajanje v praksi je lahko, pa tudi običajno je, drugačno od ciljev političnih odločitev. Zato je potrebno analitično pozornost usmeriti na procese in akcije, ki sledijo oziroma so posledica neke politične odločitve.

**Shema 4.4. : EASTONOV MODEL POENOSTAVLJENEGA POLITIČNEGA SISTEMA**



Vir: Prirejeno po Eastonovem modelu v S. Letica, Zdravstvena politika u doba krize, 1989.

V svoji analizi političnega sistema in procesa, ki jo uvršča med systemske analize, Easton poudarja, da analiza strukture moči oziroma oblasti ni odločilna za razumevanje načina funkcioniranja sodobnih političnih sistemov, pač pa je pomembnejše doumeti, kako se posamezen politični sistem, v obravnavanem primeru sistem zdravstvene politike, ohranja in spreminja, torej prilagaja skozi čas.

Pri političnem odločanju o razvoju celotnega zdravstva je potrebno razpolagati z agregatnimi pokazatelji zdravstvenega stanja populacije ter delovanja in razvoja

zdravstvene dejavnosti. Po Letici, ki povzema priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, temeljne agregatne pokazatelje dobimo s komparacijo:

- iste populacije v različnih časovnih obdobjih,
- med različnimi skupinami populacije v določeni državi,
- med državami,
- planiranih in doseženih ciljev zdravstvenega razvoja.

Sodobni razvojni izzivi zdravstvenih sistemov javnega zdravstvenega varstva temeljijo na podedovanih širokih pravicah iz javnih zdravstvenih zavarovanj, vse večjih pričakovanjih in zahtevah glede kakovosti zdravstvene oskrbe in na brezkompromisnih stališčih ljudi, ki ne dopuščajo zniževanja doseženega zdravstvenega standarda niti v obdobjih gospodarskih težav (Česen, 2003). Tako je pred nosilci javnih zdravstvenih politik iskanje rešitev za zadovoljitev zdravstvenih potreb ljudi ter zagotovitev za to potrebnih sredstev. Družbam na začetku enaindvajsetega stoletja se izhodi kažejo v treh dolgoročnih razvojnih smereh:

- deregulacija odnosov v zdravstvenem sistemu, ki pomeni prenos državnih pristojnosti na nedržavne poslovne subjekte, na demokratično civilno družbo in na posameznika;
- privatizacija javne zdravstvene službe, ki pomeni opravljanje zdravstvene dejavnosti pa tudi lastništvo nad materialnimi zmogljivostmi preko zasebnikov ter drugih subjektov zasebnega prava;
- konkurenca med izvajalci javne zdravstvene službe, ki pomeni tekmovalnost med zasebnim in javnim zdravstvenim sektorjem ter krepitev konkurence na trgu javnih zdravstvenih storitev.

Spreminjajoče se politične in vrednostne orientacije, ki jih zaznamuje politični pluralizem idej, vse bolj krepijo svoboščine posameznikov. V politični sferi se odražajo v zastopanju bolj liberalnih ali zagovarjanju socialno-državnih pristopov v reševanju osnovnih problemov. V zdravstveni dejavnosti se kaže socialno-državni pristop v utrjevanju javne mreže, liberalni pristop pa teži k reorganizacijam v smeri privatizacije.

#### 4.2.1.7. Zdravstveni dejavniki

Zgodovinsko gledano so se teorije o etiologiji zdravja in bolezni spreminjale paralelno z razvojem znanosti zlasti biologije, medicine in socialne ideje nasploh, pa tudi z razvojem celotne družbe (Letica, 1989). V letu 1978 je Thienhaus-Grotjahn proučeval kulturno-ekološko paradigmo o etiologiji zdravja in bolezni ter vse dejavnike, ki determinirajo zdravstveno stanje razvrstil v pet temeljnih skupin:

- dejavniki, ki se nanašajo samo na posameznika; npr. starost, spol, prirojenost;
- dejavniki, ki se nanašajo na posameznika in njegovo okolje; npr. imunost, prehranjevanje, načini - vzorci vedenja, socialna pripadnost;
- dejavniki, ki se nanašajo na fizično-kemijsko okolje; npr. podnebje, onesnaženost zraka, stanovanje, delovno mesto;
- dejavniki, ki se nanašajo na biološko okolje; npr. virusi, bakterije, živali, rastlinstvo;
- dejavniki, ki se nanašajo na psihosocialno okolje; npr. družina, družba, šola, delovna sredina (Culyer, 1981, v Letica, 1989).

V teoriji je danes splošno sprejeto, da je zdravje in s tem zdravstvena dejavnost posledica delovanja dednih-prirojenih-genetskih, socialnih in okoljskih faktorjev ter stopnje razvoja zdravstvenega varstva.

Zdravstveni dejavniki se najbolj odražajo v vsakokratnem sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki velja v določeni družbi.

Izboljšanje zdravstvenega statusa je razporejeno zelo različno in neenako tako med posameznimi državami kot tudi znotraj samih držav. V svetovnem merilu je največji in glavni zdravstveni rizik siromaštvo, ki naglo narašča; število tistih, ki imajo za življenje manj kot 1 ameriški dolar na dan se je povečalo iz 85 milijonov v letu 1987 na 1,3 milijarde v letu 1993 (The World Health Report, 1997).

Zdravstvene dejavnike v zadnjem času najpogosteje, že kar rutinsko, proučujejo na podlagi pokazateljev oziroma podatkov pridobljenih z zdravstvenimi anketami ali intervjuji posameznikov oziroma laikov. To sistematizacijo informacij o

zdravstvenem stanju, stališčih in zdravstvenem vedenju, vključujoč tudi koriščenje zdravstvenega varstva, izkazuje t.i. "laični indeks". V razvitih državah obstajajo standardizirane nacionalne zdravstvene ankete, s pomočjo katerih se pridobijo informacije o zdravstvenem stanju in vedenju posameznikov, v zadnjem času pa uvajajo tudi ankete o pozitivnem zdravstvenem vedenju in o izboljšanju zdravja. Običajno so navedene ankete razdeljene v štiri ali pet sklopov, tako da omogočajo pridobitev informacij o:

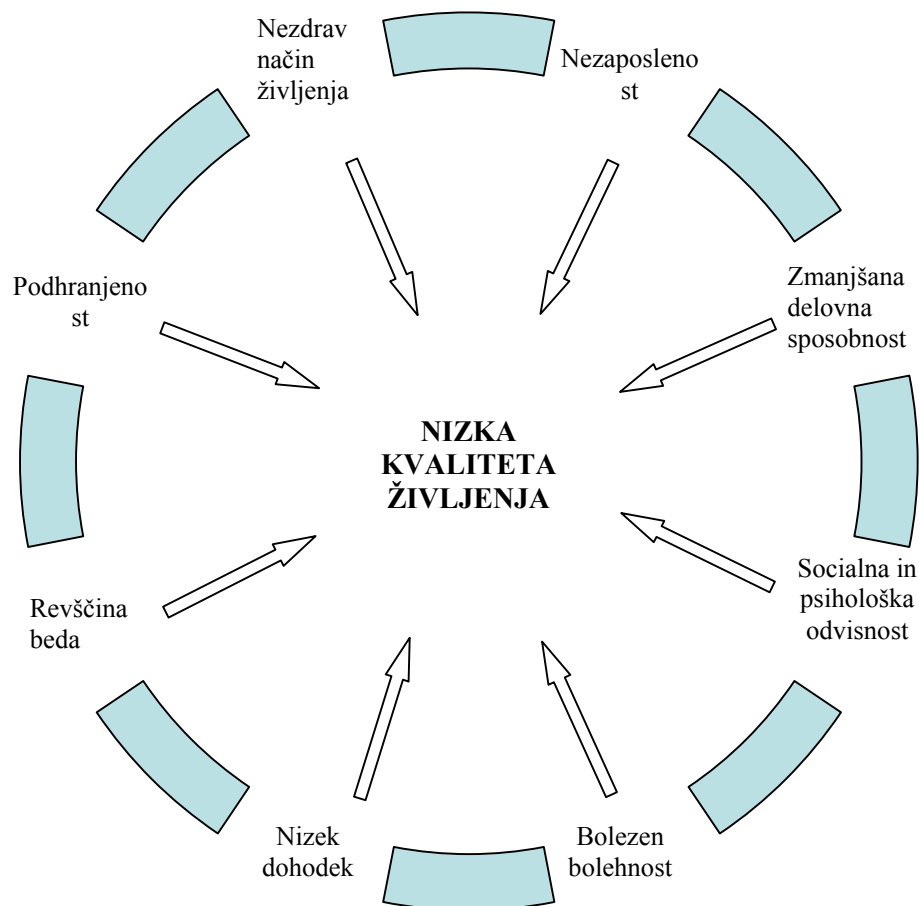
- fizičnem zdravju in bolezni oziroma nesposobnosti,
- mentalnem zdravju,
- socialni blaginji,
- zdravstvenih stališčih in vedenju in
- koriščenju zdravstvenega varstva.

V začetku leta 2004 je WHO opozorila, da večini držav v razvoju ne bo uspelo doseči cele vrste globalnih ciljev za izboljšanje zdravja prebivalstva. Po sedanji stopnji napredka do leta 2015 niti eni državi podsaharske Afrike ne bo uspelo zmanjšati otroške smrtnosti za dve tretjini, kar je bil eden od razvojnih ciljev. Ta cilj lahko doseže le 16 odstotkov držav v razvoju. Podobno se samo 17 odstotkov držav približuje cilju, da bi za dve tretjini zmanjšali smrtnost žensk ob porodu, pri tem pa imajo najhujše težave države Latinske Amerike in Karibov. V drugih predelih sveta bi lahko do leta 2015 manj kot polovici držav uspelo prepoloviti delež prebivalstva, ki trpi zaradi pomanjkanja hrane.

Izpostaviti je potrebno, da je napredek pri uresničevanju ciljev v zvezi z zdravljenjem počasnejši kot pri drugih ciljih, kot je na primer osnovno izobraževanje. Ne glede na to pa lahko neuspeh pri doseganju zdravstvenih ciljev vpliva na možnosti pri uresničevanju drugih ciljev (Jong-Wook Lee, 2004).

Za proučevanje razvoja vpliva zdravstvenih dejavnikov na populacije posamezne države je pomembna ugotovitev ekonomistov in sociologov, da se "patologija revščine" začne nadomeščati oziroma zamenjevati s "patologijo blaginje", ko BDP preseže 500 USD na prebivalca (S. Letica, 1989).

**Shema 4. 5. : KROG REVŠČINE**



Vir: Prirejeno po S. Letica, Zdravstvena politika u doba krize, 1989

Za doseganje ciljev zdravstvenih dejavnikov pomanjkanje sredstev ni edina težava. V številnih primerih je tehnologija, potrebna za izboljšanje zdravstvenih razmer, na voljo in si jo je mogoče preskrbeti, vendar pa je v revnejših državah težava v tem, da ni ustrezne infrastrukture. Tako je danes zagotavljanje visoko kakovostnih zdravstvenih uslug revnejšim državam velik izziv, ki vključuje človeške vire, zanesljive zdravstvene informacije in zagotovila, da so tega deležni najrevnejši prebivalci (James Wolfesohn, 2004).

## 4.2.2. Temeljni notranji dejavniki

### 4.2.2.1. Materialni dejavniki

Med materialne dejavnike v zdravstveni dejavnosti uvrščamo materialna sredstva ali zmogljivosti in sicer: zemljišča, stavbe, medicinska in nemedicinska oprema itd. Posebna skupina materialnih dejavnikov je tehnologija in sicer medicinska, zdravstvena in tehnologija za zdravje (Letica, 1989).

**Medicinska tehnologija** označuje zbir tehnike, zdravil, opreme, sredstev in procesov koriščenja s strani zdravstvenih delavcev v izvajanju zdravstvenega varstva posameznikom in sistema, v katerem se tehnologija uporablja.

**Zdravstvena tehnologija** je širši pojem in zajema vse procese in znanje z jasnim ciljem, da se izboljša in zavaruje zdravje, ne glede na to kdo jo uporablja.

**Tehnologija za zdravje** je najširši pojem in zajema skupne aktivnosti družbe in aktivnosti vseh družbenih resursov, vključno z njihovo organiziranostjo, ki ustvarjajo pogoje za razvoj in zaščito zdravja celotne skupnosti in vsakega njenega člana, konceptualno pa je, za razliko od ostalih dveh tehnologij, usmerjena v pozitivno zdravje oziroma izboljšanje zdravja in ne v bolezen.

Tehnologijo se je pričelo v zdravstveni dejavnosti intenzivno uvajati v 60.letih prejšnjega stoletja, v zadnjem desetletju pa je v zdravstveni dejavnosti zlasti izrazil prodor **informacijske tehnologije**, kar dopušča, da se vsebina zdravstvene dejavnosti razvija v smeri:

- boljše notranje povezave,
- večje interaktivnosti,
- še hitrejšega tempa,
- informacijskega bogastva,
- neformalnosti,
- lažje dostopnosti in
- večje negotovosti.



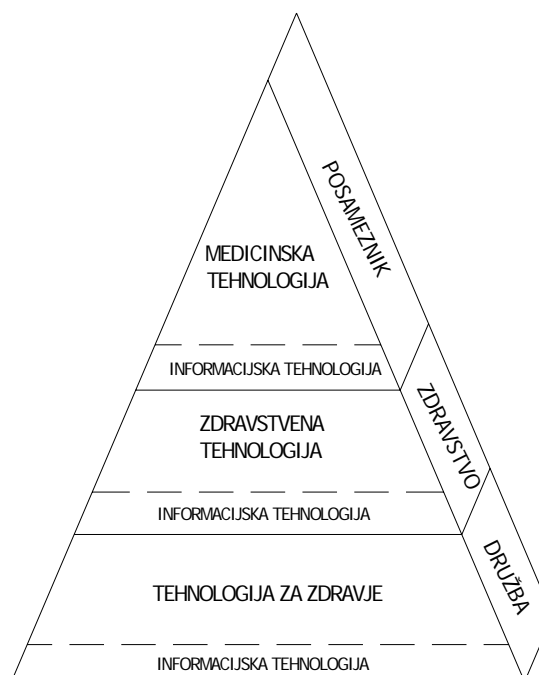
Tudi v zdravstveni dejavnosti velja, da se informacijska tehnologija razvija v treh poglavitnih ravneh:

- na globalni ravni, kot izmenjava podatkov v nadnacionalni sferi,
- kot del informacijskega sistema v javnih zavodih v obliki programov, internih računalniških omrežij in podsistemov,
- kot posebnega pomena za tiste posebne računalniške rešitve, za katere ni na voljo standardnih rešitev, kar je za zdravstveno dejavnost običajna praksa, saj narava dejavnosti narekuje specifične funkcije in procese.

Informacijska tehnologija podpira delovne procese na različne načine:

- podpira izvajanje opredeljene poslovne strategije,
- odpira nove strateške možnosti,
- omogoča odločanje na strateški ravni (prirejeno po Žurgi, 2001).

#### Shema 4. 6.: TEHNOLOGIJA V ZDRAVSTVU



V zvezi z določitvijo uporabnosti tehnologij je pomembno razlikovanje med tremi nivoji zdravstvenih potreb:

- opažene ali zaznane potrebe, ki pomenijo pričakovanje posameznika, da pridobljene informacije in koriščenje tehnologije lahko izboljšajo funkcionalne zmogljivosti in dobro splošno počutje oziroma da se prepreči poslabšanje obstoječega stanja, če že ne odpravi nezaželeno stanje;
- družbeno determinirane potrebe, ki jih določa družba, da bi zaščitila samo sebe oziroma vsakega njenega posameznika in prebivalstvo v celoti; to so predvsem preventivne potrebe kot so cepljenje, kontrolni pregledi ipd.;
- profesionalno oziroma strokovno določene potrebe, ki temeljijo na standardih o normalnem in nenormalnem in so lahko delno vezane na družbeno determinirane potrebe delno pa na strokovno potrjenih predvidenih potrebah preko epidemioloških raziskovanj, kliničnih pregledov, laboratorijskih testov itd.

Tehnologija je pogojena z ekonomskimi možnostmi in značilnostmi družbe. Način financiranja zdravstvene dejavnosti ima neposreden vpliv na razvoj in uporabo tehnologij, govorimo o premosorazmerni povezanosti načina financiranja z uporabo tehnologij. Glede na štiri karakteristične vrste financiranja zdravstvene dejavnosti, razlikujemo tudi štiri tipične modele uporabe tehnologij in sicer:

- plansko financiranje daje prednost uporabi tistih tehnologij, ki ne povzročajo večjih materialnih stroškov;
- stroškovni princip financiranja daje prednost uporabi tistih tehnologij, ki povzročajo materialne stroške ;
- financiranje preko cen posameznih storitev narekuje uporabo novih tehnologij, ki so najbolj dobičkonosne ;
- financiranje preko diferenciranih cen in s kombinacijo več oblik ima za posledico uporabo enih in drugih tehnologij odvisno od interesa zdravstvenega zavoda.

Za tehnologijo kot specifično prvino celotne zdravstvene dejavnosti velja, da je poglavitni vzrok za višanje cen zdravstvenih storitev; v praksi je to zaznati v izrazito hitrejšem porastu stroškov v bolnišnicah kot v zdravstvenih domovih.

Najpomembnejši načini, s katerimi tehnologija vpliva na porast stroškov zdravstvenih storitev so:

- velike kapitalne investicije,
- aplikacija tehnologij običajno zahteva visoko usposobljene, zelo drage strokovnjake, kar z obligatorno dodatno edukacijo strokovnjakov posledično viša stroške zdravstvene dejavnosti,
- uporaba dragega spremljajočega varstva (npr. rehabilitacija po zdravljenju),
- prevelika uporaba tehnologije zaradi racionalne izkoriščenosti tehnologije s polno zmogljivostjo, kar poveča število zdravstvenih storitev in s tem stroškov,
- neustreznost uporabe nekaterih tehnologij, ki se pokažejo šele po uporabi te tehnologije,
- neposredne izgube pri uporabi nekaterih tehnologij.

V procesu uporabe tehnologij se ustvarjajo stroški, ki so:

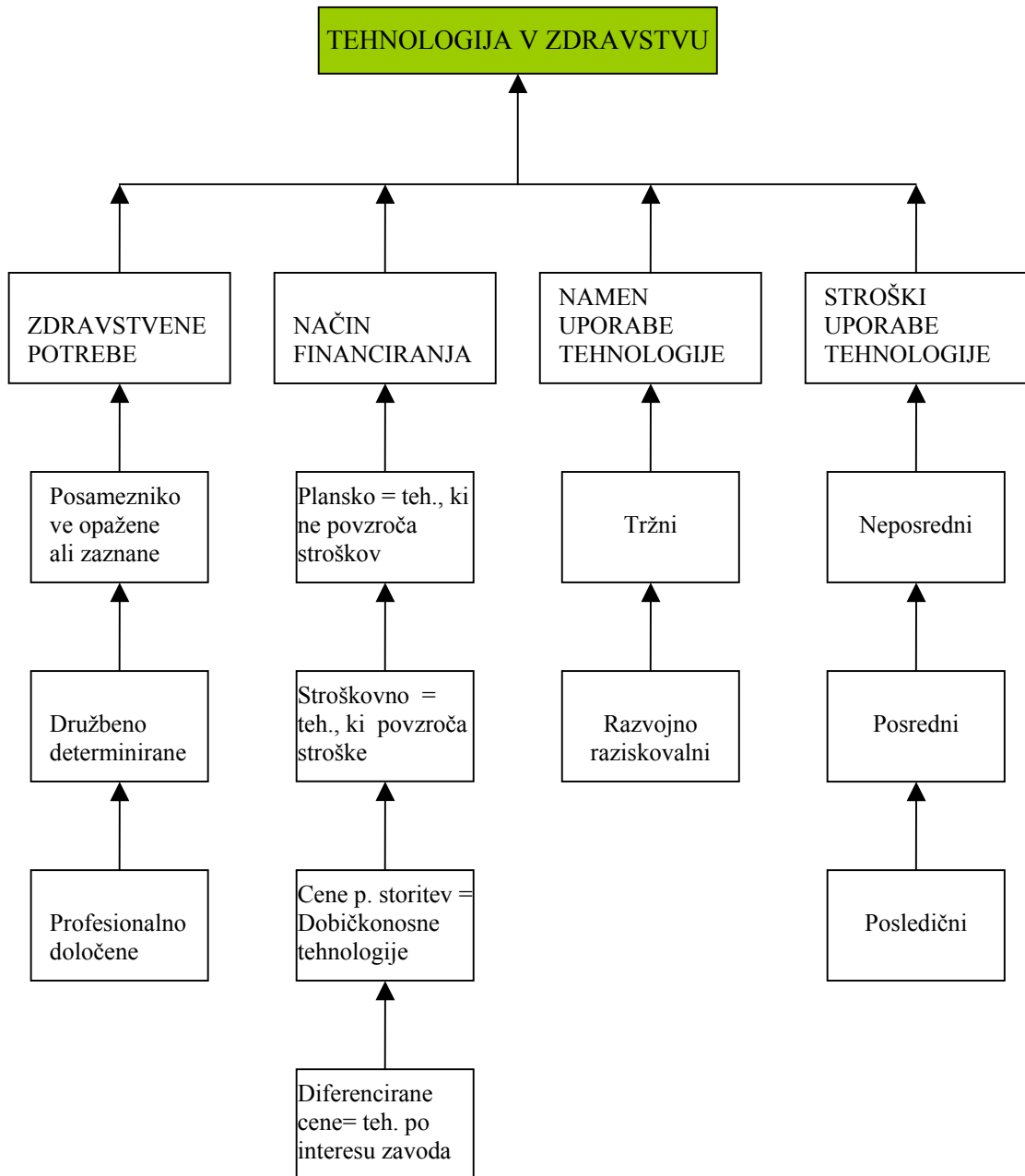
- neposredni (direktni),
- posredni (indirektni),
- posledični (družbeni).

Med **neposredne stroške** uvrščamo stroške za nakup, uvedbo novih storitev oziroma operacij, potrošni material, plače zaposlenih ipd. Ti stroški se običajno pojavijo z novo tehnologijo dodatno k že obstoječim tovrstnim stroškom zdravstvenega zavoda. Uvedba nove tehnologije v zdravstveni dejavnosti ima popolnoma nasproten učinek kot v gospodarstvu: medtem ko se v gospodarstvu z uvedbo novih tehnologij proizvodnja poceni, se v zdravstvu celotni stroški povečajo.

**Posredni stroški** so posledica usposabljanja delavcev za upravljanje nove tehnologije, dodatnih tehnologij ali storitev povezanih z novo tehnologijo (npr. laboratorijske storitve), stroškov sistema podpore in sistema vzdrževanja.

**Posledični stroški** so stroški, ki so povezani z odsotnostjo z delovnega mesta, izgubo časa spremljevalcev, s potnimi stroški. Tu niso vključeni stroški razvoja, raziskovanja, marketinga, evaluacije. Mc Ginnis (1994) navaja, da so posledični stroški celo štirikrat višji kot neposredni in posredni stroški skupaj (Letica, 1994).

**Shema 4.7. : TEMELJNI INDIKATORJI ZA IZBIRO USTREZNE  
TEHNOLOGIJE V ZDRAVSTVU**



Vir: prirejeno po S.Letici, 1989

Za tehnologijo v zdravstveni dejavnosti velja, da ima vsaka konkretna tehnologija svoj življenjski krog, ki se prične z razvojem in uvajanjem, nadaljuje z rastjo povpraševanja, preko zrelosti in ustaljenosti pa končno preide v upadanje (Česen, 2003).

Osrednjo vlogo pri odločanju o uporabi razpoložljive tehnologije ima zdravnik, ki popolnoma suvereno odloča o naravi in vsebini medicinske prakse: kdo in kako bo pregledan oziroma napoten v bolnišnico, koliko časa bo v bolnišnici, kateri diagnostični testi bodo uporabljeni, kakšno zdravljenje, ipd.. Na ta način zdravnikove odločitve neposredno določajo višino stroškov zdravstvenih storitev in se kažejo v celotnih stroških zdravstvene dejavnosti.

Najbolj močan in neposreden vpliv uvajanja sodobne tehnologije kot tudi ena od najmočnejših implikacij uporabe samih zdravstvenih tehnologij je pojav in razvoj številnih novih zdravstvenih specializacij kot npr. radiologija, nuklearna medicina, nekatere kirurške veje, posledično temu pa sledi tudi razvoj in pojav novih poklicev v zdravstvu.

Za slovensko zdravstveno dejavnost velja, da materialni viri niso v lasti javnih zdravstvenih zavodov, pač pa so lastnina njihovih ustanoviteljev: občine na primarni ravni (zdravstveni domovi in lekarne) in Republike Slovenije na sekundarni in terciarni ravni (bolnišnice, klinike, klinični inštituti, klinični oddelki). Javni zdravstveni zavodi imajo pravico brezplačne uporabe materialnih virov in dolžnost, da z njimi gospodarno upravljajo. Pri državnem (javnem) premoženju ne gre toliko za to, kdo je nosilec lastninske pravice, ki je pravni naslov za pridobitno kupčevanje s premoženjem. Bolj gre za javni pomen premoženja, čigar javna raba naj rabi splošnemu namenu (Česen, 2003).

#### 4.2.2.2. Človeški dejavniki

##### 4.2.2.2.1. Splošno

Zdravstvena dejavnost je tipična delovno intenzivna dejavnost (Česen, 2003). Zato je človeški dejavnik v njej najpomembnejši, zlasti zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci. Osrednji vidik je namenjen zdravstvenim delavcem, udeležanju strateškega razvoja kadrovskih politik njihovega izobraževanja, zaposlovanja in profesionalnega razvoja, torej segmentu, ki je (Letica, 1989) s spoznavno-teoretičnega vidika opazen kot najpreprostejši, v svoji realnosti pa najzahtevnejši vidik pri obravnavi človeških dejavnikov, saj neposredno praviloma povzroča spremembe v stališčih in vedenju posameznikov.

V sodobni teoriji upravljanja človeških virov ( Human Resources Management) se uporablja pojem »človeški viri«, ki ga v pričujoči magistrski nalogi zavestno nadomestim s pojmom »človeški dejavnik«, saj vztrajam, da izraz »vir« preveč spominja na naravoslovje in z njim povezano neživo naravo. Izraz »vir« v povezavi s človekom je, po mojem mnenju, še zlasti tuj za slovensko družbeno okolje, v katerem v družboslovni praksi v preteklosti uveljavljeno teorijo »medčloveških odnosov« nadomeščamo z novimi družboslovnimi dognanji zlasti zahodnoevropske družbe. Hkrati pa želim opozoriti na nekritičen automatizem vnosa tujih spoznanj v naše okolje in poudariti nujnost večjega tvornega sodelovanja slovenske družboslovne znanosti pri oblikovanju bodoče skupne evropske družbene paradigme. Ocenjujem, da so aktivnosti za človekove pravice in državljanske svoboščine, imanentne zahodni civilizaciji, še najbolj kompatibilne s posodobljeno in modificirano teorijo medčloveških odnosov.

Za zdravstveno dejavnost velja, da za razliko od ostalih proizvodnih in storitvenih dejavnosti, tehnološki napredek praviloma ne povzroča zmanjšanja potreb po delu in delovni sili, pač pa celo povečuje povpraševanje po boljše usposobljenih in izobraženih delavcih.

V razmerah tržnega gospodarstva zato principi ponudbe in povpraševanja zdravstvenih delavcev ne zadevajo le nacionalnih ekonomij, pač pa principi

globalizacije, zlasti globalne tehnološke usmeritve medicinske prakse, silijo tudi Svetovno zdravstveno organizacijo v proučevanje tega vprašanja v svetovnih razmerah. Tako je Svetovna zdravstvena organizacija že v letu 1980 v posebni študiji (Hornby, P. et al.) izpostavila tri najpogostejše metode izdelave projekcije ponudbe delovne sile:

- **metoda ekstrapolacije**, s katero se določi potrebno število zaposlenih v posamezni poklicni skupini z običajno ekstrapolacijo dotedanjih trendov, podatkov;
  - **metoda vhoda in izhoda**, s katero se za posamezne poklicne skupine posebej predvidi komponente »vhoda« (diplomirani študenti, imigracije, reaktiviranje upokoencev, prekvalifikacije) in »izhoda« (smrt, upokojitev, emigracija, fluktoacija, občasno pomanjkanje), pri čemer se projekcije določajo na podlagi obstoječega znanja navedenih spremenljivk;
  - **demografska metoda**, s katero se »vhodi« in »izhodi« izračunavajo na podlagi starostne in spolne strukture obstoječe delovne sile; ta metoda zahteva poznavanje osnovnih informacij o delovni sili po poklicu, starosti in spolu, podatke o stopnjah »vhoda« in »izhoda« po posameznih poklicih ter informacije o dolžini zaposlitve v posameznem poklicu.
- Tudi na področju povpraševanja delovne sile so se razvile posamezne metode predvidevanja potreb v zaposlovanju, (Letica, 1989), razvrščene pa so v štiri skupine:
- **metoda primerjave prebivalcev in delovne sile** – metoda je najenostavnejša in najpreprostejša, zahteva le dva podatka in sicer: želeno razmerje prebivalstvo-delovna sila in število prebivalstva; za nekatera področja zdravstvene dejavnosti (npr. ginekologija) je potrebna tudi projekcija prebivalstva po starosti in spolu;
  - **metoda predvidenih storitvenih ciljev** – metoda je zasnovana na postavljenih ciljeh v izobraževanju in zaposlovanju delovne sile;
  - **metoda predvidevanja zdravstvenih potreb** – po tej metodi se oceni katere in koliko storitev bi morala nuditi zdravstvena dejavnost, da bi ohranili oziroma izboljšali zdravstveno stanje prebivalstva. Glede na vrsto zdravstvenega problema zdravstveni strokovnjaki predvidijo trajanje

posamezne obravnave in predvidijo potrebno število storitev, delovnih ur in delovne sile;

- **metoda projekcije zdravstvenega ali ekonomskega povpraševanja** - metoda, ki izvira iz teze, da so resnične zdravstvene potrebe manj pomembne za načrtovanje delovne sile kot načrtovanje povpraševanja po storitvah. Pri načrtovanju povpraševanja v prihodnosti se upoštevajo: obstoječa utilizacija, predvideno bodoče gibanje cen in dohodka, razvoj zdravstvenega zavarovanja, povečanje dostopnosti zdravstvenega varstva, spremembe v strukturi prebivalstva, itd.

Ne glede na navedene metode načrtovanja zaposlovanja v zdravstveni dejavnosti velja, da so človeški dejavniki odvisni od številnih političnih in drugih profesionalnih stališč glede zdravstvenih delavcev in zdravstvene tehnologije v določenem družbenem okolju in času.

Ključna vloga zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov zobozdravnikov in farmacevtov, v zdravstveni dejavnosti, narekuje, da država načrtuje in usmerja politiko njihovega zaposlovanja vse od vpisa študentov na fakulteto dalje.

Za slovensko zdravstveno dejavnost velja, da se zdravstveni delavci zaposlujejo v zasebni ali javni zdravstveni službi.

V procesih zdravstvene dejavnosti so poleg vodilnih delavcev (managerjev) vključeni: zdravstveni delavci, zdravstveni sodelavci, drugi zaposleni, prostovoljci.

Zdravstveni delavci so ključni delavci v javnem zdravstvenem zavodu in so nosilci zdravstvene dejavnosti. V slovenski zdravstveni dejavnosti so nosilci zdravstvene dejavnosti zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, patronažne sestre, fizioterapevti in klinični psihologi. Ti opravljajo zdravstvene storitve, imenovane program, v timu ali samostojno.

Drugi zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih so administrativni in tehnični delavci, ki opravljajo podporo zdravstvenemu osebju. Ne posedujejo monopolnih znanj in so zamenljivi.



Prostovoljci so ljudje, ki želijo iz svojih nesebičnih in humanih nagnjen v procesu zdravstvene dejavnosti pomagati in skrbeti za bolnike. Na to obliko dela v zdravstveni dejavnosti moramo biti pripravljeni tudi v slovenskem zdravstvu, saj izkušnje iz razvitih držav kažejo, da se v prostovoljno delo v zdravstvenih zavodih vključuje preko 10% odraslih oseb.

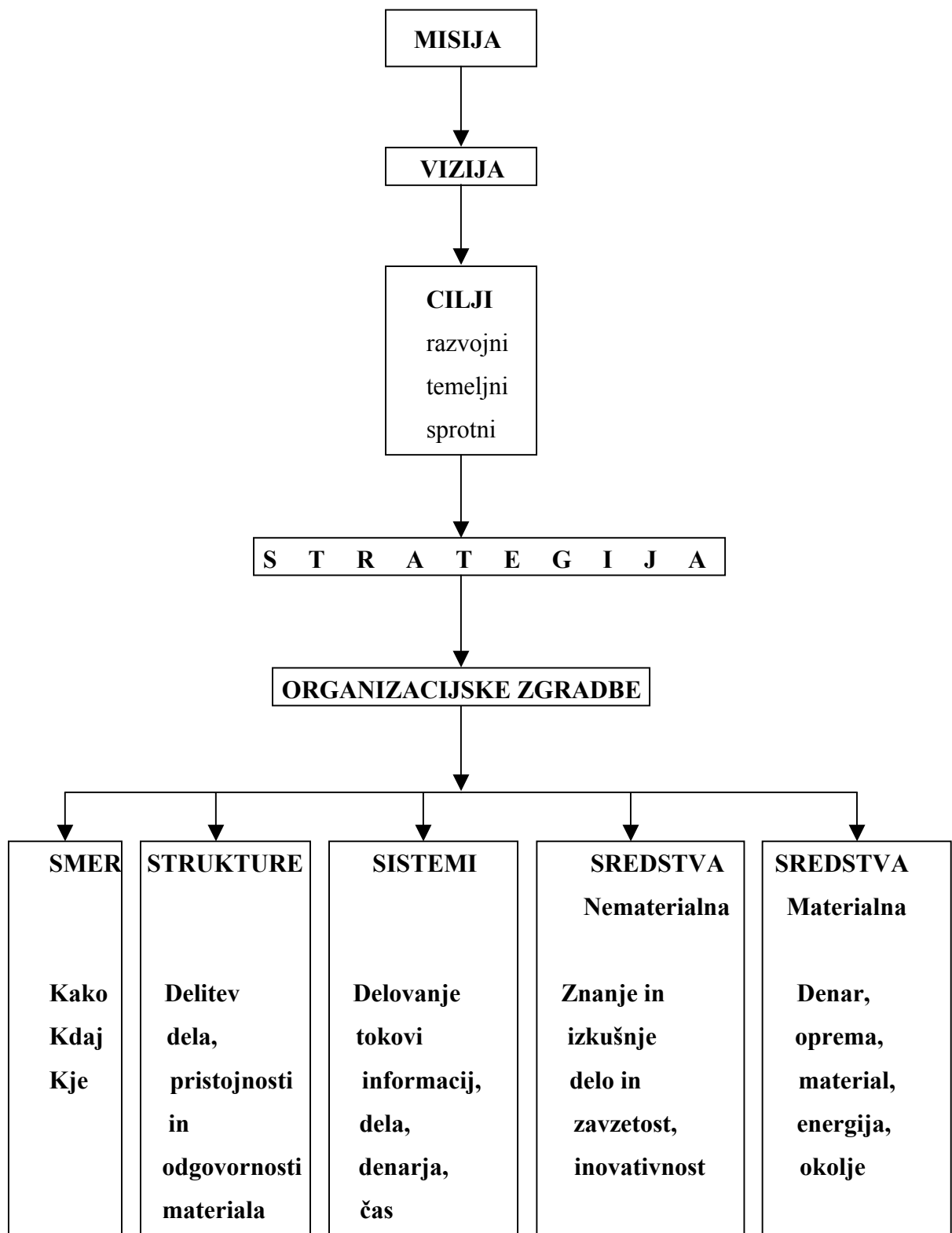
V zadnjem času se človeški dejavniki v zdravstveni dejavnosti vse bolj soočajo vnosu novih pristopov v upravljanju, tako imenovanemu »upravljanju s človeškimi viri« (angleško: Human Resources Management), katerega temeljni strateški cilj je pospeševanje organizacijske učinkovitosti z razvojem pripadnosti, motiviranosti in notranje tekmovalnosti zaposlenih. Načelo izvajanja dela ne temelji več na dolžnostih zaposlenih, pač pa na ideji samorazvoja, zato je za usmerjanje in motivacijo zaposlenih boljša podlaga sistem spodbud in nagrad namesto sankcij in ukazov (Haček, 2000).

#### **4.2.2.2.2. Ponazoritev principov organizacijske zgradbe**

V zdravstveni dejavnosti se za ponazoritev celovite organizacijske zgradbe dejavnosti pogosto uporablja Coveyeva opredelitev paradigme, ki predpostavlja, da je potrebno imeti o določeni organizaciji najprej zelo globalne ideje in cilje, ki opredeljujejo najširši okvir organizacije, temu pa sledi na konceptualni način ponazorjena organizacijska zgradba: najprej je potrebno določiti področja (misija, vizija, cilji), ki se morajo konkretizirati, te pa nato preko strategije ustrezno povezati s temeljnimi elementi (smeri, strukture, sistemi, nematerialna in materialna sredstva).

Določitev misije, vizije, ciljev v zdravstveni dejavnosti ne more biti povezano z zaščito interesov specifičnih za gospodarske dejavnosti (zaposlitev, plača, dobiček), pač pa je povezano s takšnim delovanjem, ki dela "družbo drugačno" v smislu povečanja kakovosti življenja oziroma življenjske ravni prebivalstva. To pa ne pomeni, da so misija, vizija, cilji opredeljeni splošno, pač pa morajo biti opredeljeni ozko instrumentalno, kar za primer pomeni, da misija kirurškega oddelka ni "zdravimo bolne" pač pa "opravljamo kirurške posege". (prirejeno po Hrovatin, 2003).

Shema 4. 8.: COVEYEV MODEL ORGANIZACIJSKE ZGRADBE



Vir: Janez Tršan, Sistem zdravstvenega varstva, 1998

**Misija** ali poslanstvo organizacije je vsaj dvojen:

- do okolja, navzven, izoblikovano poslanstvo diferencira organizacijo od drugih organizacij, jo dela specifično in prepoznavno,
- v sistemu, navznoter, služi za to, da lahko vsi zaposleni spoznajo, kaj so osnovni nameni organizacije (Pučko, 1999). To spoznanje naj jih bi tudi motiviralo za dosežke.

Poslanstvo zagotavlja družbeno opravičilo za obstoj neke organizacije, kar še zlasti velja za javne neprofitne organizacije, kar so organizacije v zdravstveni dejavnosti. Za neprofitne organizacije to pomeni, da morajo biti prepoznane potrebe, za katere si organizacija prizadeva, da jih bo pokrila. Vendar pa je določitev misije še več kot le opravičilo za obstoj organizacije. Organizacija ne more pričakovati, da bo lahko neskončno dolgo zahtevala vire, ki jih potrebuje za preživetje, vključno z visoko kakovostjo in privrženostjo zaposlenih, če ne bodo nameni družbeno koristni in rezultati opravičljivi ter filozofija in vrednote neoporečne. Poslanstvo mora opredeliti namene, filozofijo, vrednote prepričanje in poslovna (strokovna) področja organizacije. Razjasnitev o namenu lahko odstrani veliko nepotrebnih konfliktov v organizaciji, določi področje, na katerem bo organizacija delovala oziroma tekmovala, pa tudi nakaže prihodnjo smer razvoja organizacije. Tehtno in družbeno opravičljivo poslanstvo je vir motivacije pri ključnih udeležencih, zagotovi občutek smiselnosti in koristi pri razširitvi poslanstva v vizijo uspeha.

**Cilji** organizacije so tisti skupni rezultat delovanja organizacije, h katerim organizacija teži, so torej predstava o stanju, ki ga organizacija želi doseči. Razvojni cilji pomenijo dolgoročno opredelitev organizacije in so vodilo organizaciji za določitev kratkoročnih ciljev, prav tako pa so jim podrejeni temeljni, imenovani tudi glavni cilji. Temeljni cilji predstavljajo glavno dejavnost organizacije, sprotne cilje pa kot kratkoročne določamo ob rednem delu, v odvisnosti od temeljnih in razvojnih ciljev.

**Vizija** pomeni sliko organizacije v prihodnosti (Pučko, 1999a). Nastane na osnovi dolgoročnih teženj, strateških ciljev, novih usmeritev, vrednot in pričakovanj, ki jih želijo zaposleni izpolniti v prihodnosti, je torej predstava o uspešni uresnitvi poslanstva in s tem namena organizacije (Raynor, 1998). Odgovarja na vprašanje: "Kako izgleda uspeh?" Zasedovanje predstave o uspehu je tisto, kar resnično

motivira ljudi, da delujejo skupaj. Vizija mora biti določena realno in verodostojno, lucidno izražena in lahko razumljiva, primerna, ambiciozna in prilagojena spremembam. Usmerjati mora skupinsko energijo in služiti kot vodilo za delovanje. Usklajena mora biti z vrednotami organizacije, izzivati in inspirirati mora zaposlene za doseganje poslanstva. Močna skupna vizija, ki omogoča optimalno učinkovitost neke organizacije, sloni na širokem sodelovanju zaposlenih z energijo, ki lahko dvigne zaposlene iz vsakdana na nivo delovanja in katera lahko predoči prihodnost lepšo, kot si lahko večina predstavlja.

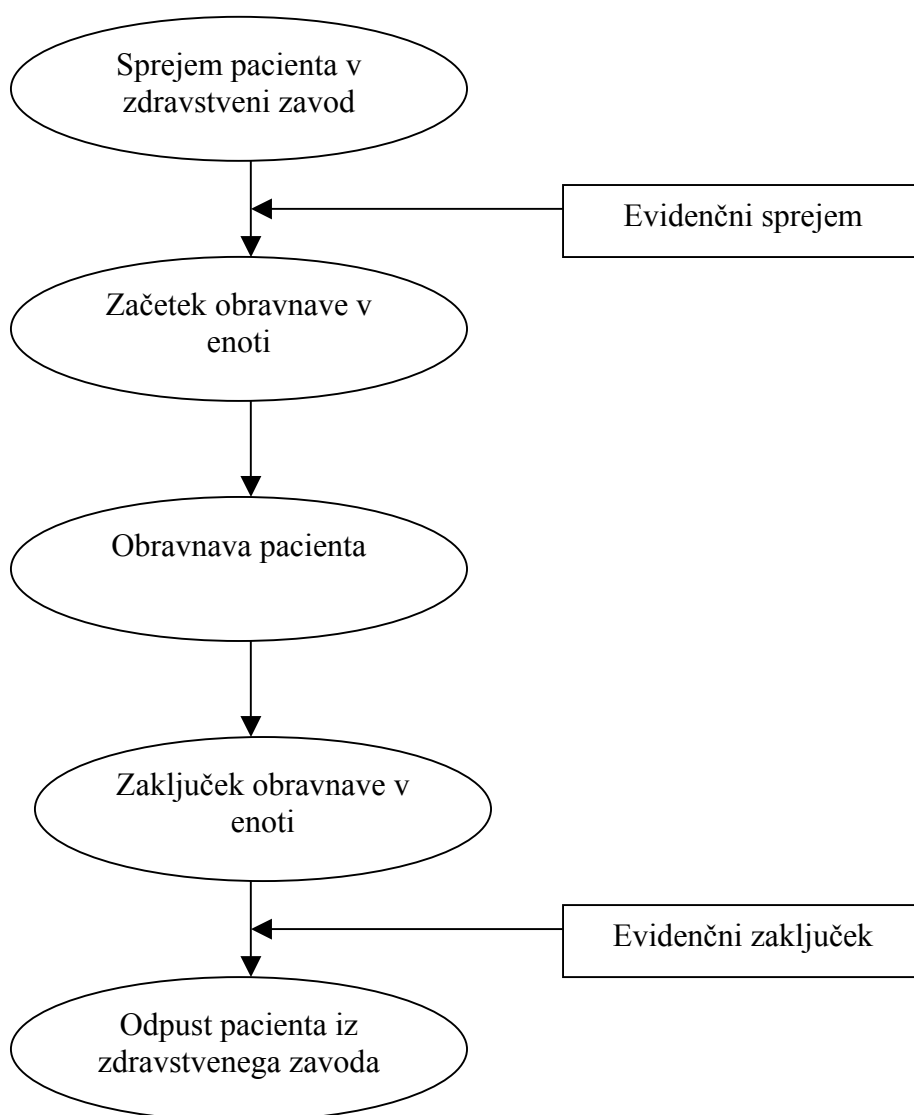
**Strategija** nima poenotene definicije. Nekateri jo opredeljujejo zelo na splošno (harvardska šola), drugi spet bolj specifično, kot npr., da je sredstvo za doseganje planskih ciljev (Pučko, 1999a) oziroma, da je strategija načrt poti (Stutely, 2003). Strategijo opredeljujejo tudi kot splet namenov, politik, programov, akcij, odločitev ali alokacij virov, ki določijo kaj je organizacija, kaj dela in zakaj to dela (Bryson, 1995). Strategija so poti, po katerih želi organizacija iz sedanjega poslovanja v prihodnje poslovanje. Zato morajo biti strategije uresničljive in skladne z misijo, vizijo in cilji. Resnična moč strategije je v njeni sposobnosti, da izkorišča in povezuje različne interese, politike in cilje, ki so lahko navidezno v nasprotju (Wilson, 1998). Pomembno je, da se pri oblikovanju in razvoju strategij:

- oblikuje relativno jasna predstava o izpolnjevanju poslanstva organizacije v prihodnje,
- udeležencem pojasni, ob eliminiranju možnih alternativ, zakaj iti po izbrani poti,
- že v procesu priprave strategije postorijo posamezne zadeve, kar tudi učinkuje na nadaljnji proces,
- s samim procesom in vključenostjo ključnih ljudi v reševanje strateško pomembne zadeve dviguje morala, pripadnost in je lahko vir inspiracije,
- oblikuje način komuniciranja, občutek, da zaposleni ne-le sodelujejo, ampak soodločajo,
- zaposleni skozi proces oblikovanja strategije učijo, zaradi česar je eden izmed virov za nenehne izboljšave,
- pozitiven vpliv na udeležence v smislu občutka varnosti in pripadnosti.

### 4.3. Vrste zdravstvene dejavnosti

Poleg izražene potrebe zadovoljevanja javnega interesa, se na področju zdravstvene dejavnosti odraža potreba po organiziranosti tudi na strani izvajalcev, ki morajo biti organizirane skupine medsebojno povezanih ljudi, katerih naloge so usmerjene v doseg skupnih ciljev. Zato za zdravstveno dejavnost lahko zaključimo, da se vidik organiziranosti odseva bipolarno tako v procesu nujnosti organiziranja s strani potreb uporabnikov kot v procesu uresničevanja potreb za doseg ciljev izvajalcev.

**Shema 4. 9.: PROCES OBRAVNAVE POTREBE UPORABNIKA V ZDRAVSTVENEM ZAVODU**



Vir: Projekt "Informatizacija v zdravstvu", 2002, Ministrstvo za zdravje

Slovenski sistem zdravstvene dejavnosti je v odgovor na dve temeljni vprašanji, specifični za sleherni delujoči sistem, in sicer: kako doseči kar največjo možno prilagodljivost in s tem tudi učinkovitost ter kako zagotoviti sodelovanje članov sistema pri njegovih odločitvah, oblikoval organizacijski model opravljanja zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

#### **4.3.1. Primarno zdravstveno varstvo**

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Obseg osnovne zdravstvene dejavnosti in lekarniške dejavnosti določi zakonodajalec in se z razvojem družbe in medicinske znanosti spreminja. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni se izvaja v javnem in zasebnem sektorju; javno primarno zdravstveno varstvo se izvaja v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in javnih lekarnah, zasebno primarno zdravstveno varstvo pa izvajajo zasebni zdravstveni delavci in zasebne lekarne.

Nosilec javnega zdravstva je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki financira programe zdravstvenega varstva v javnem in zasebnem sektorju preko vsakoletnih pogodb. V letu 2003 so bile z nosilcem javnega zdravstva sklenjene pogodbe z 61 zdravstvenimi domovi za 8.196 delavcev. Med zdravstvenimi programi, ki so jih pričeli zdravstveni domovi v letu 2003 intenzivneje izvajati, so bili zlasti pomembni zdravstveno-vzgojni programi za odrasle, tako imenovane učne delavnice. Zdravstveni domovi so v letu 2003 izvedli 1.548 delavnic "življenjskega sloga" (zdrava prehrana, gibanje, test hoje, krvni sladkor), 174 delavnic "zdravo hujšanje", 216 delavnic "zdrava prehrana", 57 delavnic "gibanje" in 50 delavnic "opuščam kajenje", skupaj z zasebniki pa 1.131 individualnih svetovanj glede opuščanja kajenja in pitja alkohola. V ta namen je bilo porabljenih 300 milijonov tolarjev.

V letu 2003 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sklenil pogodbe s 1.146 zasebniki. Število pogodb z zasebniki vse od leta 1993, ko je bila po letu 1958 v Sloveniji ponovno dovoljena zasebna praksa zdravnikov, narašča od 133 v letu 1993 preko 338 v naslednjem letu, 501 v letu 1995, 659 v naslednjem letu, 791 v letu

1997, 877 v naslednjem letu, 977 v letu 1999, 1.049 v naslednjem letu, 1.075 v letu 2001, do 1.112 v naslednjem letu. Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov dela v zasebni dejavnosti 228 zdravnikov oziroma 18,18%. Od vseh zobozdravnikov (vključno s specialisti) je zasebnih že 475 zobozdravnikov ali 45,10%. Od vseh specialistov v specialistični ambulantni dejavnosti je v zasebnem sektorju 160 zdravnikov specialistov ali 11,11%. Od vseh zdravnikov v ginekoloških dispanzerjih na primarni ravni pa jih dela v zasebni dejavnosti 38, oziroma 30,16%. Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe je v letu 2003 znašal 9,12 %.

V letu 2003 je Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije sklenil 97 pogodb z lekarnami, od tega 24 pogodb z javnimi in 73 pogodb z zasebnimi lekarnami. Število pogodb z zasebnimi lekarnami je bilo glede na leto 2002 večje za štiri pogodbe. V lekarnah je bilo 1.149 zaposlenih zdravstvenih delavcev.

V letu 2003 je iz obveznega zdravstvenega zavarovanja bilo namenjeno 75,1 milijarde tolarjev za osnovno zdravstveno dejavnost in 6,6 milijarde tolarjev za lekarniško dejavnost, skupaj 81,7 milijarde tolarjev za primarno zdravstveno varstvo.

#### **4.3.2. Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistična ambulantna dejavnost se opravlja v bolnišnici, zdravilišču ali pri zasebnem zdravniku specialistu, obsega pa kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni in bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije.

Nekaj širša je specialistično bolnišnična dejavnost, ki se izvaja v splošnih ali specialnih bolnišnicah.

Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Zajema znanstvenoraziskovalno delo in vzgojnoideološko delo ter opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični ravni,

ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno opravljati na nižjih ravneh.

Kot posebna specialistična dejavnost se na sekundarni in terciarni ravni opravlja sodnomedicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost.

V letu 2003 je imel Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije sklenjene pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev s 26 bolnišnicami, v katerih je bilo zaposlenih 17.717 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je bilo v letu 2003 v Sloveniji 26 bolnišnic z 10.286 bolniškimi posteljami, kar predstavlja 5,16 postelje na 1.000 prebivalcev, obvezno zdravstveno zavarovanje je za zavarovance zagotovilo in plačalo program, za katerega je bilo potrebnih le 8.020 bolniških postelj. V okviru celotne bolnišnične dejavnosti je bilo načrtovanih 312.967 primerov, izvršenih pa 327.420 primerov (kirurških 93.872, internističnih 92.866, pediatričnih 27.580, ORL + MF kirurških 11.038, okulističnih 9.817, ginekoloških 63.179, dermatoloških 3.280, onkoloških 6.579, rehabilitacijskih 2.164, transplantacij 159, operacij na odprtem srcu 1.136, primeri doječih mater in spremljanje 4.706, psihiatričnih 11.044).

Za sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo je bilo v letu 2003 iz javnih sredstev plačanih 170,7 milijard tolarjev.

#### **4.3.3. Druga zdravstvena dejavnost**

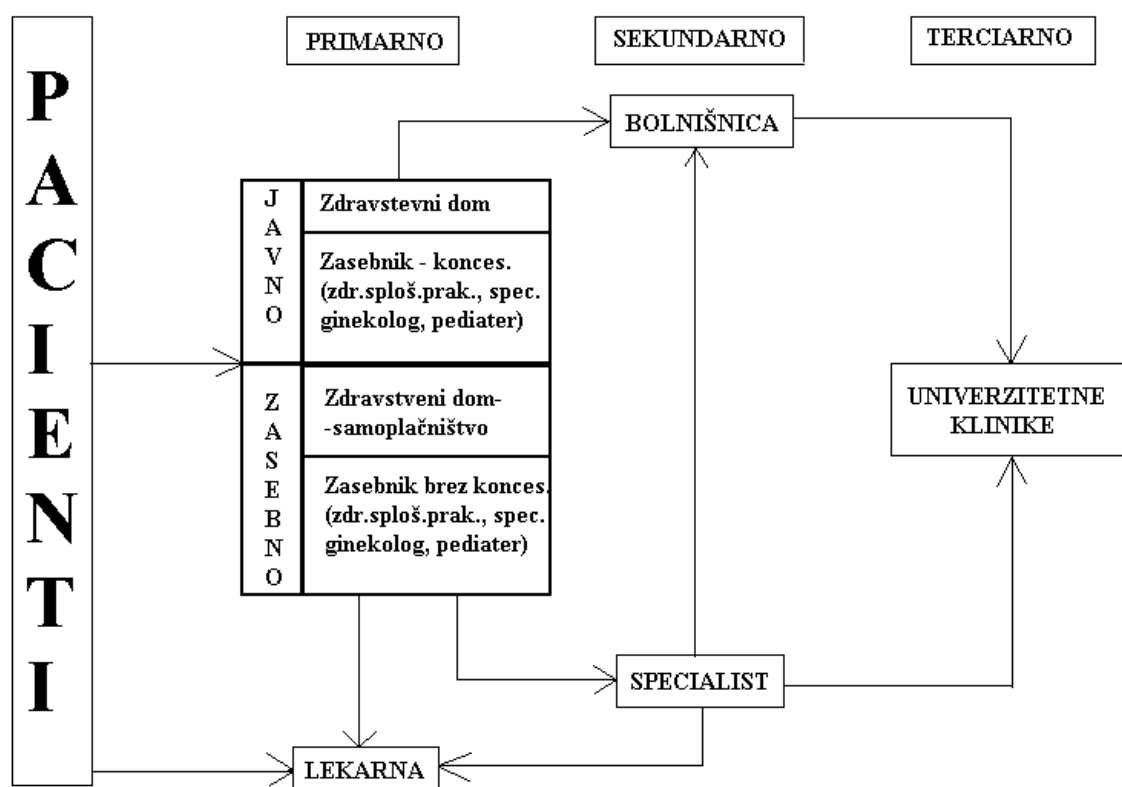
Med drugo zdravstveno dejavnost štejemo zdraviliško zdravstveno dejavnost, preskrbo z medicinskimi in drugimi pripomočki, preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki ter z organi za presajanje in socialnomedicinsko, higiensko, epidemiološko in zdravstveno-ekološko dejavnost.

V letu 2003 je bilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za programe rehabilitacij v 15 naravnih zdraviliščih zagotovljenih 793 postelj, s 13 zdravilišči so bile pogodbe sklenjene za odraslo populacijo in z 2 za otroke in mladino. Program zdraviliške dejavnosti je v letu 2003 obsegal 294.784 nemedicinskih oskrbnih dni, s tem obsegom je bilo omogočeno zdraviliško zdravljenje skupaj 21.968 osebam. 19.676 odraslim in 2.292 otrokom. Stroški zdraviliške zdravstvene dejavnosti v letu 2003 so skupaj znašali 5,2 milijardi tolarjev.



Zdravstveno varstvo v socialnovarstvenih zavodih je bilo v letu 2003 zagotovljeno 16.991 oskrbovancem, od tega 12.742 oskrbovancem v 59 domovih za starejše občane in 3.329 oskrbovancem v 27 posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje. Za izvajanje zdravstvene nege v domovih za starejše občane prispeva obvezno zdravstveno zavarovanje v povprečju 85.641 tolarja na oskrbovanca mesečno (v cenah iz decembra 2002), za oskrbovance v posebnih zavodih pa po 102.142 tolarja na oskrbovanca mesečno (v cenah iz decembra 2003). Za zdravstveno varstvo oskrbovancev v socialnovarstvenih zavodih je bilo v letu 2003 skupaj namenjenih 16,6 milijarde tolarjev.

**Shema 4.10.: ORGANIGRAM ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI Z VIDIKA PACIENTA**



Vir: Health Care in Denmark, Ministry of the Interior and Health, 2000, prirejeno za slovenski zdravstveni sistem

#### **4.3.4. Statusne oblike organizacij zdravstvene dejavnosti**

Zdravstveno dejavnost kot javno službo izvajajo pod enakimi pogoji javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Medtem ko druge pravne in fizične osebe oblikujejo svoj status v skladu s predpisi, ki veljajo za gospodarske družbe, imajo javni zdravstveni zavodi status zavoda v skladu z zakonom o zavodih in zakonom o zdravstveni dejavnosti. Javni zdravstveni zavod na primarni ravni ustanovi občina oziroma mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija kot nepridobitno pravno osebo. Zavod se ustanovi z aktom o ustanovitvi, z vpisom akta o ustanovitvi v sodni register pa pridobi zavod pravno sposobnost.

Historični vidik razvoja javnega zavoda pokaže, da je bila pred uvedbo te organizacijske oblike dejavnost javnih služb organizirana v organizacijskih oblikah organizacij združenega dela: od temeljnih preko delovnih do sestavljenih organizacij združenega dela, katerih preoblikovanje v javni zavod je pomenilo tudi statusno preoblikovanje v prvo statusno obliko oseb javnega prava v novi ureditvi nove države.

Tudi za zdravstveno dejavnost kot javno službo je osrednji pojem javni interes, njegovo pojmovanje in nastajanje pa je izhodiščnega pomena za celotno strukturo in pojmovanje javne zdravstvene službe.

Za celotno organizacijo zdravstvene dejavnosti velja, da so javni zdravstveni zavodi organizirani na institucionalni ravni kot samostojni sistemi upravljanja, ki zagotavljajo notranjo kohezivnost in se medsebojno povezujejo po kriteriju funkcij, ki jih opravljajo, v javno nacionalno mrežo institucij.

Za javne zdravstvene zavode ugotavljamo, da je njihova organizacijska struktura toga in neprimerna, saj zahteva delovanje po točno določenih pravilih, kar pa narekuje hierarhično kontrolo delovanja zaposlenih.

## 4.4. Upravljanje

### 4.4.1. Splošno

V najbolj splošnem smislu lahko upravljanje opredelimo kot odločanje o človekovih potrebah in načinu zadovoljitve teh potreb oziroma, kot pravi Bučar, upravljanje kot odločanje je izbor med različnimi potrebami in različnimi možnostmi za zadovoljitev teh potreb. Pusić upravljanje označuje kot vsako kontinuirano dejavnost povezovanja ljudi v akcijo za opravljanje družbenih zadev, zato mora potekati po pravilih in ima vlogo posrednika med postavljenimi cilji in njihovo uresničitvijo.

Sistem upravljanja kot družbeni sistem uvrščamo med družbenokooperativne družbene sisteme, s katerimi razumemo razne oblike vedenja in ravnanja ljudi, konstituiranih zaradi vzpostavljanja medsebojnih odnosov v procesih dela za doseg skupnih ciljev. Komponente družbenokooperativnih sistemov so oblike ravnanj ljudi in sestavin, ki jih delimo na: sredstva (denar), instrumente (orodja in stroji) in informacije (podatki o poteku dela). Dejavnost povezovanja komponent v nek sistem imenujemo upravljanje, ki je usmerjeno v doseganje skladnosti med vlogami članov v sistemu glede na potrebe in cilje sistema kot tudi glede osebnih značilnosti in interesov pripadnikov sistema.

Za družbenokooperativen sistem in s tem tudi za upravljanje je značilno, da temelji na delitvi dela, ki je poleg ciljev, odnosov in metod dela, temeljna kategorija, ki sistem opredeljuje. Delitev dela pomeni ureditev odnosov med ljudmi, kjer ima vsak pripadnik sistema odrejeno delo, ki bo zagotovilo uresničevanje zastavljenih ciljev. Pomembna komponenta so cilji, proti katerim je sistem usmerjen; to so konkretni cilji ljudi, ki se spreminjajo v skladu s prevladujočimi odnosi v sistemu. Druga komponenta so odnosi med vlogami in elementi v sistemu ter med ljudmi, ki so nosilci vlog in interesov v sistemu. Tretja razsežnost pa so metode dela, ki so kazalec utrjenega načina delovanja pripadnikov sistema za doseg ciljev. Razen tega olajšujejo delovanje in koordinacijo pripadnikov sistema ter ščitijo njihove interese, hkrati pa omogočajo večjo predvidljivost njihovega delovanja. (Haček, 2000).

Za sleherno organizacijo velja, da nastaja povsem zavestno kot izraz določenih spoznanj, da je mogoče z delitvijo dela in združevanjem dosegati cilje, ki jih sicer posameznik ne bi zmožel. Vsaka organizacija ima torej določen namen in je torej v določenem odnosu do svojega cilja. Cilj prevladuje in obvladuje vso dejavnost in vse mišljenje v organizaciji. Cilj organizacije je le eden, če pa jih je več, ne morejo biti v nobenem primeru med seboj izključujoči. Zastavljajo se vprašanja sodelovanja članov organizacije pri sprejemanju odločitev, vprašanje participacije in zadovoljstva, vprašanje vključenosti posameznika v organizacijo.

Za javne zdravstvene zavode ugotavljamo, da je njihova organizacijska struktura toga in neprimerna, saj zahteva delovanje po točno določenih pravilih, kar pa narekuje hierarhično kontrolo delovanja zaposlenih.

Organiziranje in poslovanje javnih zavodov, tudi zdravstvenih javnih zavodov, je urejeno z zakonom o zavodih, ki je bil sprejet v letu 1991 (Uradni list RS, št. 12/91). Kljub svojim pozitivnim učinkom pa ima omenjeni zakon precej pomanjkljivosti, kar je razumljivo glede na čas njegovega nastanka in glede na takratno takojšno potrebo po vsaj zasilni ureditvi področja organiziranja in ostalega delovanja in čimbolj nemotenega funkcioniranja dotedanega področja preživelih družbenih dejavnosti in na novo poimenovanih javnih služb.

Prvo takšno vprašanje, ki ga zakon še ni mogel povsem zadovoljivo rešiti, je vprašanje **premoženja javnih zavodov**. Z ukinitvijo družbene lastnine je bilo namreč treba tudi na tem področju poiskati ustreznega lastnika, ki ga je zakonodajalec našel v državi: republiki oziroma lokalni skupnosti. Dotedanje premoženje organizacij združenega dela na področju družbenih dejavnosti, ki je bilo kot družbena lastnina v upravljanju njihovih delavcev, imenovanih izvajalcev, je tako prešlo na republiko oziroma lokalno skupnost, pri čemer pa zakon ni bil selektiven, ampak je ipso lege preoblikoval v javne zavode vse organizacije, ki so delovale na področju dotedanjih družbenih dejavnosti, sedaj javnih služb, in ki so imele ob njegovi uveljavitvi status posebnega družbenega pomena, ne glede na pravo naravo njihovega dela. S tem je »nacionaliziral« premoženje številnih organizacij, ki so kljub svojemu statusu pridobivale celoten ali večino svojega dohodka na trgu. Tako so bili delavci v teh organizacijah postavljeni v depriviligirani položaj, saj kljub

enakim pogojem za svoje delo, kot so jih imeli delavci v gospodarstvu, niso enakopravno z njimi sodelovali v postopku lastninjenja družbene lastnine.

Prenos celotnega premoženja javnih zavodov na državo, to je republiko oziroma lokalne skupnosti, je povzročil velike težave tudi pri njihovem upravljanju. Centralno upravljanje s premoženjem javnih zavodov je na eni strani demotiviralo slednje za gospodarno ravnanje s sredstvi za svoje delo, na drugi strani pa je sprožilo nerealne apetite po investicijah v novo družbeno infrastrukturo, ki ne odražajo realnih potreb. Posledica tega so megalomanski in dragi projekti, ki glede na centralno odločanje o investicijah ne upoštevajo realne distribucije potreb po družbeni infrastrukturi. Sam proces tekočega upravljanja s premoženjem pa je postal tog in birokratski, saj so procesi odločanja bistveno predolgi in preveč odmaknjeni od okolja, kjer potrebe po tem odločanju nastajajo.

Posebej je sedanja ureditev zavodov pomanjkljiva pri **urejanju financiranja** javnih zavodov. Financiranje javnih zavodov ni zgolj vprašanje stroškov, ki so potrebni za izvajanje posamezne javne službe, ampak predvsem vprašanje mehanizmov njihove učinkovitosti. Sedanji sistem financiranja javnih zavodov ni usmerjen k vzpodbujanju učinkovitega in racionalnega izvajanja javnih služb, kar skupaj s centralizacijo odločanja o vseh pomembnejših vprašanjih, ki se tičejo javnih zavodov, ovira pomembnejši napredek na tem področju. Financiranje javnih zavodov je zato drugo ključno vprašanje, ki ga je potrebno urediti na povsem drugačnih temeljih.

#### **4.4.2. Organi upravljanja in njihove pristojnosti**

Ob obravnavi upravljanja v javnih zdravstvenih zavodih je potrebno opozoriti na pomembno vlogo države in preko nje na uresničevanje družbenega interesa, ki se odraža neposredno v imenovanju predstavnikov države v organih upravljanja, posredno pa v normativnem urejanju:

- delovanja izvajalcev v smeri preobrazbe obstoječih, konvencionalnih statusnih oblik v sodobnejše fleksibilnejše (npr. iz javnih zavodov v javna podjetja),
- usmerjanja kreditne politike (npr. najemanje posojil zavodov),

- racionalizaciji razmerij med primarno in sekundarno ravniyo izvajanja zdravstvene dejavnosti,
- reguliranja področja zdravil (npr. generično predpisovanje in generična substitucija, referenčne cene, nadzor nad dobički, določanje cenovnih košaric, pozitivne in negativne liste),
- določanja delovnih razmerij izvajalcev (npr. določanje plač in povračil, izobraževanje in licenciranje, določanje zavarovanja za napake in slabo prakso).

V upravljanju javnih zdravstvenih zavodov je korenite spremembe uvedel že v letu 1991 uveljavljeni zakon o zavodih, ki je institut »samoupravljanja« nadomestil z institutom »soodločanja« oziroma »soupravljanja«.

Organa upravljanja v javnih zdravstvenih zavodih sta svet zavoda in direktor.

#### **4.4.2.1. Svet zdravstvenega zavoda**

Na podlagi veljavnih predpisov (zakon o zavodih in zakon o zdravstveni dejavnosti) je organ upravljanja javnih zdravstvenih zavodov svet zavoda. Svet zavoda je sestavljen po tripartitnem načelu iz predstavnikov ustanovitelja (Republika Slovenija ali občina), zavarovancev ali drugih uporabnikov (Zavod za zdravstveno zavarovanje, če zdravstveni zavod opravlja javno zdravstveno službo) in zaposlenih. Sestav in številčno razmerje predstavnikov v svetu zavoda določi ustanovitelj z aktom o ustanovitvi zdravstvenega zavoda, ostale njegove pristojnosti in mandatno dobo pa statut zavoda.

Delovanje sveta zavoda je bipolarno in poteka v smeri urejanja razmerij z okoljem po eni strani in urejanja razmerij znotraj zavoda po drugi strani.

Za delovanje sveta zavoda je značilno, da so v njem, po vzoru preživelega »samoupravljanja«, prevladovali predstavniki zaposlenih. Številčno manjšinski predstavniki ustanovitelja pa niso bili imenovani po strokovnem merilu, pač pa po raznovrstnih drugih merilih, tudi političnih. Takšna pomembna osrednja vloga zaposlenih v svetu zavoda je nujno težila k enakomerni zastopanosti predstavnikov sleherne organizacijske enote v svetu zavoda, kar je povečalo število članov sveta, s

tem pa močno zmanjšalo sposobnosti operativnega delovanja. Primer neracionalne sestave je svet Kliničnega centra, najpomembnejše slovenske bolnišnice, ki ima kar 25 članov.

Kljub temu, da se je v praksi vse od začetka delovanja sveta zavoda kot organa upravljanja, sestava oziroma struktura članstva razvijala in prilagajala vlogi in pomembnosti vseh treh strank in se je število članov prevesilo v prevlado predstavnikov ustanovitelja in s tem v možnost odločanja ustanovitelja v zadevah iz pristojnosti sveta, se ugotavlja, da svet še vedno preslabo opravlja nadzorno funkcijo ali pa pri opravljanju nadzora ni dovolj učinkovit.

Zaradi svoje neoperativnosti se sveti zavodov sestajajo redko, dva ali trikrat letno, odločanje o poslovanju zavoda pa se prenaša na ostale organe, kolegij direktorja ali celo na strokovni svet.

Vsekakor delovanje svetov zavodov narekuje nadaljnji razvoj v smeri večje operativnosti in učinkovitosti.

#### **4.4.2.2. Direktor**

Po osamosvojitvi in spremembi družbene ureditve je v novi zakonodaji (zakon o zavodih in zakon o zdravstveni dejavnosti) funkcijo individualnega poslovodnega organa nadomestila funkcija direktorja.

Direktorja javnega zdravstvenega zavoda imenuje, po opravljenem javnem razpisu, in razrešuje svet zdravstvenega zavoda s soglasjem ustanovitelja. Ta ureditev instituta imenovanja direktorja je na področju zdravstvene dejavnosti specifična, saj je na ostalih področjih javnih služb (npr. vzgoja in izobraževanje) politični interes močnejše izražen, tako da direktorja oziroma predstojnika javnega zavoda imenuje ustanovitelj sam, v zdravstvu pa se šibkejši politični interes kaže v zadovoljitvi ustanovitelja zgolj z njegovim soglasjem.

Mandat direktorja traja štiri leta, za mandat direktorja pa je uvedeno načelo reelekcije, kar pomeni, da je po izteku mandata ista oseba lahko ponovno imenovana

na to funkcijo. Na položaj direktorja lahko kandidira oseba, ki ima ustrezno, to je visoko izobrazbo, potrebne delovne izkušnje (praksa) in strokovno izobrazbo. Glede delovnih izkušenj je v zakonu o zdravstveni dejavnosti določeno, da mora biti najmanj 5 let, glede strokovne izobrazbe direktorja pa je določena alternativna ureditev direktorske funkcije: če poslovodna funkcija in funkcija vodenja strokovnega dela zdravstvenega zavoda nista ločeni, mora imeti direktor visoko strokovno izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri; če pa sta ti dve funkciji ločeni, vodi strokovno delo zdravstvenega zavoda strokovni vodja, ki mora imeti visoko izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri in najmanj 5 let delovnih izkušenj, poslovodno funkcijo (torej organizacijsko, finančno) pa za to dejavnost usposobljeni delavec.

Pristojnosti direktorja so v predpisih natančno določene, saj je nejasno opredeljen položaj direktorja lahko vzrok kompetenčnih sporov med njim in svetom zavoda. V vsakem primeru direktor odgovarja za poslovni in strokovni uspeh zavoda.

#### **4.4.2.3. Strokovni svet**

Strokovni svet, v praksi imenovan tudi medicinski kolegij, ni organ upravljanja, pač pa posvetovalni organ sveta zdravstvenega zavoda, direktorja oziroma strokovnega vodje zavoda, tistega torej, ki je odgovoren za medicinsko delo zdravstvenega zavoda. Število članov in sestava strokovnega sveta sta določena v statutu zavoda, običajno pa ga sestavljajo direktor, strokovni vodja, vodje oziroma predstojniki s statutom določenih enot in drugi strokovnjaki zdravstvenega zavoda, lahko pa tudi zunanji strokovnjaki.

Strokovni svet obravnava pomembnejša strokovna vprašanja zdravstvenega zavoda, ki imajo pomen za zdravstveni zavod in služijo organoma upravljanja, svetu zavoda in direktorju, za odločanje.

V nekaterih zdravstvenih zavodih so organizirani tudi strokovni kolegiji določenih profilov zdravstvenih delavcev, npr. »strokovni kolegij medicinskih sester«, ki ga vodi glavna medicinska sestra zdravstvenega zavoda, in obravnava strokovna



vprašanja, za katera odgovarjajo medicinske sestre oziroma so njihovo delovno področje.

## **4.5. Predvidene spremembe v organiziranju in poslovanju javnih zavodov**

### **4.5.1. Razlogi za spremembe**

Razlogi za ponovni normativni poseg zakonodajalca na področje javnih zavodov oziroma za izdajo novega zakona o javnih zavodih so:

- ustvariti pravno podlago za **statusno preoblikovanje** javnih zavodov, pri čemer bi obstoječi zavodi dobili bolj primeren pravni okvir za svoje delovanje;
- **premoženjsko preoblikovanje** javnih zavodov. Sedanji koncept neposredne državne lastnine ne omogoča učinkovitega decentraliziranega upravljanja s premoženjem, ravno tako tudi ne racionalno alokacijo investicij v infrastrukturo;
- **pomanjkljiva in neustrezna ureditev financiranja** javnih zavodov, ki je posledica z novima zakonoma o javnih financah in o računovodstvu na novo normativno opredeljenega finančnega področja, poleg tega pa je treba sam princip financiranja tega področja prilagoditi strateški opredelitvi izvajanja funkcij države preko javnih zavodov s poudarkom na učinkovitosti izvajanja javnih služb preko merjenja rezultatov njihovega dela in njihovega financiranja v odvisnosti od uspešnosti izvajanja javnih funkcij. Potrebno je izoblikovati popolnoma nov koncept financiranja javnih služb na tem področju, katerega glavni cilj je povečati racionalnost in učinkovitost dejavnosti javnih služb z vzpostavitvijo neposrednega razmerja med njihovimi rezultati in njihovim plačilom;
- **oblikovanje samostojne statusne oblike osebe javnega prava**, ki se ne prekriva z vprašljivo statusno obliko osebe zasebnega prava. Pri tem bodo morale predlagane rešitve slediti enotnemu konceptu oseb javnega prava, ki so se že izoblikovale, kot so javni skladi in javne agencije;

- številni predlogi za **izboljšave obstoječega stanja**, ki jih ravno tako lahko štejemo med razloge za spreminjanje področja. Te se nanašajo predvsem na bolj jasne opredelitve položajev zavodov in njihovih ustanoviteljev, na njihovo registracijo, na način njihovega upravljanja in odločanja, na položaj poslovodnega organa, na razmerja med javnimi zavodi in njihovimi strankami, na načine komuniciranja med javnimi zavodi in njihovimi ustanovitelji, na nadzor nad njihovim delom ter na načine prenehanja javnega zavoda.

**Shema 4.11.: RAZLOGI ZA SPREMEMBE V ORGANIZIRANJU IN POSLOVANJU JAVNIH ZAVODOV**



Vir: Delovno gradivo delovne skupine Ministrstva za notranje zadeve, december 2003 (prirejeno)

#### 4.5.2. Poglavitne možne rešitve

V smislu povečanja učinkovitosti celotnega javnega sektorja, tudi zdravstva, je potrebno področje javnih služb temeljito reformirati na vseh treh vitalnih segmentih, in sicer:

- normativnem,
- institucionalno - organizacijskem in
- informacijskem.

Normativnost se pojavlja v vlogi kohezije med celotno organiziranostjo in delovanjem sistema in pomeni za sleherno reformiranje po meritorni plati bazno substanco, po formalni plati pa opredelitev procesov in določitev samega pričetka spreminjanja, odseva pa v treh temeljnih normativnih sklopih:

- prvi sklop so razmerja med prebivalci, državljani oziroma zavarovanci in zdravstvom, kadar slednje izvaja svoje storitve ali kadar se določa in odloča o njegovem delovanju;
- drugi sklop predstavljajo razmerja, ki opredeljujejo položaj zaposlenih v zdravstvu tako znotraj zdravstvenega sistema kot tudi v razmerju do njihovega okolja;
- tretji sklop pa so statusna in organizacijska razmerja organizacij zdravstvenega sistema.

Normativnost se opredmeti v generalnih predpisih, ki veljajo bodisi za celotno družbo ali celotno področje javnih služb, specifika posamezne javne službe, torej tudi zdravstva, pa se izrazi v specialnih, področnih predpisih: zakonih, pravilnikih in internih aktih posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev.

Na področju javnih služb je potrebno z vidika splošnosti reformirati predvsem:

- **institut ustanovitve javnega zavoda** tako, da se med ustanovitelje, ki so lahko zdaj zgolj Republika Slovenija ali lokalna skupnost, s soglasjem svojega ustanovitelja pa tudi drug javni zavod, vključi tudi druge pravne in fizične osebe kot soustanovitelje, ki za razliko od ustanoviteljev sami ne bi mogli ustanoviti javnega zavoda, niti ne bi imeli ustanoviteljskih pravic po zakonu, njihove pravice pri upravljanju in druga razmerja do ustanoviteljev in na novo

ustanovljenega zavoda pa bi se določila s pogodbo med njimi in ustanovitelji. V primeru ko bi več ustanoviteljev ustanovilo skupni zavod, bi izvajali ustanoviteljske pravice preko sveta ustanoviteljev kot skupnega organa. Sredstva za delo bi prenesli v last javnega zavoda, razen infrastrukturnih objektov in naprav za izvajanje javne službe, ki bi ostala v lasti ustanovitelja. Javni zavod bi odgovarjal za svoje obveznosti z vsem svojim premoženjem, ustanovitelj za njegove obveznosti ne bi odgovarjal, razen če bi bilo tako določeno v ustanovitvenem aktu;

- **institut dejavnosti javnega zavoda** je potrebno opredeliti v smislu splošne opredelitve pojma javne službe, dopustiti da javni zavod izvaja dejavnost javne službe v omejenem obsegu tudi na tržen način, pri čemer to ne sme biti v škodo temeljni dejavnosti, poleg tega pa tudi dopustiti, da v omejenem obsegu opravlja tudi drugo gospodarsko dejavnost, če je ta neposredno povezana z njegovo temeljno dejavnostjo. Končno je javnemu zavodu omogočiti, da opravlja tudi dejavnosti, s katerimi pridobiva prihodke od svojega premoženja;
- **upravljanje javnega zavoda** v institucionalnem smislu je potrebno ločiti med večjimi in manjšimi zavodi tako, da bo dosedanji svet zavoda nadomestil upravni odbor, manjše zavode naj še naprej vodi direktor, večje zavode pa petčlanska uprava, še vedno naj ostane strokovni svet, pri čemer se njegove naloge usmerijo predvsem v oblikovanje strokovnih podlag za strateške in razvojne programe javnega zavoda. Končna podoba institucionalnega ustroja posameznega zavoda naj bo razvidna iz internih aktov zavoda čim bolj kompatibilna z vsebino svojega dela in okoljem, v katerem posluje;
- **organiziranost javnega zavoda** v smislu notranje organizacije je potrebno povsem prepustiti njegovim ustanovitvenim aktom in statutom, s čimer naj se zagotavlja njegovo organizacijsko prilagodljivost glede na njihovo dejavnost in spremembe v okolju. Pri tem je potrebno dati zavodu možnost, da oblikuje področne ali območne organizacijske enote, katerim lahko da določena pooblastila v pravnem prometu. Poleg tega naj se tudi dopusti povezovanje zavodov v skupnosti zavodov, ki naj opravljajo skupne zadeve za zavode, ki se povezujejo v skupnost;
- **odnosi z uporabniki** pomenijo implementacijo enega od evropskih standardov za delovanje javne uprave in sicer je to načelo odprtosti javne uprave. V tem

okviru naj se najprej uredi javnost dela javnega zavoda, ki naj opredeljuje predvsem način komuniciranja med javnim zavodom in uporabniki ter posebne načine njihovega obveščanja, v nadaljevanju naj se določi prilagoditev delovnega časa javnih zavodov potrebam uporabnikov, načine zbiranja povratnih informacij o njihovem delu ter poti za pritožbe in pripombe nezadovoljnih uporabnikov;

- **program dela in način poročanja javnega zavoda** naj se opredeli kot obveznost vsakega javnega zavoda tako, da se v programu dela določijo cilji in naloge v posameznem letu. Program dela bi moral biti finančno ovrednoten, pri čemer bi moral biti posebej razviden tisti del programa, ki ga neposredno financira ustanovitelj. Programu naj bo priložena kratka izjava o večletni strategiji razvoja javnega zavoda ter predvideni ukrepi za zagotavljanje kvalitetnih storitev in za zagotavljanje učinkovite uporabe sredstev. Kar zadeva obveznosti poročanja zavoda pa se je potrebno ravnati po načelih uveljavljenih na področju javnih financ (zakon o javnih financah, Uradni list RS, št. 79/99 in zakona o računovodstvu, Uradni list RS, št. 23/99);
- **financiranje javnih zavodov** bi moralo zlasti zajeti vire njihovega financiranja. Prvi vir so sredstva, ki jih za izvajanje programa javne službe zagotovi ustanovitelj. Neposredni vir financiranja javne službe so tudi sredstva, ki jih za izvajanje posamezne storitve javne službe neposredno plačujejo uporabniki teh storitev. Poleg tega so viri še sredstva, ki jih dobijo zavodi s prodajo svojih storitev na trgu, sredstva, ki jih pridobijo z upravljanjem s premoženjem ter druga sredstva. Sam način financiranja javnih zavodov določajo predpisi, ki urejajo posamezno področje. Za finančno poslovanje javnih zavodov pa se uporabljajo določbe zakona o javnih financah, ki urejajo posredne uporabnike proračuna. Cene storitev javnih zavodov so določene s tarifo. Tarifa zajema tako ceno dejavnosti javne službe kot tudi ceno izvajanja te dejavnosti na trgu ter ceno drugih dejavnosti. Cena izvajanja javne službe na trgu ter cene drugih dejavnosti morajo vsebovati vse neposredne in posredne stroške, vključno s stroški uporabe javnih sredstev. Zadolževanje javnih zavodov mora biti omejeno. Financiranje javnih zavodov mora delovati stimulatивно v smeri njihovega boljšega in bolj racionalnega dela, kar se lahko doseže z uporabo presežka prihodkov nad odhodki za razvoj in opravljanje dejavnosti javnega zavoda, kakor tudi za nagrajevanje delovne uspešnosti njegovih zaposlenih v

skladu z njegovim splošnim aktom. Pri tem je potrebno ločiti možnosti razpolaganja s presežkom glede na vire, iz katerih je presežek nastal;

- **splošni akti javnega zavoda** naj Najbolj pomembna akta sta statut in splošni pogoji poslovanja, ki ju sprejme upravni odbor, potrdi pa ustanovitelj. Statut podrobneje ureja organizacijo, delovanje in upravljanje javnega zavoda, splošni pogoji poslovanja pa način uresničevanja pravic uporabnikov ter druga razmerja med javnim zavodom in uporabniki. Poleg tega ima javni zavod še druge splošne akte, ki jih sprejme upravni odbor.
- **nadzor nad delom javnih zavodov** naj sistematično uredi štiri vrste nadzora nad javnimi zavodi in sicer nadzor nad zakonitostjo njihovega dela, nadzor nad izvrševanjem predpisov oziroma inšpekcijski nadzor, nadzor nad strokovnostjo dela ter finančni nadzor. Prvi nadzor izvaja ustanovitelj, drugi pristojne inšpekcijske službe, tretji pristojno ministrstvo oziroma organ lokalne skupnosti in četrti računsko sodišče in ministrstvo, pristojno za finance;
- **prenehanje javnega zavoda** je potrebno natančno opredeliti, predvidene možnosti prenehanja pa so: zaradi ničnosti vpisa v sodni register, na podlagi odločitve ustanovitelja, s preoblikovanjem v gospodarsko družbo, s pripojitvijo ali razdelitvijo, glede na lastninski koncept javnih zavodov pa tudi s stečajem. V primeru prenehanja zavoda zaradi ničnosti vpisa in v primeru, ko ustanovitelj sprejme odločitev o ukinitvi zavoda, naj pripade vse premoženje zavoda ustanovitelju, ki tudi odgovarja za obveznosti zavoda do višine premoženja, ki mu je pripadlo.

## 5. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

### 5.1. Splošno

Stopnja zadovoljivega ali nezadovoljivega izvajanja zdravstvenega varstva kaže v vseh družbah signifikantno korelacijo z višino sredstev, ki se namenjujejo za izvajanje zdravstvenega varstva. Zahteve medicinske stroke po potrebnih sredstvih nikoli in nikjer niso v celoti upoštevane, ker je stopnja zagotovljenega zdravstvenega varstva odvisna ne le od strokovnih zmožnosti medicine, temveč tudi od sredstev, ki jih posamezna družba namenja zdravstvenemu varstvu. Razprave o tem, ali se za zdravstveno varstvo porabi preveč, premalo ali prav toliko sredstev, kot je potrebno, so nenehno aktualne v vseh sodobnih družbah. Navedena vprašanja prihajajo v ospredje prav posebno ob sprejemanju državnih proračunov in sistemskih nacionalnih zdravstvenih zakonodaj.

Zaradi omejenih sredstev medicinska stroka nikoli ne more pričakovati, da bo njena strokovna argumentacija zahtevanega deleža v celoti sprejeta. Količina sredstev, ki se za izvajanje zdravstvenega varstva v posameznih državah namenja v okviru proračunskih sredstev, je vselej rezultat bolj ali manj uravnoveženega političnega in strokovnega kompromisa (Merc, 1995).

V sodobni postindustrijski demokratični družbi in pravni državi, temelječi sicer na tržnem gospodarskem sistemu ne gre samo za to, da bi aktivni del prebivalstva motivirali, da bi bila storilnost čim večja, temveč gre sočasno tudi za uveljavitev vseh državljanov kot spoštovanja vrednih osebnosti. Zaradi tega vsebuje paradigma vsake sodobne demokratične družbe in pravne države tudi socialno komponento.

Pri financiranju zdravstvene dejavnosti v svetu je evidentna stalna tendenca naraščanja izdatkov in zaostajanja dohodkov za njihovo pokrivanje. Država lahko nastopa kot pomemben dejavnik v izravnavi razlik med dohodki in izdatki v sistemih, kjer se vključuje kot financer ali sofinancer. Tudi institucije zdravstvenega varstva si marsikje prizadevajo, da bi uravnovesile potrošnjo s svojimi možnostmi s

krčenjem pravic zavarovancem. Odločilna sta cena zdravja in strošek bolezni (Česen, 2003).

V razvoju financiranja zdravstvene dejavnosti se vse do zgodnjih 70-tih let prejšnjega stoletja, ko se je za zdravstveno varstvo v razvitih državah namenjalo še manj kot 6% bruto družbenega proizvoda, ni posvečalo pozornosti omejevanju stroškov porabe zdravstvene dejavnosti. Veljalo je, da je rast teh stroškov proporcionalna dvigu kvalitete in širjenju dostopnosti zdravstvenih storitev, sam sistem vrednot zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja pa ni dopuščal oblikovanja t.i.«stroškovne zavesti», saj naj bi ta bila v diametralnem nasprotju s temeljnim etičnim načelom medicine, po katerem je zdravnik zavezan za bolnika »storiti vse«. Govorimo o ekonomskem fatalizmu utemeljenem v kliničnem humanizmu, ki je postal absurden v trenutku, ko je tehnologija za podaljševanje življenja povzročila pravo »eksplozijo stroškov« brez opaznih učinkov v zdravju in kvaliteti življenja fatalno bolnih, umirajočih, bolnikov. Takrat je postalo jasno, da je zdravnik v zdravstvenem sistemu ne le profesionallec, ki strokovno in človeško pomaga bolniku, pač pa tudi distributer in menedžer pomembnih družbenih sredstev, katerih razporeditev je odvisna od njegovih strokovnih odločitev. V nasprotju s teorijami, da je poglavitni generator višanja stroškov v zdravstvu zdravnik, kar ekonomsko gledano predstavlja področje ponudbe, se uveljavljajo teorije, da je za povečanje porabe v zdravstvu odločilen bolnik, torej področje povpraševanja.

Ta nova spoznanja so vodila v nadzor rasti zdravstvene porabe in v racionalizacijo zdravstvene dejavnosti, znanstveniki in politiki pa so se soočili s politiko »nadzora-omejevanja« stroškov (»cost – containment« policy).

V številnih empiričnih raziskavah je bilo ugotovljeno, da v strukturi rasti oziroma večanja stroškov zdravstvenega varstva predstavljajo:

- rast cen zdravstvenih storitev 50% ,
- rast utilizacije in kvalitete zdravstvenih storitev 40%,
- spremembe v strukturi prebivalstva 4% in
- ostali činitelji 6%,



- proučevanje osnovnih zakonitosti v gibanjih obsega sredstev za zdravstveno varstvo pa je pokazalo naslednja razmerja med posameznimi faktorji:
- ponudba zdravstvenega varstva 52%,
- struktura in politika financiranja 25%,
- utilizacija-povpraševanje-potrebe 14% in
- ostali faktorji 9 % ( prirejeno po S. Letici, 1989).

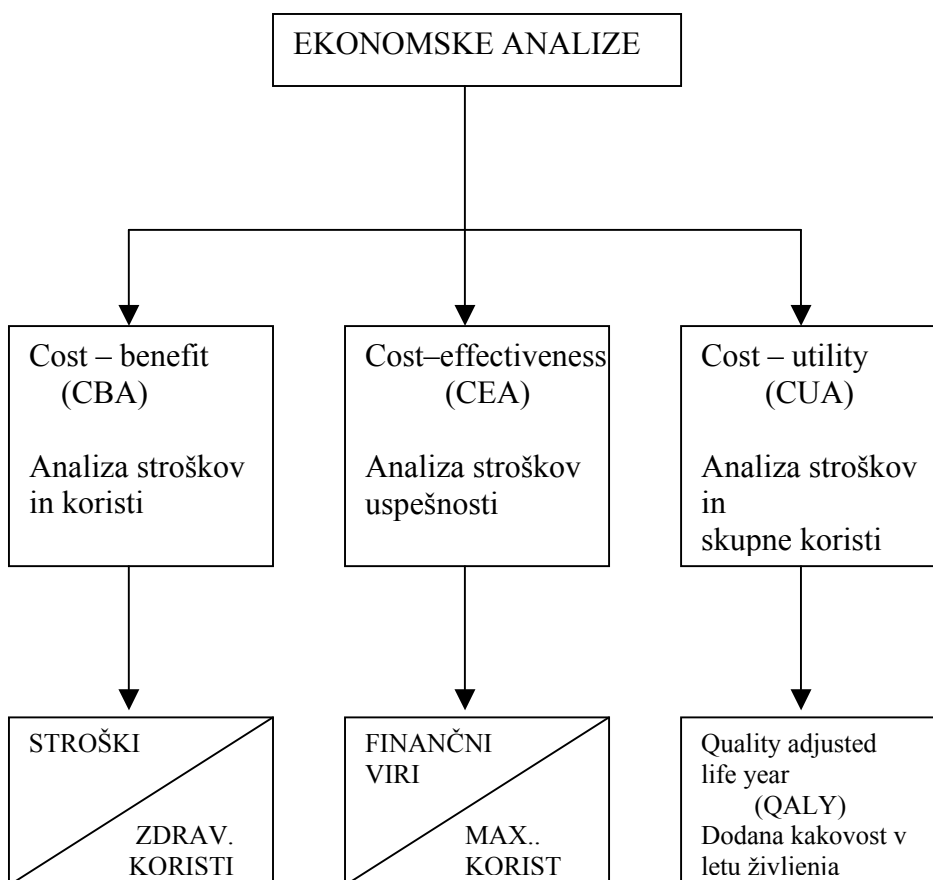
V zadnjem času v slovensko zdravstvo vstopa ekonomska znanost s svojimi lastnimi metodami proučevanja ekonomike v zdravstvu. Najbolj odmevne so zahteve po uporabi analize stroškov in koristi (cost-benefit analysis - kratice CBA), s katero naj bi ugotovili vrednost stroškov in zdravstvenih koristi, razlike v stroških in koristih, bodisi neto ekonomske koristi, bodisi neto ekonomske izgube, pa naj bi zdravstveni politiki olajšale izbiro pri obvladovanju večjih zdravstvenih problemov, bolezni ali bolezenskih stanj, ki močno prizadevajo zdravje populacije, v smislu določitve prioritet oziroma prednostnih obravnavah rešitev. Metoda stroškov in koristi narekuje pretežno ekonomska merila za izbor prioritet, odločitve pa prepušča politiki; poudarja in favorizira ekonomske koristi družbe, ne upošteva pa moralnih, etičnih, strokovnih in drugih (solidarnost, pravičnost, dostopnost, sočutje, človečnost, dobrotelost itd.) družbenih vrednot. Dosledna uporaba metode stroškov in koristi bi v zdravstvu pomenila prvenstveno nudenje zdravstvenega varstva najaktivnejšemu delu populacije, tistim ki delajo in ustvarjajo, medtem ko bi zanemarjala boljše zdravje otrok in starejših.

Analiza stroškov in uspešnosti (cost-effectiveness analysis - kratica CEA) se ukvarja z vprašanjem, kako doseči čim boljše rezultate z vnaprej določenimi finančnimi viri oziroma kako z določenimi sredstvi doseči maksimalno zdravstveno korist. Posebna oblika analize stroškov in uspešnosti je analiza stroškov in skupne koristi (cost-utility analysis - kratica CUA), za katero je značilno, da namesto veliko meril za merjenje zdravstvenih rezultatov, uporablja le eno merilo uspešnosti. Zelo pogosto je to merilo dodana kakovost v letu življenja (quality adjusted life year - kratica QALY), pri čemer je dodana kakovost življenja vsota posameznih dejavnikov, ki to kakovost določajo, stroški za enoto dodane kakovosti življenja pa so pogojeni z odnosom družbe in posameznika do zdravja in od ekonomske zmožnosti družbe. Po

ameriških merilih so splošno sprejemljivi stroški za enoto dodane kakovosti življenja do 20.000 USD letno; pri stroških od 20.000 do 100.000 USD je potrebna zelo skrbna ocena koristi, kar pa je več kot 100.000 USD pa je predrago (prirejeno po Česnu, 2003).

Pomembnost dodane kakovosti življenju se vse bolj uveljavlja tudi v medicinski doktrini, za njo se zavzema vse več strokovnjakov; eden izmed njih je tudi Daniel Callahan, redni profesor na harvardski medicinski fakulteti, ki pravi, da mora medicina v središče postaviti kakovost življenja, ne pa njegovo dolžino. Zdravstvo, ki ljudi predolgo ohranja pri življenju brez kakovosti življenja, ni ne spodobno, ne humano (Callahan, 2004).

**Shema 5.12.: TIPI SODOBNIH EKONOMSKIH ANALIZ**



Vir: Česen, 2003 (Prirejeno)

## 5.2. Financiranje preko sistemov zdravstvenega zavarovanja

### 5.2.1. Splošno

Zdravstveno zavarovanje se je pričelo v svetu pojavljati v vsebini socialnega zavarovanja s pričetkom industrializacije. Osnovna ideja zdravstvenega oziroma prva socialnega zavarovanja, se je nedvomno porodila na strani kapitalistov, delodajalcev, ki so v težnji po zvišanju dobičkov, na strani stroškov delovne sile, uvideli v izboljšanju socialnih razmer delavcev, delojemalcev, dodatno možnost za dvig produktivnosti, s tem pa tudi rešitev za višji donos svojega vloženega kapitala. Nedvomno velja, da zdravstveni sistemi izboljšujejo življenjske pogoje delavstva, s tem pa posredno zagotavljajo dvig produktivnosti, in nacionalno kohezivnost, ki je bila v tistem obdobju, ki ga v Evropi zaznamuje tudi nastajanje novih meščanskih držav (Italija, Nemčija) izjemno pomembna.

Zgodovinsko gledano so prvi zametki zdravstvenega zavarovanja v zasebni sferi, s pojavom posameznih poklicnih bolniških blagajn v prvi polovici 19. stoletja, ob koncu 19. stoletja že prerasli to parcialnost in so se oblikovali na državni ravni.

Duhovni oče socialnega zavarovanja in s tem zdravstvenega zavarovanja je nemški kancler, imenovan tudi »Železni kancler« Otto Eduard Leopold von Bismarck, ki je uvedel socialno zavarovanje v 90. letih 19. stoletja.

Različni teoretiki so različno opredeljevali zavarovančevo zaznavanje zdravstvenega zavarovanja, za obravnavane razmere pa je najpopolnejša opredelitev Česna, češ da zavarovanci zdravstveno zavarovanje zaznavajo v:

- pravicah do koriščenja zdravstvenih in nezdravstvenih storitev,
- obsegu zdravstvenih in nezdravstvenih pravic, ki jih koristijo v breme zdravstvenega zavarovanja,
- stopnji dostopnosti,
- kakovosti koriščenih pravic.

### 5.2.2. Značilnosti zdravstvenega zavarovanja

Zdravstveno zavarovanje je, tako kot socialno zavarovanje, determinirano z naslednjimi značilnostmi:

- nudi kurativno in preventivno zdravstveno zaščito,
- nadomešča dohodek posameznika v primeru neprostovoljne delne ali popolne izgube dohodka zaradi bolezni ali poškodbe,
- nudi dodatni dohodek osebam, ki imajo družinske obveznosti,
- določiti ga mora zakonodajna oblast, ki definira individualne pravice in določa odgovornosti upravljalcu sistema bodisi da je upravljalec javni, javno-avtonomni, bodisi avtonomni.

Vlogo države v sistemu zdravstvenega zavarovanja oziroma državni intervencionalizem v sistemu zdravstvenega zavarovanja narekuje sama narava zdravstvenih storitev. Za zdravstvene storitve nedvomno velja, da so dobrine posebnega javnega pomena, meritorne dobrine, torej javno dobro. Ekonomsko gledano je za dobrine javnega dobra specifično:

- njihova potrošnja povzroča pozitivne zunanje učinke,
- njihova potrošnja bi bila manjša, če bi odločitev prepustili posamezniku,
- zanje je značilen specifičen egalitarizem; družba si ne želi prevelikih razlik pri potrošnji oziroma oskrbi s temi dobrinami (prirejeno po Stanovniku, 1998).

Vsi sistemi zdravstvenega zavarovanja oziroma socialnega zavarovanja že od svojega začetka temeljijo na številnih socialnih in humanih načelih, ki se med seboj prepletajo in so si podobna, najpomembnejša pa so:

- načelo vzajemnosti in solidarnosti – to je temeljno načelo sistema zdravstvenega zavarovanja, pomeni pa, da zavarovanec koristi večje pravice, kot bi jih, če bi se upoštevali samo njegovi vplačani prispevki,
- načelo univerzalnosti – pomeni, da skuša zdravstveni sistem zajeti čim večji krog upravičencev, obseg pravic pa naj bo čim širši, po tem načelu zdravstveni sistem teži k določeni popolnosti,
- načelo enotnosti – pomeni, da morajo biti predpisi, ki urejajo delovanje in organizacijo zdravstvene dejavnosti enotni in med seboj skladni,

- načelo obveznosti – pomeni, da je obveznost podana za vse tiste, ki jim ustrezni predpisi določajo obveznosti ali pravice iz zdravstvenega zavarovanja,
- načelo varstva pravic – pomeni, da je zoper vsako odločitev v sistemu zdravstvenega zavarovanja predpisan oziroma omogočen postopek varstva pravic (pritožbeni postopek).

### **5.2.3. Vrste sistemov zdravstvenega zavarovanja glede na vire financiranja**

Sistemi zdravstvenega zavarovanja so značilni za razvite evropske države, države tako imenovane države blaginje. Sistemi v teh državah niso enotni, med seboj se glede na posamezno državo razlikujejo, vsem sistemom zdravstvenega zavarovanja pa je glede na vire financiranja, skupno ločevanje med javnim in zasebnim, tako da posamezne zdravstvene sisteme razvrstimo v tri karakteristične tipe:

- sistem javnega financiranja in (pretežno) javne oskrbe,
- sistem javnega financiranja in (pretežno) zasebne oskrbe,
- sistem zasebnega financiranja in zasebne oskrbe.

Zasebno financiranje poleg neposrednih plačil pacienta obsega predvsem različne oblike zasebnega (prostovoljnega) zavarovanja.

Javno financiranje je financiranje z davki ali s prispevki ali z davki in prispevki. Načeloma velja, da so sistemi, ki se financirajo z davki univerzalni, zelo blizu univerzalnosti pa so lahko tudi sistemi, ki se plačujejo s prispevki, če država zaveže k plačevanju prispevkov vse izplačevalce prejemkov prebivalcem ali če je v državi vodena na področju zaposlovanja politika »polne zaposlenosti«.

Za sisteme javnega financiranja s prispevki je v konvencijah Mednarodne organizacije dela določeno načelo tripartitnosti plačevanja prispevkov in sicer med delojemalci, delodajalci in državo s tem da je priporočeno, da so prispevne stopnje za delodajalce višje od prispevnih stopenj za delojemalce.

Ne glede na vrsto financiranja je sleherni sistem zdravstvenega zavarovanja definiran z naslednjimi osnovnimi elementi:

- financiranje po načelu tripartitnosti (delojemalec, delodajalec, država),
- participacija je obvezna,
- prispevki se zbirajo v posebnem skladu, iz katerega se financirajo zdravstvene pravice,
- zavarovanec koristi pravico na podlagi vplačila prispevka,
- prispevki in pravice so pogosto vezani na prejemke zavarovanca.

### **5.3. Obvezno zdravstveno zavarovanje**

#### **5.3.1. Splošno**

Če želimo vzpostaviti take odnose med državljani kot zavarovanci in zdravstvenim varstvom, da bo slednje lahko poslovalo po načelih vzajemnosti in solidarnosti, ki je imperativ sodobne humane družbe in socialne države, lahko to dosežemo le z obveznim zavarovanjem.

Obvezno zavarovanje vključuje po sili pravne norme v zavarovanje vse, ki izpolnjujejo osebne in poklicne pogoje. Izključno prostovoljno zavarovanje, kjer bi se vsak po svoji volji opredelil za zavarovanje ali proti njemu, ne more zagotoviti takih odnosov, kjer bi zavarovanci z relativno enakim prispevanjem ustvarjali sredstva za pokrivanje izdatkov za tiste, pri katerih so nastopili zavarovani primeri. prostovoljno zavarovanje namreč običajno vključuje le tiste osebe, ki predstavljajo za zavarovanje negativen riziko - to je tiste, ki pričakujejo, da bodo v relativno kratkem času potrebovali storitve na podlagi zavarovanja. Prostovoljno zavarovanje je zato lahko le oblika dopolnilnega zavarovanja.

Načelo obveznosti se v svetu v glavnem izvaja na naslednje načine:

- preko zavarovalnih organizacij na podlagi prostovoljne vzajemnosti, pri katerih se zavarujejo osebe, ki se po svojem osebnem statusu morajo zavarovati. Pri tem

je zavarovanec prost le toliko, da si lahko sam izbere zavarovalnico, pri kateri se bo zdravstveno zavaroval, izbrati pa jo mora;

- preko sistemov, ki jih financira iz proračunskih sredstev država in jih tudi vodi s pomočjo upravnih organov, ki odločajo o pravicah zavarovancev;
- preko mešanih sistemov, ki jih financirajo udeleženci sistema. To so lahko delodajalci, sindikalne organizacije, zavarovanci in država. Porazdelitev pristojnosti in pravic je običajno odvisna od deleža, ki ga posamezen udeleženec prispeva za pokrivanje stroškov.

Navedene vrste sistemov obveznega zavarovanja se glede na specifičnosti posameznega sistema financirajo s prispevki zavarovancev, s prispevki sindikalnih organizacij, s prispevki delodajalcev in s prispevki države. Ponekod vključujejo kot dopolnilni vir financiranja še dodatno neposredno udeležbo prizadetega (v določenih primerih do določene višine za posamezne zdravstvene storitve). Vendar se običajno participacija šteje le kot vzgojni korektiv, ki ima pomen in funkcijo zmernega regulatorja potrošnje raznih oblik zdravstvenega varstva, večina razvitih dežel pa jo opušča.

Za obvezno zdravstveno zavarovanje je značilno, da ga uvede država z zakonom, določi pa tudi katere pravice grede zavarovancem oziroma zavarovanim osebam iz zdravstvenega zavarovanja ob nastopu zavarovanega primera, v kakšnem obsegu in ob kakšnih pogojih. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne morejo biti predmet dogovora med zavarovano osebo in nosilcem zdravstvenega zavarovanja. Pravice, določene z zakonom se tudi ne morejo spreminjati ali ukinjati s pogodbo.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja so strogo osebne pravice, kar pomeni, da se ne morejo odtujiti (prenesti na koga drugega), niti ne podedovati. Podedujejo se lahko samo denarni prejemki, ki so že zapadli v plačilo in so ostali zaradi smrti uživalca neizplačani. Pravicam iz zdravstvenega zavarovanja se tudi ni mogoče odreči v korist tretje osebe. Lahko pa zavarovanec opusti uveljavitev pridobljene pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Temelj obveznega zdravstvenega zavarovanja je obseg pravic, ki se bodo zagotavljale zavarovancem iz javnih sredstev. Posamezne pravice morajo biti

natančno določene, saj so tudi osnova za nadaljnje organiziranje zdravstvene službe v javni zdravstveni mreži.

Določanje obsega pravic, vrste posameznih pravic, njihove kakovosti in dostopnosti, je odvisno od političnih in ekonomskih faktorjev posamezne družbe.

### **5.3.2. Obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji**

V Republiki Sloveniji je obvezno zdravstveno zavarovanje urejeno z zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je bil sprejet leta 1992. Temeljna značilnost slovenskega zdravstvenega sistema je, da je, glede na državno ureditev slovenskega ozemlja v preteklosti, oblikovan po vzoru nemškega, Bismarckovega modela.

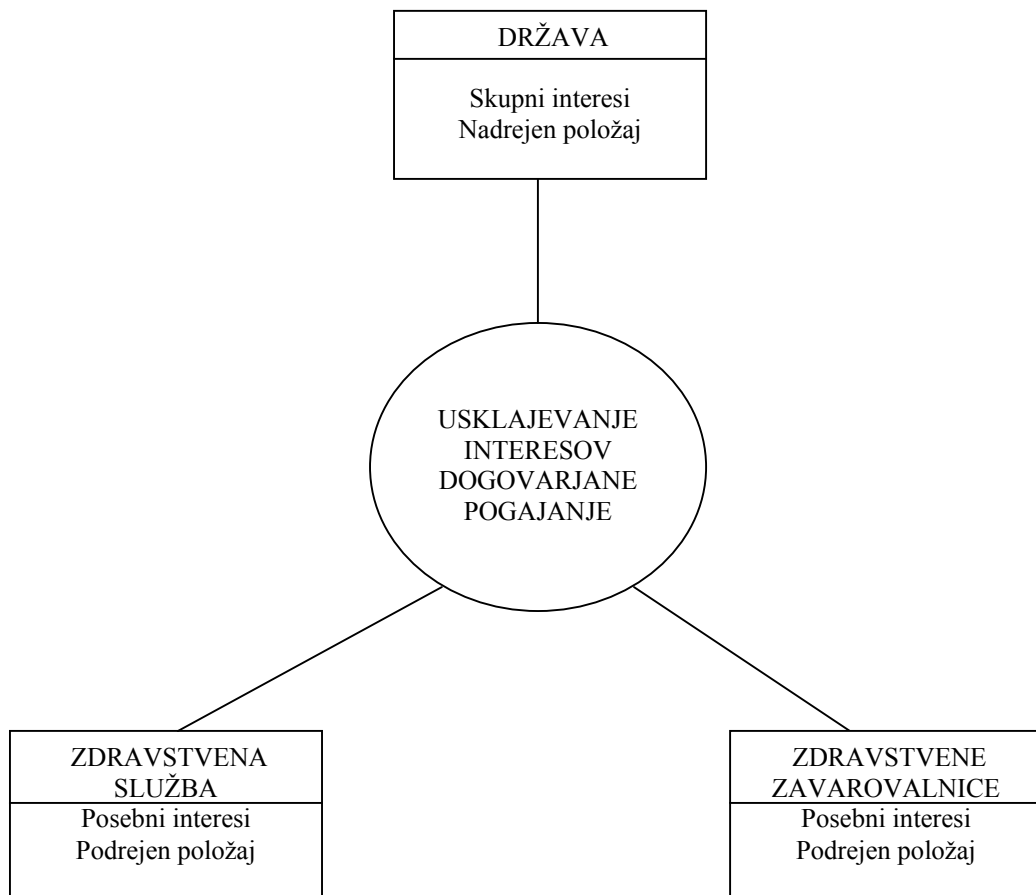
#### **5.3.2.1. Vrednotenje programa obveznega zdravstvenega zavarovanja**

V sistemu zdravstvenega zavarovanja se med številnimi in nasprotujočimi interesi in cilji odlikavajo trije poglobitni interesi in skupine ljudi imenovani tudi partnerji in sicer:

- zdravstvene zavarovalnice kot združenja ljudi, ki jim za ceno prispevka ali premije zagotavljajo zdravstveno varstvo,
- zdravstveni delavci in sodelavci kot izvajalci, ki skupaj z materialnimi zmogljivostmi (nepremičnine, oprema) tvorijo zdravstveno službo, ki za določeno plačilo ponuja ljudem zdravstvene in nezdravstvene storitve preventivne ali kurativne narave,
- država, ki zaradi uravnoteženosti med različnimi družbenimi področji zastopa splošni interes v nasprotju z ostalima dvema partnerjema, ki zastopata posebne interese, v odnosu do obeh partnerjev pa nastopa v hierarhično nadrejenem položaju (prirejeno po Česnu, 1998).



### Shema 5.13.: PARTNERJI V PROCESU DOGOVARJANJA



Vir : Marjan Česen, Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva (1998)

Ker so za dobro zdravje prebivalstva zainteresirani vsi trije partnerji, si morajo med seboj tudi pravično porazdeliti ekonomsko breme zdravstvenega varstva, postopek dogovarjanja pa poimenujemo tudi partnersko dogovarjanje.

Partnersko dogovarjanje je torej institut, s katerim partnerji usklajujejo zdravstvene potrebe in možnosti na nacionalni ravni ter razdeljujejo sredstva po dejavnostih in po območjih, kar poimenujemo razdelitev na makro ravni ter razdeljujejo razpoložljiva sredstva med posamezne izvajalce v mreži javne zdravstvene službe, kar poimenujemo delitev na mikro ravni (Košir, 1994). V procesu partnerskega dogovarjanja gre za vprašanje alokativne učinkovitosti izvajanja programa

obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma za primerno razporeditev sredstev po posameznih področjih zdravstvene dejavnosti, hkrati pa pomeni usklajevanje interesov tudi uveljavljanje osnovnega načela pravičnosti v smeri zmanjševanja nekaterih razlik v preskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi storitvami in večjih neutemeljenih razlik v preskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi storitvami in večjih neutemeljenih razlik v materialnem položaju posameznih zdravstvenih zavodov.

Vsakoletno partnersko dogovarjanje poteka med predstavniki izvajalcev (zbornice, združenja), Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na njih pa se udeleženci pogajajo in dogovorijo za skupen obseg programa na državni ravni. Rezultat partnerskih pogajanj je pisni Dogovor, ki predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in zdravniki koncesionarji. Bistvo pogajanj je v odgovornem določanju "zgornjih limitov" javnih sredstev za zdravstvo in odgovornem porabljanju sredstev. V Dogovoru so ob upoštevanju globalnih ekonomskih možnosti opredeljeni skupni obseg programov zdravstvenih storitev, prednostna področja, potrebne zmogljivosti in elementi za vrednotenje storitev.

Na podlagi sprejetega Dogovora nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja vsako leto razpiše javni razpis, na katerega se lahko prijavijo vsi izvajalci v javni zdravstveni mreži (zdravstveni domovi, zasebne ambulante, bolnišnice, domovi za starejše občane, posebni in vzgojni zavodi, lekarne in zdravilišča). Nato se sklenejo pogodbe s posameznimi izvajalci. V letu 2002 so bile sklenjene pogodbe s 1.112 zasebniki in 206 javnimi zdravstvenimi zavodi.

V posameznih vrstah zdravstvene dejavnosti so v veljavi različni sistemi obračunavanja in določanja vrednosti programov.

V osnovni zdravstveni dejavnosti je v veljavi kombiniran sistem glavarine in storitev tako, da je polovica prihodka zdravniške ekipe zagotovljeno preko glavarine, polovica pa preko storitev. Ta sistem velja tudi v ginekologiji na primarni ravni. Sistem pavšalnega povračila je v veljavi za program zdravstvene vzgoje in nekatere

preventivne programe, storitve opravljene v času dežurne službe in nujno pomoč v osnovni zdravstveni dejavnosti.

V specialistični ambulantni dejavnosti je uveljavljen storitveni sistem, ki temelji na opredeljenih standardih.

V specialistični bolnišnični dejavnosti je v letu 2004 nadomestil dosedanji sistem plačevanja po številu odpuščenih primerov (bolnikov) sistem skupin primerljivih primerov (SPP), kar pomeni razvrščanje pacientov v skupine primerov, primerljivih po diagnozah in posegih. Gre za nov model razporejanja sredstev, ki ga v slovenskih bolnišnicah po avstralskem modelu uvajajo v okviru projekta razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Sistem SPP naj bi med drugim izboljšal preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev, kar pomeni, da bodo bolnišnice za enako obravnavo dobile enako plačilo. Temeljne prednosti sistema SPP so: ustrežnejše plačilo za zdravstvene storitve, večja konkurenčnost med bolnišnicami in krajše ležalne dobe in krajše čakalne vrste, slabosti sistema SPP pa so: zahtevna in draga izpeljava, več administracije in možnost prikazovanja lažnih diagnoz. Načeloma velja, da SPP omogoča preglednejšo in natančnejšo razvrstitev zdravstvenih obravnav, zagotavlja primerljivost in pravičnost razporejanja denarja med izvajalce, olajša tudi načrtovanje prednostnih obravnav ter nadzor delovanja in stroškov izvajalcev.

V lekarniški dejavnosti je uveljavljen storitveni sistem, medtem ko zdravila izdana na recept in medicinske pripomočke izdane na naročilnico lekarne nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja posebej zaračunavajo po nabavni ceni. Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se krijejo stroški v celoti le tistih zdravil, ki so uvrščena na pozitivno listo.

V zdraviliški zdravstveni dejavnosti se za obračun uporablja nemedicinski oskrbni dan (NOD) in oskrbni dan. NOD obsega storitve prehrane in nastanitve.

V dejavnosti socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje je v veljavi sistem povprečnega oskrbnega dne glede na število planiranih tipov neg I,II in III v kombinaciji s ceno oskrbnega dne za tip nege IV.

Storitve reševalne službe so vrednotene s programom finančnih sredstev za nujne reševalne prevoze ter s ceno kilometra za ne nujne reševalne prevoze, vendar največ do planiranega števila kilometrov. Ne nujni prevozi na dializo in iz nje so vrednoteni s posebno ceno kilometra.

### **5.3.2.2. Prispevki**

Prispevke kot vir financiranja zdravstvenega zavarovanja, plačujejo nosilcu zdravstvenega zavarovanja zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci, od osnov, določenih z zakonom po predpisanih proporcionalnih stopnjah ali v pavšalnih zneskih. Koriščenje pravic zavarovancev obveznega zdravstvenega zavarovanja je pogojeno s plačilom prispevka.

Prispevki obveznega zdravstvenega zavarovanja so prihodki nosilca zdravstvenega zavarovanja, in so v letu 2002 od celotnih prihodkov nosilca zdravstvenega zavarovanja v znesku 340.413 milijonov tolarjev predstavljali 98,5% ali 335.288 milijonov tolarjev; od teh prispevkov je 80,9 % ali 271.262 milijonov tolarjev od neposredno vplačanih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in 19,1% ali 64.026 milijonov tolarjev transfernih prihodkov (vplačila prispevkov za upokojence, brezposelne in druge zavarovane osebe, ki so jih plačali Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, občine, Zavod za zaposlovanje in državni proračun). V primerjavi z letom 2001 so bili vplačani prispevki za leto 2002 za 12,7% višji.

V strukturi prispevkov glede na kategorijo zavarovancev predstavljajo:

- 78,6% oziroma 263.242 milijonov tolarjev prispevki delodajalcev in delojemalcev,
- 16,8 % oziroma 56.253 milijonov tolarjev prispevki Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje za upokojence in
- 4,6 % oziroma 15.493 milijonov tolarjev prispevki kmetov in drugih zavezancev.

## 5.4. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

### 5.4.1. Splošno

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je posebna oblika zavarovanja, pri kateri se zavarovalec obvezuje, da bo po načelih vzajemnosti in solidarnosti združeval v zavarovalni skupnosti ali rizični skupnosti (zavarovalnici) določen znesek, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo, če pride do zavarovalnega primera, zanj plačala določen del cene zdravstvene storitve. Namen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja torej je, da zavarovalec s pogodbo z zavarovalnico prevzame tveganje plačila dela določenih zdravstvenih stroškov v dogovorjenem znesku.

V različnih sistemih zdravstvenega zavarovanja so se izoblikovale različne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in sicer:

- nadomestna zavarovanja,
- dodatna zavarovanja,
- zavarovanja za doplačila,
- alternativna ali vzporedna zavarovanja,
- asistenčna zavarovanja.

**Nadomestno zavarovanje** pomeni zavarovanje oseb oziroma določene populacije, ki je izvzeta iz nacionalne sheme obveznega zavarovanja na primer zaradi preseganja določene višine dohodka. Takšno ureditev poznajo v Nemčiji in na Nizozemskem, kjer osebe, ki letno zaslužijo določen dohodek ( v Nemčiji je leta 1999 znašal limit 68.400 DEM za zahodne dežele in 53.110 DEM za vzhodne dežele) niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in jim nadomestno zavarovanje nadomešča obvezno zavarovanje. Takšno zavarovanje poznajo v manjši meri tudi v Belgiji in Franciji, kjer ti, majhni riziki niso kriti z osnovnim zavarovanjem, na Irskem, kjer ljudje z višjimi dohodki sami nosijo manjše rizike oziroma se proti njim zavarujejo in v Španiji za javne uslužbence. V Nemčiji, na Nizozemskem in v Španiji nadomestna zavarovanja pomenijo prevladujočo obliko prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj.

**Dodatno zavarovanje** pomeni obliko zdravstvenega zavarovanja, pri katerem se zavarovalec zavaruje za določene tiste zdravstvene storitve in dobrine, ki so izključene iz kritja osnovnega zavarovanja. Tipične izključne ugodnosti so zdravljenje kroničnih bolezni v tujini, lepotne operacije, alternativno zdravljenje, zdraviliško zdravljenje, posebno ugodje v bolnišnici, dolgotrajna nega v socialnih zavodih, zdravila in medicinski pripomočki, ki jih ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje (niso na pozitivni listi). To obliko zdravstvenega zavarovanja je pod izrazom »razširjeno zavarovanje« dopuščal tudi jugoslovanski zakon o zdravstvenem zavarovanju iz leta 1962, vendar v praksi ni bila uvedena.

**Zavarovanje za doplačila** pomeni zavarovanje proti doplačilom storitev oziroma dobrin, katere obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. Doplačila oziroma participacije so v državah Evropske unije pomemben finančni vir.

**Alternativno ali vzporedno zavarovanje** pomeni zavarovanje proti omejitvam, ki so v obveznem zavarovanju prisotne na strani ponudbe, to pomeni na strani izvajalcev zdravniških storitev in njihovih zmogljivosti. Omejitve so prisotne npr. s čakalnimi listami za specialistične preglede in z nizkimi standardi kakovosti nastanitve v bolnišnicah. V tem primeru vzporedno zavarovanje krije stroške storitev zasebnih zdravnikov, zasebnih bolnišnic itd. Alternativna zavarovanja so pogosta v Španiji, Veliki Britaniji, Grčiji, Portugalski, Italiji, torej v državah, ki imajo nacionalni sistem zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar ima to zavarovanje tudi neposreden vpliv na prerazdelitev dohodka, saj si vzporedno zavarovanje zagotovijo predvsem tisti z višjimi dohodki, ki s tem plačajo ceno dvakrat: prvič v sistemu nacionalnega zdravstvenega zavarovanja (npr. preko davkov) in drugič skozi premijo, ki jo plačajo za vzporedno zavarovanje.

**Asistenčna zdravstvena zavarovanja** krijejo stroške ali del stroškov pomoči pri organizaciji ali izvedbi zdravstvenih ter z njimi povezanih storitev doma in v tujini.

V zvezi z naštetimi oblikami prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je potrebno poudariti, da je prvi pogoj za njihovo uvedbo obstoj zasebne ponudbe zdravstvenih storitev.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa se v vseh svojih oblikah nenehno sooča s problemom konkurenčnosti zaradi ugodne starostne strukture zavarovancev, ki je poznan pod pojmom »pobiranje smetane«. Problem se pojavi zato, ker starejši zavarovanci pomenijo tudi preko štiri krat večji strošek kot mladi zavarovanci, kar bi pomenilo zaračunati štiri krat višjo premijo starejšim zavarovancem. V praksi »pobiranje smetane« pomeni pridobivanje mlajših zavarovalcev s pomočjo nizkih premij in odbijanje starejših in bolj rizičnih z visokimi premijami. Dolgoročno to pomeni začarani krog, saj se tudi mlajši starajo in postajajo dražji. Zavarovalnica lahko tako svoj porfelj zaščiti le tako, da močno dvigne premije starejšim.

#### **5.4.2. Dodatno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji**

Dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je po svoji naravi prostovoljno, je bilo v slovenskem zdravstvenem sistemu uvedeno z letom 1993. Specifika slovenskega dodatnega zdravstvenega zavarovanja je, da dopolnjuje obvezno zdravstveno zavarovanje tako, da zavarovancem zagotavlja kritje razlike med celotno vrednostjo zdravstvenih storitev in deležem te vrednosti, ki je pravica v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Dodatno zdravstveno zavarovanje obsega zavarovanje za stroške doplačil:

- zdravstvenih storitev na področju vseh zdravstvenih dejavnosti, vključno s storitvami nastanitve in prehrane v bolnišnici ali zdravilišču,
- vseh zdravil s pozitivne in vmesne liste, predpisanih na recept,
- ne nujnih reševalnih prevozov,
- zdravstvenih pripomočkov,
- ortopedskih, ortotičnih, slušnih, očesnih, ortodontskih in drugih tehničnih pripomočkov ter zobnoprostetičnih nadomestkov.

Dodatno zdravstveno zavarovanje sta donedavna nudili le dve zavarovalnici: Adriatic, pri katerem je zavarovanih okoli 260.000 zavarovalcev in Vzajemna, pri kateri je zavarovanih preko 1,2 milijona zavarovalcev.

Za ponazoritev sklepanja dodatnega zdravstvenega zavarovanja v nadaljevanju navajam prakso Vzajemne, vodilne nosilke dodatnega zdravstvenega zavarovanja v slovenskem prostoru. Pri Vzajemni, ki uresničuje medgeneracijski dogovor o izravnavanju različnih stopenj tveganja v različnih dobah staranja, je višina premije določena na osnovi vstopne starosti zavarovanca. Vstopna starost je starost zavarovanca, ki jo ta dopolni v letu pričetka zavarovanja. Mesečna premija za dodatno zavarovanje se odvisno od vstopne starosti giblje med 3.545,00 SIT in 5.151,00 SIT.

**Tabela 5.10.: Cenik premij\* za dodatno zdravstveno zavarovanje zavarovalnice Vzajemna**

Vstopna starost (v letih)	Mesečna premija (v SIT)	Letna premija ( v SIT)
16 – 25	3.545,00	42.115,00
26 – 30	4.077,00	48.435,00
31 – 35	4.430,00	52.630,00
36 –40	4.785,00	56.846,00
41 – 50	4.962,00	58.950,00
nad 50	5.151,00	61.195,00

\* Premije veljajo od 1.9.2002

Vir: Cenik Vzajemne, d.v.z.

Premijo lahko zavarovalec plačuje mesečno ali letno. Premija se plačuje vnaprej, in sicer prvega v mesecu za tekoči mesec.

Zavarovalnica Vzajemna je imela ob koncu 2002.leta 923.076 članov (zavarovalcev), s katerimi je imela sklenjenih 991.541 pogodb za dodatno zdravstveno zavarovanje, na podlagi teh pogodb pa je dodatno zdravstveno zavarovanje koristilo 1.126.196 zavarovalcev.



## 5.5. Samoplačništvo

### 5.5.1. Splošno

Samoplačništvo uvrščamo med poslovanje javnih zdravstvenih zavodov z zasebnimi sredstvi. razlikujemo pa med samoplačništvom v širšem pojmu besede in v ožjem pojmu besede.

V širšem smislu se med zasebna sredstva samoplačništva uvrščajo dohodki, doseženi:

- s poslovanjem na račun prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj,
- na področju medicine dela, prometa in športa od delodajalcev za preventivne zdravstvene storitve zaposlenih,
- v samoplačniških ordinacijah,
- od pokroviteljev (sponzorjev) in darovalcev (donatorjev),
- s trženjem nezdravstvenih presežnih zmogljivosti (npr. priprava hrane ali pranje perila za zunanje naročnike),
- od najemnin,
- od morebitnih pridobitnih dejavnosti, ki naj bi jih opravljal javni zavod v primeru krčenja programa javnih zdravstvenih programov zlasti zaradi ohranitve delovnih mest.

V ožjem smislu pomena besede je samoplačništvo povezano z izvajanjem zdravstvenih storitev v samoplačniških ordinacijah, v katerih javni zdravstveni zavodi organizirajo dejavnost za tiste zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerih dostopnost je povezana z dolgimi čakalnimi dobami. Tako bolniki, ki ne želijo dolgo čakati na zdravstvene storitve, lahko proti plačilu, koristijo te storitve mnogo prej.

Pogoji, pod katerimi lahko delujejo samoplačniške ordinacije, so:

- mesečno izpolnjevanje programa iz javne zdravstvene službe za ambulantno specialistično dejavnost, kjer želi javni zavod vzpostaviti samoplačniško ordinacijo,

- da dejavnost, ki želi iti v samoplačništvo, ne prekoračuje dogovorjenih čakalnih dob, ki so določene za program javne zdravstvene službe,
- da se samoplačniške storitve opravljajo samo izven pogodbeno določenega delovnega časa za posamezno dejavnost v javni mreži,
- javni zavod mora imeti sistem, ki v vsakem trenutku preverljivo onemogoča zlorabe veljavnih čakalnih knjig.

### **5.5.2. Samoplačništvo z vidika pacienta**

Osnovni namen samoplačniških ambulant je omogočiti lažji dostop do zdravstvenih storitev, predvsem tam, kjer so čakalne dobe nesprejemljivo dolge. Pacient mora te storitve v celoti plačati sam, razen če nima sklenjenega dodatnega zavarovanja, ki je namenjen kritju prav tovrstnih (samoplačniških) zdravstvenih storitev.

V raziskavi »Samoplačniške ambulate v zdravstvenih domovih« Mednarodnega inštituta za potrošniške raziskave je bilo ugotovljeno, da so čakalne dobe prisotne bolj ali manj prav v vseh rednih ambulantah, razen pri nujnih primerih, ki so nujni in neodložljivi in v katerih zdravstvenih storitev ni mogoče odložiti na kasnejši čas.

Navedena raziskava je razkrila, da je največ samoplačniških ambulant na področju ginekologije, sledijo zobozdravstvene samoplačniške ordinacije, nato pa okulistične samoplačniške ambulate, kar nakazuje na sklepanje, da je na teh področjih tudi dostopnost zdravstvenega varstva najmanjša, čakalne dobe pa najdaljše.

Z vidika pacienta je v samoplačniških ambulantah zlasti pomembno, da je vnaprej seznanjen s pravili njenega delovanja in plačevanja storitev. Zato morajo biti v vseh samoplačniških ambulantah javno objavljeni ceniki vseh storitev, ki jih takšne ambulate lahko opravijo. Na podlagi teh cenikov pa morajo biti pacientom izstavljeni tudi ustrezni računi, iz katerih je natančno razvidna cena vseh opravljenih storitev. Vnaprej pa je potrebno tudi vsakega pacienta samoplačniške ambulate opozoriti ali bodo storitve specialista, opravljene na podlagi napotnice, izdane v samoplačniški ordinaciji, zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali pa jih bo moral plačati sam. S tem pa je povezano vprašanje dostopnosti storitev zdravstvenega varstva, saj se preko samoplačniških ambulant lahko preskoči oziroma izogne dolgim čakalnim dobam pri specialistih, s tem pa se te dobe za vse druge zavarovance le še podaljšujejo.

Posebej je potrebno opozoriti na razlikovanje v pritožnih postopkih zoper opravljene zdravstvene storitve v samoplačniških ambulantah in v ambulantah javne zdravstvene mreže, saj pacient za samoplačniške zdravstvene storitve nima pravic, ki jih v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja daje zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju; zdravstvene storitve, opravljene v samoplačniški ambulanti namreč niso storitve, ki se plačujejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato tudi za te storitve ni mogoče zahtevati presoje mnenja pooblaščenega zdravnika ali zdravniških komisij, kar je predvideno za vse pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Pacient, ki ni zadovoljen s storitvami oziroma zdravljenjem v samoplačniški ambulanti, ima pravico do ugovora na pristojni organ zavoda, kjer so bile storitve opravljene, prav tako pa lahko poda pobudo Zdravniški zbornici Slovenije za strokovni nadzor ali Ministrstvu za zdravje za upravni nadzor nad delovanjem zavoda oziroma njegove organizacijske enote.

## **5.6. Financiranje zdravstvene dejavnosti iz proračunov države ali lokalne skupnosti**

Sredstva, ki se namenjajo za financiranje zdravstvene dejavnosti iz proračunov države in lokalne skupnosti so javna sredstva, imenujemo pa jih proračunska sredstva.

Več kot polovica vseh proračunskih sredstev **države** se namenja za investicijska vlaganja v bolnišnice, z ostalimi sredstvi pa se financira delovanje upravnih organov na področju zdravstva in naslednje razvojne programe: urejanje in nadzor sistema zdravstva, bolnišnično zdravstvo, nadomestila, povračila in odškodnine, preventivne programe zdravstvenega varstva in druge programe na področju zdravstva, med katere štejemo transplantacijsko dejavnost, zbiranje krvi, nujno zdravstveno varstvo, zdravstvo na demografsko ogroženih območjih in financiranje sekundarijev in pripravnikov. Sredstva države, vključujoč sredstva, ki so se financirala preko Republiške uprave za zdravstveno varstvo (predhodnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije), so v letu 1992 znašala 5,17 milijard tolarjev, nato pa so se po

ustanovitvi autonomne zavarovalnice za zdravstveno zavarovanje znatno zmanjšala. Proračunska sredstva države za zdravstveno varstvo so v obdobju 1995 – 2000 rasla počasneje, kot so rasla proračunska sredstva države, sicer ostajajo realno enaka, medtem ko so sredstva celotnega proračuna v tem obdobju porasla za 26%, njihova povprečna letna rast pa je znašala 5%. Posledica tega so bile nedokončane investicije v zdravstvu. Šele po letu 2000 so proračunska sredstva za zdravstvo močno narasla (v dveh letih za 76%), kar je omogočilo pospešeno nadaljevanje in zaključevanje investicij v zdravstveno infrastrukturo ter nabavo medicinske opreme, v letu 2002 pa proračunska sredstva države za zdravstvo že predstavljajo 2,5% državnega proračuna.

Sredstva iz proračunov lokalnih skupnosti so sredstva iz proračunov občin, namenjena pa so za zdravstvene programe in storitve, ki so za lokalna področja posebej pomembna in odražajo neposreden interes in potrebe uporabnikov na področju zdravstvenega varstva. V obdobju 1997 – 1999 so se omenjena sredstva realno povečala za skoraj 30%, po letu 2000 pa so proračunska sredstva občin za zdravstvo realno upadla. Deloma k temu prispeva tudi pomanjkanje ustreznih analiz o zdravstvenih in socialnih potrebah prebivalcev posameznih občin, ki bi vzpodbujale občine k okrepitvi svoje vloge na področju zdravstva. Delež proračunskih sredstev občin za zdravstvo se giblje okoli 0,7% bruto domačega proizvoda.

## 6. ZDRAVSTVENI SISTEMI V NEKATERIH DRUGIH DRŽAVAH

### 6.1. Splošno

V razvoju sistemov zdravstvenega zavarovanja so se v odvisnosti od družbenega, ekonomskega in tehnološkega razvoja posameznih držav izoblikovali štiri tipični modeli zdravstvenega zavarovanja in sicer:

**Bismarckov model**, imenovan tudi korporativistični model ali model kontinentalne Evrope, za katerega je značilno pretežno financiranje iz prispevkov in velik obseg pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Državni intervencionizem je skromen, majhen je tudi obseg sredstev zasebnega zdravstvenega zavarovanja;

**Skandinavski model**, imenovan tudi socialdemokratski model, zaznamuje predvsem visok državni intervencionalizem in s tem odvisno financiranje zdravstvenega zavarovanja z davki, obseg pravic pa je zelo velik. Financiranje s prispevki je skromno. Sistem je univerzalen, kar se odraža v tem, da pravice iz zdravstvenega zavarovanja izvirajo že iz naslova državljanstva;

**Beveridgov model**, imenovan tudi liberalni model, za katerega je značilna relativno visoka stopnja državnega intervencionalizma v povezavi z izključnim financiranjem z davki, celoten sistem pa obsega skromen obseg pravic. Tako zasnovan zdravstveni sistem, predvsem zaradi skromnega obsega pravic, je univerzalen. Ta model prevladuje v Angliji, posamezni elementi tega modela pa so tudi v zdravstvenih sistemih Nizozemske, Belgije in mediteranskih državah;

**Semaškov model**, imenovan tudi centralizirani model, zaznamuje izključno državni intervencionalizem s popolnim nadzorom države in s planskim gospodarstvom ter v celoti javno zdravstveno varstvo. Uveljavljen je bil v državah Vzhodne Evrope v času komunistične družbene ureditve.

Razlikovanje zdravstvenih sistemov na podlagi modelov oziroma t.i.modelsko razlikovanje zdravstvenih sistemov dobro prikaže njihove bistvene značilnosti, zanemarija pa mnoge medsebojne razlike. Zlasti je težko s temi modeli opisati skupne tendence k privatizaciji, racionalizaciji in k strožji kontroli stroškov, ki se poslednjih deset let dogajajo znotraj različnih držav. Zato je navedene modele najprimernejše analizirati v kontekstu posebnih situacij v posameznih državah. Upoštevajoč ta pristop je mogoče (povzeto po Zrinščak, 1999) različne modele zdravstvenega zavarovanja po virih financiranja razvrsti v posamezne sheme in sicer:

- vseobsegajoča davčno financirana shema - Velika Britanija, Švedska;
- davčno financirana shema, ki vključuje elemente posebno določenih davkov, najpogostejše imenovanih z imenom zdravstvenega zavarovanja - Kanada, Avstralija;
- vseobsežna shema zavarovanja - Francija;
- delne sheme, ki vključujejo javno in zasebno zavarovanje ter elemente davčnega financiranja - Nemčija, Nizozemska;
- rezidualni sistem z delnim davčnim financiranjem in državno kontroliranim zavarovanjem znotraj pretežno zasebno financiranega sistema - ZDA.

## **6.2. Primerjalno pravni pregled**

### **6.2.1. Nemčija**

Nemčija je država izvornega bismarckovega sistema socialnega zavarovanja, kateri je po II. svetovni vojni posodobljen v smeri vzpostavitve sistema socialno-tržne ekonomije (povzeto po Zrinščak, 1999). Osnovno načelo, na katerem ta sistem temelji je načelo subsidiarnosti, ki je bilo zlasti poudarjeno z negativnimi izkušnjami nacizma kot tudi izkušnjami svetovnega komunizma. Ginsburg načelo solidarnosti utemeljuje s spoznanji, da socialno-tržna ekonomija predpostavlja vodilno vlogo trga, to je zasebne ekonomske in socialne iniciative znotraj civilne družbe, s subsidiarno vlogo države. V pogledu ekonomske politike to pomeni kompromis med kejsijanzmom in neoliberalizmom in neoklasicizmom. Zato je tudi zdravstveni sistem relativno avtonomen, neodvisen od države, vendar je s politiko polne

zaposlenosti več kot 90% aktivnega prebivalstva v 70-tih in 80-tih letih prejšnjega stoletja pretežno pokrito s socialnim zavarovanjem za storitve koriščenja zdravstvene nege in za nadomestilo boleznin. V tem obdobju je okoli 80% stroškov za zdravstvo financiranih iz javnih sredstev. Na temelju teh podatkov se lahko zaključi, da je javno-zasebni mix na področju zdravstva Nemčije izrazitejši kot na Švedskem ali v Veliki Britaniji. Zasebni izdatki za zdravstvo vključujejo soplačilo v javnem sektorju, zasebno zdravstveno zavarovanje ter filantropsko, cerkveno ali korporativno financiranje. Bolnišnice so večinoma pod upravo lokalnih ali regionalnih oblasti, med bolnišnicami pa prevladujejo cerkvene ali druge neprofitne bolnišnice.

Že v 70-tih letih prejšnjega stoletja, ob prvih znakih dolgotrajne fiskalne krize, želijo državne oblasti na različne načine rešiti finančne probleme zdravstvenega sistema, čeprav so bile zaradi narave autonomnega sistema ta prizadevanja proceduralno zelo zapletena. Kljub temu neposredno plačilo pacientov se je v obdobju 1979. do 1984. leta podvojilo, opažen pa je bil tudi pritisk na lokalne in regionalne oblasti, da privatizirajo dele bolnišničnih storitev in da v bolnišnicah uvedejo elemente tržne racionalnosti. Ker se bolnišnice plačujejo po oskrbnem dnevu, so pacienti zadržani dalj dni v bolnišnici, posledično temu pa je Nemčija imela med razvitimi evropskimi državami najdaljšo povprečno trajanje bolnišnične nege izračunano v dneh.

Trend racionalizacije zdravstvenega sektorja se je nadaljeval tudi v 90-tih letih prejšnjega stoletja na podlagi posebnega zakona o reformi zdravstva iz leta 1993. Prva faza uporabe zakona je potekala od 1993. do 1995. leta ter je uvedla t.i. proračunski sistem za bolnišnice, farmacevtske proizvode in medicinske pripomočke, s čimer so vzpostavili mejo nadaljnjemu nekontroliranemu naraščanju zdravstvenih stroškov. Druga faza uporabe zakona je nastopila leta 1996 in v njej se želi zmanjšati število bolnišničnih zmogljivosti (postelj) za 15%. Zvezne dežele, ki želijo obdržati obstoječe število zmogljivosti, to lahko storijo, vendar samo na račun svojih sredstev. Bolnišnice se morajo ravnati po povprečni višini stroškov, ki jo določijo zdravstveni skladi. Poleg tega pa se želi tudi omejiti možnost svobodnega dogovarjanja zdravstvene nege z zdravniki na tistih področjih, na katerih je že dovolj, je pa tudi tu od regionalnih oblasti odvisno ali bodo plačale višji zdravstveni standard. Vse te spremembe bi morale, po določenem času, vplivati na višino zdravstvenega

prispevka, ki bi moral na sedanjem nivoju pokrivati tudi povečane zdravstvene stroške v prihodnosti.

Nemška zdravstvena reforma iz leta 1993 ni bila dovolj uspešna, zlasti glede zmanjšanja zdravstvenih stroškov, zato sedanja vlada pripravlja novo reformo, ki so jo pričeli izvajati v letu 2004.

### **6.2.2. Nizozemska**

Nizozemski sistem zdravstvenega zavarovanja je zelo podoben nemškemu, je pa posebej zanimiv zato, ker je razmerje med javnim in zasebnim v zdravstvenem zavarovanju organizirano tako, da čim bolj zmanjšuje neenakost v zdravstvu, to je neenakost v dostopu k zdravstvenim storitvam. Osnovni vzrok za tovrstno ureditev je potrebno iskati v kulturnih lastnostih Nizozemcev, kjer je bilo trdno zaupanje v zasebno iniciativo vedno nadgrajeno z idejami vzajemnosti in solidarnosti. Druga bistvena značilnost družbenega značaja je t.i. pilarizacijska organiziranost družbe, t.j. dejstvo, da je celotna družba organizirana v treh stebrih (verzuiling): protestantskem, katoliškem in sekularnem. Pomembnost in konkretne možnosti teh treh stebrov so sicer danes bistveno redifinirane, vendar je neizpodbitno, da je celotno sodobno nizozemsko zgodovino nemogoče razumeti brez vpogleda v tak način družbene organiziranosti.

Prvi steber zdravstvenega varstva sestavljajo zdravniki splošne prakse ter zaposleni t.i. združenja hišne nege (nege na domu), ki so organizirana pilarsko (protestantska, katoliška in sekularna); članom nudijo storitve prve pomoči, nege na domu, zdravstvene nege za porodnice in otroke, informacije o boleznih, invalidnosti, starosti itd.

Drugi steber obsega sekundarno zdravstveno varstvo. Bolnišnice so večinoma neprofitne, pretežno protestantske in katoliške (60%), oziroma sekularne. To pomeni, da je mogoče, posebno v urbanih centrih, v bližini najti bolnišnice vseh treh vrst s podobnim razponom zdravstvenih storitev.



Tretji steber vključuje storitve dolgotrajne ali trajne zdravstvene nege, institucionalnega ali izven institucionalnega tipa.

Na podlagi zakona o zdravstvenem zavarovanju iz 1966. leta je okoli 60% prebivalcev, katerih prihodki ne presegajo nacionalno določeno mejo, obvezno zdravstveno zavarovanih tako, da plača prispevke enemu izmed 40 neprofitnih zdravstvenih skladov. V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključeni:

- krajša zdravstvena nega (do največ enega leta),
- nujna medicinska pomoč,
- vse storitve zdravnika splošne prakse,
- farmacevtski proizvodi - zdravila,
- del stomatoloških storitev.

Za ostalo prebivalstvo je zdravstveno zavarovanje urejeno na prostovoljnem načelu in to preko enega od 70 zasebnih zdravstvenih zavarovalnih društev, profitnih ali neprofitnih. Pomembno je, da se vse osebe, ki sklepajo to vrsto zdravstvenega zavarovanja in so starejše od 65 let ali se razvrščajo med osebe s povečanim rizikom, del stroškov krije iz ostalega dela zasebnega zavarovanja. To pravilo je bilo uveljavljeno z vladno intervencijo leta 1989, da se je preprečilo neenakomerno povečevanje premij zavarovanja ter da se zdravstvene storitve tudi za te kategorije oseb ohranjajo na primernem nivoju.

Poleg teh dveh osnovnih vrst zdravstvenega zavarovanja obstajajo še 4 različni načini financiranja za posamezne kategorije zaposlenih (npr. vladni uslužbenci), oziroma za posamezne vrste zdravstvenih storitev.

Ob koncu prejšnjega stoletja se je nizozemski zdravstveni sistem nekoliko spremenil. Osnovno vodilo teh zdravstvenih sprememb je, da mora zdravstveno varstvo ostati "socialno pravo", vendar pa se morajo tako bolniki kot zdravniki in ostali zdravstveni delavci bolj zavedati stroškov zdravstvenih storitev. Zato se uvaja sistem večje kompeticije med zavarovalniškimi društvi in med zdravstvenim osebjem in zdravstvenimi ustanovami. Hkrati pa se, na podlagi načrta reforme, želi doseči, da povečani poudarek na zasebnih zdravstvenih skladih ne bo pripeljal do kakršnih koli razlik v nudenju zdravstvenih storitev zavarovancem različnih zdravstvenih skladov.

### 6.2.3. Italija

Kot predstavnica južnoevropskega tipa socialne države, Italija na zelo specifičen način povezuje razvoj zdravstvenega varstva z družbenim kontekstom. "Opis italijanske kulture je pripeljal do bogatega vokabulara. Individualizem, familijarnost, partikularizem, lokalizem, klientalizem in fatalizem so samo nekateri izrazi. K temu je potrebno dodati še pomanjkanje zaupanja v druge, pomanjkanje občutka za državo in kolektivne interese ter pomanjkanje "javne etike" (Spence, 1996). Kljub temu je evidentno pristajanje Italijanov na idejo redistributivne pravice, to je v prepričanje, da mora socialni sistem delovati redistributivno. Na socialnem področju je očiten vpliv katoliške kulture, katera obstoj siromaštva razume bolj kot produkt sistema kot pa rezultat individualnega neuspeha. Zgodovinski vpliv katoliške cerkve je oslabil vpliv države na socialnem področju, to pa je verjetno tudi osnovni razlog relativno slabega razvoja prostovoljnega sektorja v primeru z ostalimi razvitimi evropskimi državami.

Partikularizem in klientilizem oziroma dominacija političnih strank in njihovih interesov v vseh domenah družbenega življenja, so posebno očitne v razvoju socialne države na splošno, zlasti na področju razvoja zdravstvenega sistema. Po drugi svetovni vojni je bil v Italiji zelo popularen Beveridgeov načrt socialne reforme, t.i. d'Aragonova komisija, ustanovljena leta 1947, je inicirala razvoj svojega zdravstvenega sistema temelječega na načelih pravičnosti in učinkovitosti. Kljub temu je italijanski zdravstveni sistem ostal nespremenjen več kot dve desetletji, kar pomeni, da je ostal dominantno zaseben, t.j. zasnovan na pogodbah med velikim številom zdravstvenih zavarovalniških skladov in zasebnih zdravnikov, bolnišnic in lekarnarjev. Število zavarovanih oseb je počasi naraščalo tako da je sredi 60.-tih let prejšnjega stoletja doseglo okoli 90% zavarovanega prebivalstva.

Do sprememb v italijanskem zdravstvenem sistemu je prišlo 1978. leta s kreacijo nacionalne zdravstvene službe, s katero se je zdravstvena nega zagotavljala znotraj aranžirane primarne in sekundarne skrbi, a administrativno-finančno poslovanje je prerazporejeno med lokalno, regionalno in državno oblastjo. Primarna zdravstvena

oskrba se nudi s pomočjo zasebnih zdravnikov splošne prakse, kateri imajo pogodbe z lokalnimi zdravstvenimi oblastmi, plačani pa so na podlagi števila pacientov, za katere skrbijo. Zakon iz leta 1978 je iniciiral večjo vlogo dobrovoljnih organizacij, tako da one danes delujejo na mnogih področjih zdravstvene nege (starejša populacija, mentalno bolniki, odvisniki od drog itd.), čeprav jih je proporcionalno manj kot v drugih razvitih evropskih državah. Sekundarna nega v bolnišnicah absorbira okoli 60% vseh stroškov za zdravstvo, na tem nivoju pa prihaja do izraza specifično razmerje med javnim in zasebnim. Glede na status se bolnišnice lahko razvrstijo v tri skupine:

- bolnišnice, katere neposredno upravljajo lokalne oblasti in so del javnega sektorja,
- bolnišnice znotraj javnega sektorja,
- bolnišnice, katere na pogodbenih razmerjih nudijo določene storitve.

Zasebni sektor zajema okoli 35% bolnišnic, zavarovanih pa je le okoli 15% postelj.

Finančni problemi zdravstvenega sistema prihajajo do izraza koncem 80-tih let prejšnjega stoletja in to tako zaradi razlogov znanih tudi v drugih državah kot tudi zaradi specifičnih italijanskih razlogov. Tu gre ne samo za decentralizirano administrativno strukturo, pač pa tudi za finančno neodgovornost lokalnih oblasti, ki so dobivale denar z nacionalnega nivoja, niso pa odgovarjale za prekomerno porabo. Reforma, ki jo je predlagala vlada 1993. leta je želela preprečiti ravno tovrstne pojave finančne neodgovornosti. Nacionalna zdravstvena služba še naprej ohranja značilnosti univerzalnega sistema, financiranega s prispevki in davki, večina bolnišnic in centrov primarne nege ostaja znotraj javnega sektorja. Vseeno je zelo zmanjšano število lokalnih zdravstvenih enot, profesionalni menedžerji pa so zamenjali imenovane odbore. Regionalni skladi so dolžni nadomestiti vsak prekomerni izdatek, nezavarovan na nacionalni ravni, novi finančni predpisi pa bolnišnice silijo k racionalnemu in kompetitivnemu poslovanju. Z reformo se prav tako želi zmanjšati nekatere negativne posledice v razmerjih javno - zasebno, tako da zdravniki ne morejo več kombinirati dela znotraj javnega sektorja s svojo zasebno prakso, čeprav zelo zapletena kombinacija javnega financiranja in zasebnih zdravstvenih storitev še naprej ostaja bistvena značilnost italijanskega zdravstvenega sistema.

#### 6.2.4. Švedska

Tudi švedski zdravstveni sistem je čvrsto vpet znotraj bistvenih značilnosti švedske socialne države tako da je potrebno sodobno zgodovino zdravstvenega sistema proučevati v okviru socialdemokratske dominacije, ki se je pričela 1932.leta. Najočitnejši rezultat te dominacije izhaja iz podatka, da je podedovani zasebni zdravstveni sistem postal dominantno javen ter da je javni sektor na Švedskem 1984.leta obsegal 91,4% vseh zdravstvenih stroškov in da je le 5% zdravnikov delovalo izven javnega sistema.

Administrativna in finančna moč je locirana znotraj 26 regionalnih svetov (county council), kateri upravljajo s primarnim in sekundarnim zdravstvenim varstvom. Regionalne oblasti so odgovorne za zbiranje davkov (13,5% osebnih prihodkov), s katerimi se financira okoli 60% vseh stroškov zdravstvene nege. Nacionalna oblast zagotavlja približno naslednjih 15% sredstev potrebnih za zdravstveno varstvo, s katerimi želi zmanjšati regionalne razlike na ravni zdravstvenega varstva. Struktura ostalih delov finančnih sredstev je razporejena med državo (12% za izobraževanje zdravstvenih delavcev, raziskovanja v zdravstvu in psihiatrične nege), zdravstvenega zavarovanja (8%) in participacije pacientov (4%).

Specifičnost socialdemokratskega tipa države se odraža v relativno visoki ravni socialnih transferjev, ta značilnost pa prihaja do izraza tudi na področju zdravstvene nege. Nadomestila za bolezni znašajo 90% plače, izplačuje pa jih država po tem ko delodajalec pokrije prvih 14 dni boleznine. Za nezaposleno osebo je določen minimalni znesek povračila. Družinska nadomestila zavarujejo do 90 dni odsotnosti z dela po otroku v letu dni ter prav tako znašajo 90% dotedanjih prihodkov. Od 1993.leta znaša porodniški dopust 3 leta, nadomestilo pa znaša 80% plače.

Švedska je imela do tedaj največjo socialno in ekonomsko krizo v letih 1991 in 1992, ki je vlado prisilila k reformam. 1992.leta je Ministrstvo zdravstva in socialne varnosti objavilo dokument z naslovom "Health and Medical Care in Sweden", v katerem izpostavlja vrsto problemov švedskega zdravstvenega sistema in sicer:

- pacienti imajo malo možnosti izbire bolnišnice in zdravstvenih centrov,
- v bolnišnicah so dolge liste čakanja za določene kirurške intervencije,

- v zdravstvenem sistemu je nizka produktivnost,
- starejši pacienti se v bolnicah zadržujejo dalj časa kot je potrebno zaradi pomanjkanja domov za starejše in osebja za pomoč na domu,
- kljub visokim stroškom zdravstvene nege obstajajo področja, v katerih so potrebna izboljšanja, npr. v psihiatriji ali skrbi za starejše,
- kljub ekspanziji v primarnem zdravstvenem varstvu, švedska zdravstvena nega ostaja še naprej dominantno bolnišnična.

Na temelju tega dokumenta je vlada sprejela nekaj bistvenih sprememb v zdravstvenem sistemu. Ena teh sprememb se nanaša na boljši raspored zdravnikov splošne prakse, ki skrbijo za okoli 2000 pacientov, a pacienti jih lahko svobodno izberejo. Tisti pacienti, ki mimo zdravnikov splošne prakse direktno koristijo bolnišnične usluge, so dolžni plačati mnogo višje participacije.

Druga velika skupina sprememb se nanaša na poskuse racionalizacije z uvajanjem menedžerjev in konzultantov v bolnišnicah, v katerih ni več politično imenovanim organov odločanja. Regije, kot lastniki bolnišnic, financirajo bolnišnice na osnovi števila obravnavanih pacientov, prav tako pa sprejemajo bistvene investicijske odločitve.

Poleg tega pa se podpira praksa dnevnih kirurških posegov. Ker pa pacienti dobivajo večjo svobodo izbire, se pričakuje, da bodo bolnišnice občutljivejše do zahtev pacientov (povzeto po Zrinščak, 1999).

### **6.2.5. Velika Britanija**

Bistveni elementi Beveridgovih reform sprejetih po drugi svetovni vojni so v celoti izraženi v organizaciji National Health Services (NHS), katero je potrebno opazovati tudi v kontekstu specifičnega britanskega kolektivizma, ki se v mnogočem razlikuje od švedskega univerzalističnega sistema, izhaja pa iz negativnih izkušenj liberalistične ekonomske politike pred drugo svetovno vojno in iz konstantne privrženosti idejam liberalizma in individualizma. Distinktivno noto tem vrednostim

tudi po drugi svetovni vojni daje britanska politična atlantska orientacija, izražena v posebnih partnerskih odnosih z ZDA. Zato je britanska socialno varnostna shema vzpostavljena na nizki ravni, a največja vloga države se odvija prav na področju zdravstva in izobraževanja, NHS pa je najpopularnejši del socialnega varstva.

Osnovne značilnosti NHS do 1980.leta govorijo o visoki stopnji centralizacije, geografski disperzivni administrativni strukturi, tripartitni organizaciji, korporativističnem stilu odločanja, pomanjkanju jasne menedžerske strukture in slabi sestavi demokratske kontrole. Centralizirani sistem je zagotavljal jasno finančno politiko in kontrolo, pa je to morda eden izmed razlogov relativno manjših zdravstvenih stroškov Velike Britanije v primerjavi z drugimi državami. Pristajanje na centralizacijo sistema je pomenilo eno od najbistvenejših koncesij medicinske stroke v procesu definiranja nacionalne zdravstvene službe, a je v zameno temu, medicinska stroka ohranila klinično autonomijo in visoko stopnjo profesionalnih pravic.

Vrsta manjših reformskih ukrepov sprejetih v 80-tih letih prejšnjega stoletja je zaokrožen z reformskim zdravstvenim paketom v letu 1991. Bistvena novost je bila vzpostavitev internega, kvazi trga znotraj zdravstvenega sistema. Interni trg pomeni odmik od sistema centralne kontrole in formalnega plana, t.j. stimuliranja tržnih vlog "ponudnikov" in "kupcev" zdravstvenega varstva. Bolnišnice in zdravniki so pričeli prikazovati ceno svojih storitev, pacienti pa so lahko pričeli izbirati nižje cene in boljše usluge. Istočasno je NHS določene dele zdravstvenih aktivnosti s pogodbami prepuščala zasebnim organizacijam. Stroški zdravnika splošne prakse so bili pod strogim nadzorom, zdravstvene ustanove pa so dobile menedžerje, ki so postali odgovorni za finančno poslovanje. Vse spremembe so bile zaznamovane tudi z novimi izrazi in sicer: "bolnišnice" so postale "gospodarske enote", "vodje enot" "direktorji", a zaposleni so ugotovili, da so "področni uslužbenci".

Pričela se je tudi privatizacija znotraj nacionalne zdravstvene službe. Med letoma 1979 in 1986 se je podvojilo število zasebnih postelj in oseb zavarovanih v zasebnih zavarovalnicah. Leta 1976 je bilo v zasebnem sektorju 3.500 postelj, leta 1986 pa 10.000. Raziskave v letu 1992 so pokazale, da je rast stroškov znotraj zasebnega sektorja trikrat hitrejša od rasti stroškov v NHS.

Spremembe v britanskem zdravstvenem sistemu je mogoče ocenjevati z različnih gledišč, nesporno pa je, da se kljub vsem spremembam deklarativna, a deloma tudi stvarna podpora ideji javnega zdravstvenega sistema, ohranja (prirejeno po Zrinščak, 1999).

#### **6.2.6. Združene države Amerike**

Ekonomski in politični pa tudi socialni in zdravstveni sistem Združenih držav Amerike (v nadaljevanju: ZDA) se v osnovnih značilnostih razlikuje od vseh opisanih evropskih držav. Ideologija liberalizma in voluntarizma ter eksplicitna nepovezanost ekonomske in socialne politike so osnovni vzrok teh razlik. Od tod tudi izvirajo specifičnosti ameriškega zdravstvenega sistema, ki ima najvišje stroške na svetu, a, v primerjavi z drugimi razvitimi državami sveta, z najnižjo stopnjo javnega vlaganja, največje razlike v možnostih dostopnosti zdravstvenega varstva, ob dejstvu neuspešnega poskusa uvajanja osnovnega nacionalnega javnega zavarovanja.

Nepredvidljivost bolezni in zneski medicinskih stroškov predstavljajo za večino Američanov resen problem. Večina stroškov zdravstvenih storitev se poračunava preko zasebnega zavarovanja, v največjem številu primerov zavarovanje poračunava samo del stroškov zdravstvenih storitev. Primer: delavci, ki so zavarovani s plačilom prispevkov preko delodajalca v 37,5% primerov nimajo zavarovano podaljšano nego (primer pri kroničnih boleznih), v 49,5% primerov nimajo zavarovane osnovnega stomatološkega varstva.

V letih 1966 in 1967 sta bila ustanovljena dva znana zdravstvena programa: Medicare in Medicaid. Medicare zagotavlja zdravstveno zavarovanje starejšim od 65 let, ki so pripravljene plačati subvencionirane premije zavarovanja, Medicaid pa omogoča zdravstveno varstvo revnemu prebivalstvu. Tisti, ki niso zdravstveno zavarovani lahko koristijo storitve municipalnih ali bolnišnic pod upravo dobrovoljnih organizacij. Ta zdravstvena nega ni kvalitetna in ni primerljiva s tisto, ki se jo plača.

Te osnovne značilnosti sistema zdravstvenega varstva nakazujejo na razlog za zdravstveno reformo. Najresneje je reformo ameriškega zdravstvenega sistema predlagal na začetku svojega prvega mandata ameriški predsednik Bill Clinton. Spomladi 1994 je bilo z reformo predlagano, da bi se osnovno plačilo storitev vršilo skozi letne premije. Zaposlenim bi bilo 80% zdravstvenih stroškov pokritih na osnovi zavarovanja, preostalih 20% pa bi zavarovanci nosili sami. Nezaposleni in nezavarovani bi morali sami plačati stroške zdravstvenih storitev, za revne pa bi se vzpostavil učinkovit mehanizem, ki bi jamčil, da bo država pokrila njihove stroške. S tem predlogom bi se ameriški zdravstveni sistem približal evropskemu modelu zdravstvenega zavarovanja. Vendar je tak predlog reforme naletel na močno nasprotovanje republikancev, oziroma njihovo večino v Predstavniškem domu in Senatu, to nasprotovanje pa je bilo podprto z medicinskim interesom organizacij kot npr. American Medical Association in zdravstvenih zavarovalniških društev.

## **6.2.7. Nove članice Evropske Unije**

### **6.2.7.1. Ciper**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Organizirano je v javnem in zasebnem sektorju.

Javno primarno zdravstvo pacienti lahko koristijo v 4 ambulantah glavnih bolnišnic in v 7 ambulantah regionalnih bolnišnic ter v 6 mestnih in v 23 podeželskih zdravstvenih centrih. Zdravstveni centri so svobodno dostopni po vsem Cipru. V zdravstvenih centrih je nameščeno zdravstveno osebje z zdravniki splošne prakse, medicinskimi sestrami in farmacevti. Zdravniki splošne prakse so odgovorni za napotitev pacientov v specialistične enote ali v bolnišnice. V javnem zdravstvu imajo pacienti pravico do proste izbire svojega zdravnika v zdravstvenem centru. Vse zdravstvene centre obiskujejo specializirane ekipe (ginekološka, pediatrična, itd), ki zagotavljajo svobodna, po prosti izbiri pacienta, posvetovanja. V predelih, kjer so strnjene zaselke daleč stran od podeželskih centrov, zdravstvene ekipe oziroma timi zdravstvenega centra redno opravljajo obiske pacientov, večinoma teh je rizičnih ali ostarelih pacientov.



Zasebno primarno zdravstvo je dovoljeno in dobro razvito. Nudi širok spekter možnosti storitev na primarni ravni, veliko družin ima svoje lastne družinske zdravnike, katerim stroške plačuje neposredno. Samo v zasebnem sektorju imajo pacienti popolno pravico do proste izbire zdravnika splošne stroke.

### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Na Cipru je 5 velikih javnih regionalnih bolnišnic (vsaka ima skupaj več kot 1200 postelj) in 3 majhne podeželske bolnišnice (več kot 85 postelj vsaka). Nekaterim od javnih bolnišnic so pridružene velike nacionalne klinike, ki sprejemajo paciente iz celotne države. Dodatno k javnim bolnišnicam pa na Cipru deluje več kot 105 zasebnih bolnišnic in klinik, ki zagotavljajo sekundarne zdravstvene storitve bodisi kot del zavarovalniških pogodb bodisi proti neposrednemu plačilu pacientov. Večkrat te zasebne zmogljivosti najame tudi vlada za zdravljenje pacientov proti plačilu iz javnih skladov. Večina terciarnih dejavnosti se zagotavlja v javnem sektorju.

### **Razmerje javno : zasebno**

Zasebni sektor oskrbuje okoli 65% ambulantnih storitev, javni sektor pa 35%. Za bolnišnične paciente je razmerje ravno obratno: zasebni sektor oskrbuje okoli 35% in javni sektor 65%.

Na Cipru je bogata prepletenost med zasebnim in javnim sektorjem, zdravstveno varstvo je zagotovljeno za stalne prebivalce - državljane, 49% stroškov se realizira v javnem, 51% pa v zasebnem sektorju.

## **2. Financiranje**

Na Cipru se zdravstveno varstvo financira iz proračuna, raznih oblik zasebnih zavarovanj in iz neposrednih zasebnih plačil. Javno zdravstvo se financira direktno iz državnega proračuna, iz splošnega davka. Za približno 65% prebivalcev so zvezne zdravstvene storitve brezplačne. Med te prebivalce sodijo: osebe, katerih prihodki so nižji od določene ravni, javni uslužbenci (aktivni in upokojeni), upokojenci in osebe s kroničnimi boleznimi ali nezmožnostmi za boleznimi raka, sladkorno bolezen in multiplo sklerozo. Za prebivalce s srednje visokimi dohodki, to je okoli 15% do 20% prebivalstva, je zdravstveno varstvo zagotovljeno z znižanimi cenami. Ostali

prebivalci, 15% do 20%, ki so nad mejo revščine oziroma nad dohodkovnim cenzusom, plačujejo svoje zdravstvene potrebe po polnih cenah.

Plačnik zveznega, t.i. subsidiarnega, zdravstvenega varstva je Ministrstvo za finance, v zvezi z višino sredstev v državnem proračunu pa se mora dogovarjati in pogajati z Ministrstvom za zdravje. V pogajanja za področje razvoja in za področje kapitalskih investicij v zdravstvu je vključen tudi Nacionalni biro za planiranje (ta je organ v sestavi Ministrstva za finance, toda odgovoren predsedniku vlade).

Razne oblike zasebnih zavarovanj se na Cipru uresničujejo preko več kot 40 zasebnih zdravstvenih zavarovalnic, veljavni predpisi jamčijo tajnost njihovega poslovanja, tako da je na voljo malo podatkov. Ta zavarovanja krijejo 5% do 6% vseh potreb zdravstvenega varstva v državi. Za vse zavarovance predstavlja zdravstveno zavarovanje samo eno izmed ostalih vrst zavarovanj (osebno, premoženjsko itd.), torej samo eno izmed oblik "biznisa", njihovi zdravstveni paketi pa so pregledni in enostavni. Zasebni zavarovanci so kolektivno organizirani skozi pogodbeno aranžmaje z različnimi delodajalci, organizacijami in sindikati. Na Cipru ni pravil reguliranja teh zavarovanj oziroma pogodb, veljajo pravila, katera izpogajajo udeleženci teh pogodb. Specifika je, da se sindikati pogajajo za ambulantne storitve.

### **6.2.7.2. Češka Republika**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Organizirano je na regijskem nivoju, v njem prevladuje zasebni sektor. Državljeni imajo prosto izbiro zdravnika pri zdravniku splošne prakse za odrasle, mladostnike in otroke, ginekologu in zobozdravniku. Zdravniki so plačani po kombiniranem načelu glavarine glede na število prebivalcev in odvisno od števila storitev. Primarno zdravstveno varstvo se izvaja v zdravstvenih centrih v lasti občin, ki se dajejo v najem zasebnim zdravnikom splošne prakse in ambulantnim specialistom.

##### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Ambulantne specialistične storitve so pretežno zasebne. Bolnišnice so javne, v lasti občin, regij ali območij, država pa upravlja univerzitetne bolnišnice in specializirane

zmogljivosti. V Češki Republiki so dovoljene tudi zasebne bolnišnice - neprofitne in profitne. Zavarovalniški skladi povrnejo stroške v javnih bolnišnicah samo za operacije. Investicijska sredstva se zagotavljajo ali iz zveznega proračuna ali iz regijskega. Vse bolnišnice, neodvisno od lastništva, poslujejo pogodbeno z zavarovalniškimi skladi.

### **Razmerje javno : zasebno**

Primarno zdravstveno varstvo je 98% v zasebnem sektorju, sekundarno pa pretežno v javnem, zasebnih posteljnih zmogljivosti je le 9% .

## **2. Financiranje**

Financiranje češkega zdravstva temelji na solidarnosti in pravičnosti, najpomembnejši vir financiranja so javna sredstva. Vir za primarne zdravstvene sklade je obvezno zdravstveno zavarovanje, katero plačuje okoli 80% celotnih zdravstvenih stroškov, medtem ko splošni davki pokrivajo okoli 11% celotnih zdravstvenih storitev. Zasebno in prostovoljno zavarovanje in samoplačništvo prispevata le 7%. Obvezno zdravstveno zavarovanje se financira iz plač s prispevki delodajalcev (9%) in delojemalcev (4,5%), samozaposleni plačujejo isti % toda samo na 35% njihovega ugotovljenega dobička. Na Češkem je 9 zdravstvenih zavarovalnic, delujejo v konkurenci ena z drugo, sklepajo pogodbe direktno z zasebnimi ambulantami in bolnišnicami. Povračilo stroškov zdravstvenih storitev izvajalcem je večinoma po načelu opravljenih storitev. Generalni zdravstveni zavarovalniški sklad je največji med vsemi, pokriva okoli 75% celotne populacije, za njegovo solventnost pa jamči država.

### **6.2.7.3. Estonija**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Zdravniki splošne prakse imajo zasebne pogodbe z Zdravstvenim zavarovalniškim skladom, bodisi samostojno bodisi kot del tima. Sistem financiranja je kombinacija glavarine ( fiksni znesek za vsako osebo registrirano v praksi, regulirano z njenimi leti) in opravljena storitev. Zagotavljajo oboje: splošno medicinsko pomoč in pospeševanje zdravljenja. V načelu zdravniki splošne prakse opravljajo funkcijo "priprtih vrat", vendar vseeno veliko ljudi išče zdravniško pomoč specialistov kar direktno.

##### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Bolnišnični sistem je v Estoniji geografsko decentraliziran. Bolnišnice zagotavljajo tako ambulantno kot tudi bolnišnično zdravljenje. Majhne (občinske), srednje (deželne) in nacionalne (mestne) bolnišnice so prav tako kvalitetne kot univerzitetne klinike in specializirane bolnišnice. Medtem ko so vse bolnišnice popolnoma autonomne pri odločanju, so pr financiranju odgovorne Zdravstvenemu zavarovalniškemu skladu in lastnikom (večina od njih so občine). Mnoge bolnice so bile reorganizirane kot sestrski domovi zagotavljajoč daljšo nego. V letu 1990 je bilo izmed 10.000 bolnišničnih postelj samo 500 namenjenih za daljšo nego, leta 2004 pa je za daljšo nego 3.500 postelj, za akutno nego pa 6.500 postelj.

##### **Razmerje javno : zasebno**

Večino zdravstvenega sektorja je javnega, se pa v zadnjih letih zasebni sektor pospešeno krepi, tako da sedaj zasebna pobuda že prevladuje v zobozdravstvu, ginekologiji, urologiji, ophthalmologiji in otolaringologiji. Zasebni sektor ima pogodbe z bolniškimi skladi, izpolnjevati pa morajo iste kriterije kot javni sektor. Pacienti morajo plačati neposredno vsako zasebno zdravstveno storitev, ki presega znesek določen z javnim zavarovanjem. Med zdravniki splošne prakse jih 92% dela v javnem sektorju, 6% pa v zasebnem sektorju.

## **2. Financiranje**

Zdravstveni sistem je financiran iz javnih in zasebnih sredstev. Javni viri predstavljajo skoraj 80%, od tega 12 % sredstev iz splošnih davkov in 68% iz zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveni zavarovalniški sklad s 4 regionalnimi izpostavami, pogodbeno veže večino izvajalcev in je glavni vir financiranja za bolnišnice, prav tako tudi skozi pogodbe. Sklad ima 4 članski upravni odbor in 15 članski nadzorni odbor pod predsedstvom Ministrstva za socialne zadeve. Celotni stroški za zdravstvo se namenjajo 74% za bolnišnično specialistično varstvo, 14% za primarno in 4% za preventivo in pospeševanje zdravja. Zdravila krije javno zdravstvo le v višini polovice cene, ostala polovica se krije iz zasebnih sredstev. Leta 1998 so zasebni viri predstavljali 12% vseh sredstev za zdravstveno varstvo, do leta 2000 pa so se skoraj podvojili in presegli 20%. Zasebni viri pokrivajo predvsem zdravila, zobozdravstvo in plačilo standardnih obiskov.

### **6.2.7.4. Madžarska**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Za primarno zdravstveno varstvo so odgovorne občine. Zdravniki splošne prakse imajo večinoma (78%) zasebno prakso in imajo sklenjene pogodbe z lokalnimi oblastmi; plačani so po načelu glavarine, sredstva pa prejemanjo od Nacionalne zdravstvene zavarovalnice na osnovi registriranih pacientov. Lokalne oblasti zaposlijo okoli 20% zdravnikov za fiksne plače. 3% zdravnikov splošne prakse izbere tretji način dela v primarnem zdravstvu, v katerem opravljajo neodvisno prakso brez občinske pogodbe. V tem primeru lahko prejmejo glavarino od zavarovalniškega sklada le, če imajo registriranih več kot 200 pacientov.

##### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Sekundarno varstvo na nekem okraju predvsem zagotavljajo okrajne bolnišnice, v manjši meri nekaj sekundarnega zdravstvenega varstva nudijo tudi občine v poliklinikah, dispanzerjih in manjših bolnišnicah. Terciarno varstvo se zagotavlja v dispanzerjih enako dobro kot v univerzitetnih klinikah. Nacionalne oblasti, ki so lastniki bolnišnic, namenjajo enako pozornost akutnemu in kroničnemu zdravljenju

ter rehabilitaciji. Na Madžarskem so posebne specialistične klinike namenjene specifičnim boleznim - raku, alkoholu, mentalnim obolenjem itd. Letna stopnja hospitalizacije je na Madžarskem izjemno visoka, 22% (povprečje v EU - za starost nad 15 let - 15%). Analize so pokazale, da je nad 30% vseh bolnišničnih pacientov v bolnišnicah bolj zaradi socialnih razlogov kot medicinskih.

### **Razmerje javno : zasebno**

Zasebni sektor prevladuje v primarnem zdravstvenem varstvu, v sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu pa so bolnišnične zmogljivosti pretežno javne, saj od vseh bolnišničnih postelj posedujejo lokalne oblasti 77%, univerzitetne klinike 9,5%, nacionalni instituti 7%, različna ministrstva skoraj 4% in le 2% cerkev.

## **2. Financiranje**

Nosilec zdravstvenega varstva na Madžarskem je Nacionalni zavarovalniški sklad. Ta prejema sredstva iz 3 virov: direktne dajatve iz plač (11% od delodajalcev in 3% do 4% od delojemalcev), splošni davki (za plačilo zdravstvenih storitev ljudi, ki imajo pravice, pa za njih ne morejo prispevat) in iz sredstev, ki jih centralna vlada namenja iz proračuna. Nekaj stroškov za zdravstvo namenjajo tudi lokalni proračuni. Zdravniki splošne prakse so za svoje storitve plačani z glavarino, ambulantni specialisti pa za nazaj po opravljenih zdravstvenih storitvah v skladu s seznamom storitev točk in skupin medicinskih primerov po skupinah za nujne primere. V celotnih stroških za zdravstveno varstvo je 77% namenjenih za bolnišnice, 12% za ambulantne storitve in 11% za primarno varstvo.

### **6.2.7.5. Latvija**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Zagotovljeno je v širokem spektru institucij: nekatere so ostanek prejšnjega, starega, sistema, druge so rezultat naporov za rekonstrukcijo in modernizacijo primarnega varstva. Zdravstveni centri v večjih mestih so organizirani kot poliklinike, so v lasti občin in postopoma prehajajo v zasebno lastnino. Zdravniki zasebne prakse najemajo zmogljivosti zdravstvenih centrov, delajo pa neodvisno. Čeprav število zasebnih

zdravnikov od leta 1999 dalje konstantno narašča, njihovo število v nekaterih predelih države še ni zadostno. V primarnem zdravstvu Latvije delajo tudi t.i."doktorji"- skupine zdravnikov ali posamezni zdravnik (običajno internist), ki opravljajo prakso. Omogočena jim je samozaposlitev ali sklenitev pogodbe z Zveznim obveznim zdravstvenim zavarovanjem. V letu 2002 so zdravniki splošne prakse predstavljali 52% od vseh zdravnikov v primarnem zdravstvu, ostali so večinoma pediatri in internisti. Splošna praksa kot vhodna v sistem zdravstvenega varstva je bila uvedena koncem leta 1999. Pacienti imajo prosto izbiro zdravnika, toda potrebujejo napotnico za specialista ali za sekundarno raven. Direktni dostop, brez napotnice zdravnika splošne prakse, je mogoč h ginekologu, psihiatru, specialistu za prenosljive spolne bolezni ali endokrinologu.

### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

V Latviji sta dve vrsti javnih bolnišnic: zvezne (odgovorne Ministrstvu za zdravje) in občinske - s polovico vseh postelj v državi. Specializirane bolnišnice so skoncentrirane samo v glavnem mestu in v večjih mestih. Javne bolnišnice imajo sklenjene pogodbe z regionalnimi podružnicami Zveznega zavoda obveznega zdravstvenega zavarovanja. Večina bolnišnic je neprofitnih ali joint - stock (skupen kapital) delniških družb. Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo predstavlja v Latviji ključen problem: bolnišnice (in celo specialistične zmogljivosti) negujejo mnogo pacientov, katerih potrebe so bolj socialne kot zdravstvene, ker socialno varstvo še ni dovolj razvito.

### **Razmerje javno : zasebno**

Zasebni sektor naglo narašča in samo v zadnjih štirih letih se je število zasebnih zdravnikov potrojilo. Samo 6% bolnišnic je zasebnih. Zobozdravniki so samozaposleni in delajo kot zasebniki, za otroke in mladino do 18.leta starosti nudijo zobozdravstvene storitve na podlagi pogodb sklenjenih z Zveznim zavodom za obvezno zdravstveno zavarovanje. Zasebne so tudi lekarne.

## **2. Financiranje**

Preko svojih osem regionalnih podružnic Zvezni zavod obveznega zdravstvenega zavarovanja upravlja vse zvezno zdravstveno varstvo. Viri financiranja so trije: splošni davki (28,4%), nadomestila iz zveznega proračuna in prispevki pacientov.

Ministrstvo za zdravje je obseg pravic pacientov uredilo preko dveh strategij: prvo za obvezno zdravstveno zavarovanje, drugo za minimalno košarico zdravstvenih pravic, katerih financiranje bo zagotovljeno iz zveznega proračuna. Financiranje primarnega zdravstva poteka po dveh sistemih: prvi sistem je določen za prestolnico Riga, drugi za podeželje. Razlika je v načinu nadzora: zdravniki splošne prakse na podeželju so vezani na državni proračun, zdravniki splošne prakse v Rigi pa na Zvezni zavod obveznega zdravstvenega zavarovanja.

#### **6.2.7.6. Litva**

##### **1. Organiziranost**

###### **Primarno zdravstveno varstvo**

Izvaja ga 452 državnih in 1284 zasebnih institucij. Državne institucije so ali centri splošne prakse ali ambulantne klinike ali poliklinike - splošne ali specializirane. Ambulantne klinike so običajno v manjših mestih, medtem ko so poliklinike v večjih mestih, zagotavljajo pa bolj kompleksne storitve kot so izven bolnišnična kirurgija. Paramedicinski centri (medicinske postaje) in zdravstvene postaje (skupnost sester) v šolah tudi zagotavljajo primarno varstvo na podeželju. Zdravniki splošne prakse predstavljajo samo majhen del (8 %) zdravstvenega osebja na primarni ravni, med njimi pa prevladujejo internisti (41%) in pediatri (29%). Zdravstveno varstvo na primarni ravni se je v devetdesetih letih prejšnjega stoletja dramatično razvilo: medtem ko je še leta 1996 predstavljalo kar 70% vseh obiskov pri specialistih obiske pacientov brez predhodnega obiska zdravnika splošne prakse, se je samo dve leti kasneje odstotek tovrstnih obiskov znižal na 20%.

###### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Polovica bolnišnic v Litvi je splošnih bolnišnic, v njih pa 67% vseh bolnišničnih postelj v državi. Imajo tudi 36 specialističnih in 3 rehabilitacijske bolnišnice ter 33 sanatorijev. Ministrstvo za zdravje neposredno upravlja 13 bolnišnic. Na regionalni ravni upravljajo splošne in specialistične bolnišnice regionalne oblasti z udeležbo Ministrstva za zdravje. Občinske oblasti običajno upravljajo manjše ali srednje bolnišnice.



## **Razmerje med zasebnim in javnim zdravstvom**

Zasebni sektor v glavnem zagotavlja samoplačniške izven bolnišnične storitve. Večina zasebnih storitev je zobozdravstvenih, kozmetične kirurgije ali ginekoloških. V Latviji predstavljajo zasebne zobozdravstvene storitve kar 41% vseh tovrstnih storitev. V Latviji je 106 privatnih in 89 državnih primarnih zdravstvenih centrov. Nobena bolnišnica ali poliklinika ni bila privatizirana. V načrtu imajo privatizirati del primarnega varstva, kar pa ne nameravajo izpeljati kot nekakšen eksperiment, pač pa z namenom, da se zdravniška splošna praksa razvije v neodvisno partnerko.

## **2. Financiranje**

V Latviji je v veljavi kombiniran sistem socialnega zavarovanja financiran iz prispevkov in davkov. Obvezno zdravstveno zavarovanje je bilo uvedeno leta 1997, institucija, odgovorna za obvezno zdravstveno zavarovanje pa je Državni bolniški fond, odgovoren direktno Ministrstvu za zdravje. Prvenstveno se financira s prispevki delodajalcev, 20% sredstev pa predstavljajo splošni davki in prispevki samozaposlenih oziroma samozavarovanih oseb.

Sredstva zbrana iz prispevkov in davkov skupaj pomenijo 74% sredstev zdravstvenega zavarovanja, zasebno zavarovanje pa predstavlja 23%. Ustanovljena je bila Zakonita komisija za zdravstveno zavarovanje kot tretji partner - plačnik in z namenom demokratizacije zavarovalniškega sistema, medtem ko Ministrstvo za zdravje nadzira cene zdravstvenih storitev. Država krije stroške zdravstvenih storitev otrok in mladine do 18. leta starosti, študentom in tistim, ki jim podeli posebne ugodnosti tako, da za njih vplačuje prispevke v Državni bolniški fond.

### **6.2.7.7. Malta**

#### **1. Organiziranost**

##### **Primarno zdravstveno varstvo**

Zdravniki splošne prakse so v zasebnem in javnem sektorju, razmerje v njihovem številu pa 1,5 : 1 v korist javnega sektorja. Javno primarno zdravstveno varstvo se uresničuje v osmih zdravstvenih centrih, ki nudijo celotno preventivo, kurativo in rehabilitacijo. Veliko zasebnikov tudi dela v javnem primarnem zdravstvu.

## **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Specialistične ambulantne storitve se zagotavljajo v javnih ambulantnih klinikah in zdravstvenih centrih. Ministrstvo za zdravje je ustanovitelj, zakonodajalec in izvrševalec za javne bolnišnice. Menedžment javnih bolnišnic se postopoma prenaša iz ministrskih struktur na menedžerske time, ki prevzemajo več odgovornosti za upravljanje v posameznih bolnišnicah. Maltežani s kroničnimi boleznimi se prvenstveno odločajo za zdravljenje v javnih bolnišnicah in v javnih rehabilitacijskih centrih.

Številne zasebne bolnišnice so bile ustanovljene v preteklem desetletju kot profitne organizacije. Tisti državljani, katerih zdravstveno stanje zahteva posebno pozornost ali, ki ne želijo čakati na svojo medicinsko obravnavo, izberejo zasebne bolnišnice. Zasebne bolnišnice morajo pridobiti licenco od Ministrstva za zdravje, katero nadzira zmogljivosti in izvajanje standardov.

## **Razmerje med zasebnim in javnim zdravstvom**

Zdravstveno varstvo se na Malti zagotavlja skozi dva sistema: javnega in privatnega. Zdravstveno varstvo v javnem sektorju je popolnoma centralizirano in nadzirano. Na primarni zdravstveni ravni je obiskov v zasebnem sektorju dvakrat več kot v javnem, na sekundarni in terciarni ravni pa je v zasebnem sektorju okoli 8% vseh bolnišničnih postelj.

## **2. Financiranje**

Javno zdravstvo je javno financirano in brezplačno. Vsi Maltežani so zdravstveno zavarovani z nacionalnim zdravstvenim varstvom in imajo dostop do preventive, diagnostike, kurative in rehabilitacije. Nacionalni zdravstveni sistem je financiran iz proračuna, delodajalcev in delojemalcev skozi splošne davke. To pomeni, da se o sredstvih za zdravstvo dogovarjajo skupaj z ostalimi sektorji, ko razporejajo sredstva državnega proračuna.

Zasebni stroški zdravstvenega varstva so prostovoljni, državljani se svobodno odločajo za zasebno prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Voluntary Health Insurance = VHI) ali za samoplačništvo za zasebne zdravstvene storitve. Informacije o zasebnih zdravstvenih izdatkih je na Malti težko pridobiti, ocenjuje se, da je okoli 30% zdravstvenih izdatkov namenjenih zasebnemu zdravstvu. Ministrstvo za zdravje ne nadzira trga zasebnega zavarovanja (VHI).

Samoplačništvo za zdravstvo prevladuje pri stroških za zdravila in obiskih pri zdravnikih splošne prakse in specialistih. Okoli 20% prebivalstva ima zasebno prostovoljno zavarovanje. Zasebni stroški za zdravstvo (VHI in samoplačništvo) predstavlja 31,5% vseh stroškov za zdravstvo.

#### **6.2.7.8. Poljska**

##### **1. Organiziranost**

###### **Primarno zdravstveno varstvo**

Lokalne samoupravne oblasti (gminas) so pristojne za financiranje, planiranje, organiziranje in nadzor v primarnih zdravstvenih enotah. Nov zdravstveni sistem je usmerjen proti primarnim zdravstvenim storitvam, zdravniki splošne prakse pa delujejo kot vratarji v vstopu v zdravstveni sistem. Ambulantne storitve v specialističnih zdravstvenih centrih in v bolnišnicah je običajno dostopno samo z napotnicami zdravnika splošne prakse. Za nekatere specialiste: ginekologe, psihiatre in oftalmologe, napotnice niso potrebne.

###### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Bolnišnice so javne, toda samostojne pri upravljanju in financiranju, administrativne enote. Mnoge so pred kolapsom, ker zagotavljajo zdravstvene storitve brez predhodne odobritve plačila iz zdravstvenega sistema. Največji izzivi za bolnišnični sistem so: neadekvatna porazdelitev postelj, pomanjkanje jasne opredelitve mehanizmov financiranja za nekatere skupine ljudi, dolge čakalne liste, "modre kuverte" in koruptivni odnosi med bolnišnicami, zdravniki in farmacevtsko industrijo.

##### **2. Financiranje**

Na podlagi zakona o nacionalnem zdravstvenem skladu iz leta 2003 je na Poljskem v veljavi obvezno zdravstveno zavarovanje. Ustanovljen je bil Nacionalni zdravstveni sklad s 16 regionalnimi podružnicami. Od 2002 državljani, ki niso zavarovani pri delodajalcih ali niso samozaposleni, lahko sklenejo prostovoljno zavarovanje (VHI). VHI je na voljo skozi Nacionalni zdravstveni sklad. Dodatno, Poljaki lahko kupijo "zdravstveni paket" ponujen od verige zasebnih klinik in zavarovalniških družb, ki

jih ponujajo za zavarovanje svojega statutarno določenega obsega delovanja.. Družbe pogosto sklepajo te pakete za svoje zaposlene. Ministrstvo za finance dotira zdravstveni sklad iz proračuna samo za nekaj zelo dragih storitev kot so presaditve in zlasti onkološki postopki. Glavni plačnik zdravstvenih storitev je Nacionalni zdravstveni sklad, ki posluje samostojno, neodvisno od Ministrstva za finance. Sklad plačuje za primarno zdravstveno varstvo.

Obvezni prispevki znašajo 8% prihodkov (7,75% od splošnih prihodkov in 0,25 od osebnih prejemkov), predvideno je, da bodo porastli na 9% do leta 2007. Težava pri tem je, da ima Poljska veliko "dela na črno", pri katerem prihodki niso registrirani in zato tudi ne obdavčeni.

#### **6.2.7.9. Slovaška**

##### **1. Organiziranost**

###### **Primarno zdravstveno varstvo**

V primarnem zdravstvu delajo tri vrste zdravnikov - zdravniki splošne prakse, pediatri in ginekologi. Zdravniki splošne prakse delajo v timih z medicinskimi sestrami in prostovoljci. Večina zdravnikov so zasebniki, ki prejemajo plačilo preko pogodb sklenjenih z zavarovalniškimi družbami. Zasebniki so tudi zdravniki dentalne medicine. Slovaki imajo prosto izbiro primarnega varstva. Poliklinike in zdravstveni centri so odgovorni regionalnim in občinskim oblastem.

###### **Sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo**

Sekundarno ambulantno varstvo zagotavljajo specialisti zasebniki in državni specialisti, oboji, državni in zasebni pa delajo v državnih zmogljivostih in so plačani skozi nacionalne sheme zdravstvenih storitev. Do leta 2002 je bilo več kot 90% bolnišničnih postelj namenjenih akutni negi, potem pa so se razmere temeljito spremenile. Danes so bolnišnice ali regionalne (z največ štirimi specializiranimi oddelki), pokrajinske (s široko vrsto specializacij) ali visoko specializirane (običajno priključene medicinskim šolam). Samo zadnje bolnišnice so last zvezne države, ostale so v lasti njihovih pristojnih območij. V letu 2003 sprejeti amandma k zakonu o zdravstvenem varstvu je uvedel strogo ločitev med zdravstvenimi storitvami in

spremljajočimi dopolnilnimi storitvami (prehrana, namestitve, transport). Plačilo teh dveh vrst storitev poteka po dveh ločenih cenikih.

### **Razmerje javno : zasebno**

V primarnem varstvu je 94% zdravnikov zasebnikov, v sekundarnem varstvu 44% specialističnih storitev izvedejo zasebni specialisti, ostalih 56% pa državni specialisti, oboji delajo na državnih oziroma območnih zmogljivostih. Zasebnih bolnišnic na Slovaškem ni.

## **2. Financiranje**

Vsi prebivalci Slovaške imajo obvezno zdravstveno zavarovanje. Zdravstveno varstvo se financira skozi mešan sistem privatnega in javnega financiranja. Javna sredstva se zbirajo iz dveh poglavitnih virov: eden so zvezne zdravstvene zavarovalne premije, katere zajemajo 14% plač zaposlenih (10% plača delodajalec, 4% delojemalec). Samozaposleni tudi plačajo 14%, država pa plača dajatve za ostalo prebivalstvo. Skupaj te dajatve predstavljajo 68% vseh sredstev za zdravstveno varstvo. Proračunski transferji so drugi pomembni vir financiranja, predstavljajo pa 24% vseh sredstev za zdravstveno varstvo, 8% vseh sredstev za zdravstveno varstvo pa predstavljajo neposredna plačila pacientov. Splošna zdravstvena zavarovalniška družba in Javna zdravstvena zavarovalniška družba sta v bistvu državni instituciji, saj za njuno solventnost jamči država. Ostale tri zavarovalniške družbe v državi so zasebne in država ne jamči za njihovo poslovanje. Vseh pet zavarovalnic sklepa pogodbe s posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev, obema: zasebnimi in javnimi, in jim plačuje za izvršene zdravstvene storitve. Država ima dve vrsti zdravstvenega zavarovanja: obvezno (temelji na načelu solidarnosti) in dodatno (zavarovanci imajo alternativno plačila zavarovalne premije ali direktno plačilo izvršenih zdravstvenih storitev). Prostovoljno zdravstveno zavarovanje ima zelo malo prebivalcev in tudi predstavlja zelo majhen obseg zdravstvenih stroškov.

### **6.3.3. Temeljne značilnosti postkomunističnih držav**

Za Slovaško, Češko, Poljsko in Madžarsko, ki so reformirale svoj iz planskega gospodarstva podedovani zdravstveni sistem, avtorja Lawson in Nemeč ugotavljata,

da so države soočene s podobnimi izzivi, vendar v njih delujejo različni dejavniki (različnost političnega konteksta, različnost interesnih skupin itd), ki reformo vodijo v različne smeri.

Podobnosti zdravstvenih sistemov je mogoče najti na treh področjih:

- podobni problemi, ki se kažejo v neadekvatnosti resursov, nizkem statusu in slabo plačanem medicinskem osebju,
- centralizirano uvajanje reform v letu 1989, brez vsakršne javne razprave, samo vsebino reform pa je izjemno težko identificirati in
- še vedno pozitivne tendence zdravstveno-epidemiološkega značaja, ki Srednjo Evropo jasno ločijo od Vzhodne Evrope (navedena avtorja sicer napovedujeta možnost poslabšanja zdravstvenega statusa na Poljskem kot direktni posledici reformskih ukrepov).

Poljski model financiranja zdravstva je ostal skoraj nespremenjen. Vlada je namreč smatrala, da proračunsko financiranje zdravstvenega varstva (čeprav se proračun financira s prispevki) nudi najboljšo rešitev v razmerah visoke nezaposlenosti in padca življenjskega standarda. Kljub temu je sistem načet s širjenjem zasebnega sektorja, t.j. z rastjo zasebne zdravstvene ponudbe in uvajanjem sistemov soplachila za določene medicinske posege, kot tudi za državljane, ki prihajajo iz drugih območij. Velik problem predstavjajo velika politična diskrecijska pravica poljskih vojvodstev, kar otežuje oblikovanje enotne zdravstvene politike.

Madžarski primer kaže na prehod iz univerzalnega sistema na sistem zdravstvenega zavarovanja tako, da je proračunsko financiranje zamenjano s skladovskim financiranjem in to z ustanovitvijo enotnega Sklada socialnega zavarovanja. Sklad je kot neodvisna a monopolna institucija dobil pooblastila od Vlade, nadzira pa ga Parlament.

Tudi na Češkem in Slovaškem je viden prehod na sistem zavarovanja in to še pred ločitvijo na dve državi. Ta prehod je bil na Slovaškem še posebej dobro sprejet na temelju argumentacije, da bo novi sklad neodvisen v razmerju do centralne administracije. Vendar pa se je s formiranjem nove države ta neodvisnost izkazala samo kot ideološki argument, pa tudi sama sprememba sistema financiranja ni bila

ustrezno utemeljena. Istočasno je v Slovaški povečano število zavarovalnih društev tako da jih je leta 1995 že delovalo 15. Po novih pravilih iz leta 1995 zavarovalna društva izbirajo storitve, katere nudijo, Vlada pa regulira njihove pristojbine in plačuje za osnovno zavarovanje prebivalcev. Od začetka leta 1997 se uvaja vrsto pogojev, ki jih morajo izpolniti zavarovalna društva, kar na nek način izraža željo Ministrstva za zdravstvo, da omeji število zavarovalnih društev, kar se je že zgodilo v Češki Republiki. Prav tako je opazen večji rizik, ki nastaja s tržnim obnašanjem zavarovalniških društev, tako za prebivalstvo, ki se že pri zavarovanju srečuje z neenakostmi v zdravstvu, kakor tudi za Vlado, ki mora prevzeti zavarovane osebe v primeru propada določenega društva.

Slovaški primer je tudi zelo ilustrativen v poskusu ustanavljanja adekvatnega sistema finančnega nadomestila zdravnikom splošne prakse in bolnišnic, ki je do sedaj bil večkrat spremenjen. Sistem želi doseči učinkovitost, čim bolj enako distribucijo resursov in zaobiti probleme, ki se pojavljajo s širjenjem zasebnega sektorja. Vendar povečanje svobodne izbire zdravnika in možnosti zasebne prakse kažejo premajhno financiranost javnega zdravstvenega sistema ter zelo nizke plače medicinskega osebja, kar lahko povzroči večjo zapuščanje javnega sektorja. Druga značilnost zdravstvenega sistema je vzdrževanje javnega sistema. Lawson in Nemeč sta ugotovila, da v praksi medicina ostaja dobičkonosna zaradi kontinuiranega skrivnega plačevanja pacientov zdravnikom in zato, ker zavarovalna društva ne izvajajo strogega nadzora nad finančnimi povračili individualnim zdravnikom. Razmere na Češkem so še bolj komplicirane, ker sistem finančnih povračil pospešuje dodaten in z medicinskega stališča pogosto nepotreben tretman pacientov. To se na določen način odraža tudi v zneskih zdravstvenih stroškov teh držav. Češka zdravstvena poraba je v letu 1992 znašala 5,4% BDP, leta 1996 pa je dosegla 7,1%. Madžarska je leta 1992 porabila 6,2% BDP, Poljska 5,1%, a Slovaška 6,2% BDP. V letu 1995 so zneski za Poljsko zmanjšani na 4,7%, za Slovaško pa celo na 4,2%.

Ugotovimo lahko, da tranzicijski proces sam po sebi kreira nove probleme v zdravstvenem sistemu ter da bo edino izboljšanje gospodarske situacije omogočilo zdravstvenemu sistemu relativno boljše funkcioniranje. (Lawson in Nemeč, 1998). Ob tem pa je potrebno z zaskrbljenostjo ugotoviti, da niti eni državi niso stroški zdravstvenega sistema ključni problem (posebno v primerjavi s procesom ekonomske

restrukturacije), kar pa je razumljivo, ker so zdravstveni sistemi Srednje Evrope za sedaj uspeli ohraniti svoje komparativne prednosti v poboljšanju zdravstvenih indikatorjev.

#### **6.4. Primerjalni vidik Slovenije z ostalimi državami**

Primerjati slovenski zdravstveni sistem z ostalimi zdravstvenimi sistemi je brez uvida v družbene razmere celotne slovenske družbe na prehodu iz komunizma oziroma socializma v demokratično tržni sistem, nemogoče. Slovenija je bila sicer do devetdesetih let prejšnjega stoletja le ena izmed republik nekdanje Jugoslavije, vendar je kot edina med šestimi federalnimi enotami z dosledno uveljavitvijo ustavne ureditve iz leta 1974, oblikovala edinstveno, na korporativizmu temelječo, družbo. Razpoznavna ločnica med gospodarstvom kot temeljem družbe in javnim sektorjem kot njegovo nadgradnjo, je potekala v procesih svobodne menjave dela, v katerih so gospodarski subjekti kot financerji javnega sektorja, takrat imenovanem družbene dejavnosti, neposredno sodelovali kot delegati pri upravljanju javnega sektorja bodisi na makro nivoju v skupščinah samoupravnih interesnih skupnosti bodisi na mikro nivoju v delavskih svetih zdravstvenih organizacij. Vir financiranja je bil pretežno javen v obliki prispevkov, le manjši delež so predstavljala zasebna sredstva v obliki participacije k nekaterim posameznim zdravstvenim storitvam, sam namen participacij pa ni bil v viru financiranja, pač pa je bila participacija bolj psihološki instrument omejevanja prepogostega koriščenja zdravstvenih storitev.

Primerjava slovenskega zdravstvenega sistema z zdravstvenimi sistemi ostalih postkomunističnih držav Srednje oziroma Vzhodne Evrope, v katerih je bil uveljavljen strogi planski sistem, je mogoča šele v zadnjem desetletju prejšnjega stoletja, ko so se povsod pričeli uveljavljati sistemi zdravstvenega zavarovanja po vzoru zahodnoevropskih držav z demokracijo in tržnim gospodarstvom.

V teh razmerah živeči nacionalni sistem zdravstvenega varstva je bilo potrebno preoblikovati v sistem zdravstvenega zavarovanja, v katerem se je izpostavilo na nivoju države financiranje iz zasebnih virov, na nivoju zavarovanca pa odgovornost posameznika za lastno zdravje brez socializmu lastnega paternalističnega



pokroviteljstva družbe. Ob prehodu v nove pogoje v zdravstvu se je slovensko zdravstvo zgledovalo po nemškem sistemu, kot protiutež nacionalnemu zdravstvenemu varstvu pa je z možnostjo prostovoljnega zavarovanja za doplačila zdravstvenih storitev vzpostavilo univerzalni sistem, poznan skandinavskim državam. Financiranje poteka preko avtonomnega sklada, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, nadzor nad njim pa ima vlada, bodisi neposredno, bodisi preko pristojnih ministrstev. Prostovoljno zavarovanje poteka preko komercialnih zavarovalnic, ki pa morajo na področju teh zavarovanj poslovati po načelih vzajemnosti in solidarnosti, profitabilnost prostovoljnih zavarovanj ni dovoljena. Zdravstvene organizacije ostajajo v javnem sektorju, zasebno delo se uvaja pretežno na primarni ravni. Redke so investicije zasebnih sredstev v zdravstvene objekte, tujega kapitala na tem področju pa sploh ni.

Zadnja leta se slovenski zdravstveni sistem sooča z naraščajočim primanjkljajem sredstev, zaustavitev teh trendov pa naj bi dosegli z reformiranjem obstoječih razmer. Čeprav se je želelo slovensko zdravstvo razvijati po poti germanskih držav, se v slovenskem zdravstvu vse bolj kažejo znaki italijanskega zdravstvenega sistema s svojimi specifikami individualizma, familijarnosti, klientalizma in partikularnosti.

## 7. SKLEP

**Prva hipoteza o spremenjeni vlogi države in trga v zdravstveni oskrbi v smeri krepitve javnega zdravstva in preusmerjanju osrednje pozornosti zdravstvene politike iz aktivnosti, ki so namenjene preprečevanju in zdravljenju "bolezni" v aktivnosti, ki so namenjene ohranjanju in izboljšanju "zdravja"** kaže, da država vsekakor ostaja še naprej najvažnejši dejavnik organizacije zdravstvenega sistema, a se njena vloga spreminja z uvajanjem zasebno-tržnih elementov, s čimer pa se pričenjamo soočati s hibridnim modelom zdravstvenega sistema, osnovno vprašanje, ki se zastavlja, pa je vprašanje vrednot solidarnosti, vzajemnosti in univerzalnosti dostopa zdravstvenemu varstvu.

Slovenski zdravstveni sistem se v letu 2004 že tretje leto zapored sooča z vsakoletnim naraščajočim deficitom, vloga javnega zdravstva je torej podrejena močnim in nujnim ekonomskim pritiskom za zmanjšanje zdravstvenih stroškov, je torej na preizkušnji obvladovanja stroškov, ki se morajo na področju financiranja še bolj intenzivno kot doslej usmeriti na:

- zavarovance v smeri omogočanja raznovrstnih zavarovanj pri zasebnih skladih, uvajanjem bonitet v primerih nekoriščenja zdravstvenih storitev, z uvajanjem davčnih olajšav za stroške zdravljenja zaradi odpravljanja dejavnikov tveganja za zdravje;
- paciente z uvajanjem modalitet soplačil, več destimulativnih izplačil povračil za bolniško odsotnost, z omejevanjem izbora zdravnikov ali bolnišnic;
- zdravstvene sklade oziroma zavarovalnice z zmanjševanjem in omejevanjem njihovih administrativnih stroškov ter omogočanje konkurenčnosti med obveznimi in zasebnimi skladi oziroma zavarovalnicami;
- bolnišnice z metodo plačila po primeru ob dvigu učinkovitosti upravljanja z razpoložljivimi finančnimi sredstvi, z novo posodobljeno tehnologijo in z nepremičnim premoženjem;
- zdravnike z vzpostavljanjem natečaja med zdravniki, pri čemer izkušnje kažejo, da so možnosti kompetitivnega vedenja limitirane in da se povečanje konkurenčnosti ne more stimulirati s povečano ponudbo medicinskega osebja;

- zdravila oziroma nadzor nad stroški za zdravila predvsem v fazi odločanja o njihovi ustreznosti oziroma učinkovitosti.

Paralelno s področjem financiranja se vloga države kaže tudi na področju organiziranosti. Sodobni trendi zdravstvenih sistemov socialne države se na sistemskem nivoju odražajo v smeri decentralizacije in privatizacije. Decentralizacija, sicer odraz nezadovoljstva s centraliziranim in birokratiziranim sistemom, omogoča večinoma uspešno finančno in organizacijsko umeščanje zdravstvenih sistemov nižjim nivojem oblasti oziroma lokalni skupnosti. Privatizacija oziroma zasebni sektor, ki je bil v slovenskem zdravstvu ukinjen z normativno opustitvijo leta 1958, bi bilo nujno dodelati in na novo opredeliti tako, da bi se zasebna iniciativa širila iz primarne zdravstvene ravni tudi na ostale ravni zdravstvene dejavnosti, zdravstvene storitve izven košarice obveznega zdravstvenega varstva pa prepustiti tržnim zakonitostim v smislu trženja komercialnih izdelkov. V slovenskem zdravstvu na področju organiziranosti, po mojem mnenju, v normativnem smislu ni nerešenih vprašanj, se pa odpirajo potrebe po rešitvi:

- primernih organizacijskih oblik za izvajanje zdravstvenih storitev v tržnem zasebnem sektorju,
- učinkovitosti v smislu upravljanja vseh virov zdravstvene dejavnosti ob vzpostavitvi prioritet v vrednotenju posameznih virov, brez ideoloških ostankov iz preteklosti in v odvisnosti od tržnih zakonitosti,
- pospešitvi vzpostavitve sodobnih oblik organiziranja (virtualne organizacije in skupnosti e-poslovanja),

**Druga hipoteza o spreminjanju življenjskega sloga posameznika in vzpostavljanju novih vrednot posameznikovega pojmovanja zdravega načina življenja s ciljem doseči tako stopnjo posameznikove zavesti, da bo posameznik vzporedno z metodo obvladovanja tveganj na drugih področjih udejstvovanj tudi na področju svojega zdravja obvladoval tveganja in s tem vse bolj postajal dejavnik svojega zdravstvenega stanja in počutja** izhaja iz nekega skupnega razumevanja, da je bila v preteklosti zdravstvena oskrba smatrana kot pravica ljudi, vlada pa je bila odgovorna za financiranje zdravstvenih storitev. Posamezniki pa se

razlikujejo po svoji preteklosti, kulturi in vrednotah ter po socialno-ekonomskih pogojih, torej, za spreminjanje življenjskega sloga, pomembnih determinantah. Preučevanje spreminjanja navad predstavlja zapleteno nalogo, saj je izredno težko določiti natančen čas, ko so se navade posameznikov pričele spreminjati in kaj je bilo tisto, ki je takrat povzročilo te posameznikove spremembe. Paradoksalno, rezultatov zagotovo ni mogoče kvantitativno oceniti. To ne pomeni, da prihrankov ni, niti to, da takšni ukrepi v večini primerov niso nujni.

Vsekakor razmere v slovenski družbi kažejo, da se osveščenost posameznikov za zdrav način življenja širi predvsem v ozkem intelektualnem krogu, medtem ko večina prebivalstva nujnost zdravega načina življenja zaznava prepočasi. Za pospešitev osveščanja populacije je nujno okrepiti programe v obstoječi javni mreži v primarnem zdravstvu, zlasti v zdravstvenih domovih. Menim, da bi bilo primerno na tem področju tudi vzpodbuditi zasebni sektor, zlasti z ustanavljanjem centrov za zdravje kot nosilcev programov za zdravo življenje vsaj v zdraviliščih in v večjih slovenskih krajih, morda v predimenzioniranih regijskih bolnišnicah, in jih povezati v mrežo; financiranje centrov bi se v začetni fazi zagotovilo iz sredstev za javno zdravstvo v obliki ugodnih posojil, prihodke za redno poslovanje in vračilo posojil pa bi si centri ustvarjali na trgu (s prodajo storitev, članarinami, itd.).

Z vidika posameznika in njegove odgovornosti za lastno zdravje ob koncu povzemam, da je razvoj potekal v treh razvojnih fazah z naslednjimi cilji:

1. faza: dodajanje let življenju,
2. faza: dodajanje zdravja življenju,
3. faza: dodajanje življenja letom.

## 8. SEZNAM UPORABLJENE LITERATURE IN DRUGIH VIROV

- Bela knjiga, Reforma v zdravstvu, Ministrstvo za zdravje, julij 2003 (76 avtorjev);
- Bonwitt, Bob, 1996: Reforma državne uprave, Javna uprava, št. 3-4, letnik 29, Ljubljana;
- Bubnov Škoberne, Anjuta, 1993: Predpisi o socialnem varstvu, Ljubljana;
- Brejc, Miha, 1996: Nova organizacijska paradigma v državni upravi, Javna uprava, št.1, letnik 32, Ljubljana;
- Brejc, Miha, 1997: Slovenska javna uprava ob koncu tisočletja, Javna uprava, št.4, letnik 33, Ljubljana;
- Brejc, Miha, 2000: Ljudje in organizacija v javni upravi, Ljubljana;
- Brezovšek, Marjan, 1996: Teoretični pojem uprave, Teorija in praksa, št.6/96, Ljubljana;
- Brezovšek, Marjan, 1997: Upravna kultura v Sloveniji, Demokracija-vladanje in uprava v Sloveniji (Zbornik referatov politoloških dnevov Portorož 1997);
- Brezovšek, Marjan, 1997: Izzivi osmišljanju sodobne demokracije, Demokracija-vladanje in uprava v Sloveniji (Zbornik referatov politoloških dnevov Portorož 1997);
- Brezovšek, Marjan, 2000: Kako do zanesljive uprave?, Teorija in praksa, št.2/00, Ljubljana;
- Brezovšek, Marjan in Haček, Miro, 2003: Globalizacija in državna uprava, Ljubljana;
- Bryson J.M., 1995: Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement, San Francisco;
- Bučar, France, 1981: Upravljanje, Ljubljana;
- Bučar, France, 1998: Demokracija in kriza naših ustavnih institucij, Nova revija, Ljubljana;
- Covey, Stephen, 1997: Najprej najbolj pomembno, Mladinska knjiga, Ljubljana;
- Covey, Stephen, 2000: Načela uspešnega vodenja, Mladinska knjiga, Ljubljana;
- Cvetko, Aleksej, 1992: Zdravstveno zavarovanje po novem, Ljubljana;
- Česen, Marjan, 1998.: Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva, Ljubljana;
- Česen, Marjan, 2003: Management javne zdravstvene službe, Ljubljana;

Časopisni članki, ki obravnavajo organizacijo, upravljanje in financiranje zdravstvene dejavnosti( Česen, Marjan, 23.9.2003, 17.5.2004:Delo; Fakin, Samo, 25.9.2003: Finance; prevod članka iz Der Spiegla, Delo-Sobotna priloga, 18.10.2003; Mrkajčić, Mičo, Zagorac, Željka, 24.10.2003: Finance);

Daft, Richard, 1995: Management, Fortworth;

Dahl, Robert A., 1997: Uvod v teorijo demokracije, Kritisna, Ljubljana;

Duffy, Katherine, 1998: Oppertunity and Risk: Trends of Social Exlusion in Europe, Council of Europe, Strasburg;

Ferfila, Bogomil, 1990: Analiza temeljnih sestavin novega ekonomskega sistema, Ljubljana;

Ferfila, Bogomil, 1994: Teme iz vladne ekonomije in vladnih politik, Ljubljana;

Falconer, Peter, 1997: The New Public Management, Javna uprava, št.1, letnik 33, Ljubljana;

Field, M.,1973: The concent of the "helth system" at the macrosociological level, London;

Fink Hafner, Danica, 1994: Policy proces v demokratičnem prehodu; Primerjalna analiza dveh policy procesov, Teorija in praksa, št.3-4, Ljubljana;

Fink Hafner, Danica, 1998: Raziskovanje policy omrežij, Teorija in praksa, št.5, Ljubljana;

Fink Hafner, Danica, 1998: (Pre)oblikovanje policy omrežij v kontekstu demokratičnega Prehoda-slovenski primer, Teorija in praksa, št.5, Ljubljana;

Flynn, Norman, 1993: Public Sektor Management, London;

Grdešič, Ivan, 1995. Političko odlučivanje, Zagreb;

Haček, Miro, 2001: Sistem javnih uslužbencev, Ljubljana;

Ivanko, Štefan, 2002: Strukture in procesi v organizaciji, Ljubljana;

Ivanko, Štefan, 2003: Novi trendi v razvoju organiziranosti sodobnih organizacij, Uprava št. 2, Ljubljana;

Kerzner, Harold, 1992: Project Management: A System Approach to Planning, Sheduling and Controlling, New York

Kranjec, Marko, 2003: Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor, Uprava št.1, Ljubljana;

Košir, Franc, 1994: Management v zdravstvu, Ljubljana;

- Letica, Slaven, 1989: Zdravstvena politika u doba krize, Zagreb;
- Mally, Miran, 1993: Organizacija zdravstvenega varstva, Ljubljana;
- Merc, Božidar, 1995: Vloga prava pri urejanju zdravstvenega varstva, Pravna praksa št.338, Ljubljana;
- Pitamic, Leonid, 1996: Država, Ljubljana;
- Poročila o delu v posameznih letih poslovanja pristojnih upravnih organov in javnih zavodov;
- Projektna skupina ZZS, 2002: Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev, Ljubljana;
- Pučko, Daniel, 1995: O strateškem managementu v zdravstvenem zavodu, Ljubljana;
- Pučko, Daniel, 1997: Strateški menedžment, Ljubljana;
- Pučko, Daniel, 1999: Strateško upravljanje, Ljubljana;
- Pusić, Evgen, 1985: Upravni sistemi 1, Zagreb;
- Pusić, Evgen, 1995: Upravna znanost, Izbor radova, Zagreb;
- Pusić, Evgen, 1996: Nauka o upravi, Zagreb;
- Rakočević, Slobodan, 1991: Državna uprava: Vloga, položaj, organizacija, delovanje, Ljubljana;
- Rakočević, Slobodan, 1994: Državna uprava, Ljubljana;
- Rus, Veljko, 1990: Socialna država in družba blaginje, Ljubljana;
- Rupnik, Lado, 1992: Javne finance, Ljubljana;
- Semolič, Brane, et al., 2001: Projektni management v novi ekonomiji, Maribor;
- Stanovnik, Tine, 1998: Javne finance, Ljubljana;
- Stepan, Adolf, 1999: Sistemi financiranja v zdravstvu, Ljubljana;
- Stutely, Richard, 2003: Uspešen poslovni načrt: hitra pot do večšega poslovnega Načrtovanja za poslovodje in podjetnike, Ljubljana;
- Šmidovnik, Janez, 1985: Teoretične osnove upravljanja, Ljubljana;
- Šmidovnik, Janez, 1987: Država in družbene dejavnosti, Revija za planiranje št.8/87;
- Šturm, Lovro, 1997: Nove oblike delitve oblasti, Javna uprava, št.1, letnik 33, Ljubljana;
- Toš N., Hafner-Fink M., 1998: Metode družboslovnega raziskovanja, Ljubljana;
- Trpin, Gorazd, 1994: Problemi graditve centralnega upravnega sistema, Javna uprava, št.3, letnik 30, Ljubljana;
- Trpin, Gorazd, 1996: Upravljanje v tranziciji, Javna uprava, št.4, letnik 32, Ljubljana;

- Trpin, Gorazd, 1998: reforma javne uprave – stanje in perspektive (Zbornik referatov V.dnevov slovenske uprave);
- Verbinc, France, 1982: Slovar tujk, Cankarjeva založba, Ljubljana;
- Vila, Antun, 1994: Organizacija in organiziranje, Moderna organizacija, Kranj;
- Virant, Grega, 1998: Pravna ureditev javne uprave, Ljubljana;
- Wall, A., 1996: Health Care Systems in Liberal Democracies, Routledge, London and New York;
- Wilke, Helmut, 1993: Sistemska teorija razvitih družb: dinamika in tveganost samoorganiziranja moderne družbe, Ljubljana;
- Zrinščak, Siniša, 1999: Sistemi zdravstvene politike v svetu: osnovne značilnosti in aktualni procesi, Revija za socialno politiko, št.1, letnik 6, Zagreb.

Uporabljena je bila tudi dokumentacija pristojnih upravnih organov na področju zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti (statistični in drugi podatki, kot npr. neavtorizirani zapisi in avtorizirani, a neobjavljeni zapisi).



## 9. PRAVNI VIRI

Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS/I, št. 33/91, 42/97, 66/00 in 24/03);

Zakon o zavodih (Uradni list RS - stari, št. 12/91 in 8/96);

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 26/92, 37/95, 8/96, 90/99, 31/00,45/01 in 2/04);

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01, 60/02 in 126/03);

Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03 in 2/04);

Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 38/99 in 2/04);

Zakon o naravnih zdravilnih sredstvih in o naravnih zdraviliščih (Uradni list SRS, št. 36/64, 11/65);

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00);

Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02);

Statut Zdravniške zbornice Slovenije (64/96, 22/98, 113/00, 30/01, 43/02 in 124/03);

Statut skupnosti zavodov - Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Pravilnik o pripravi in sprejemu standardov in normativov na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti (Uradni list RS, št. 70/03);

Pravilnik o postopku verifikacije zdravstvenih programov in dejavnosti, ki se izvajajo na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti (Uradni list RS, št. 70/03);

Pravilnik o pogojih za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek (Uradni list RS, št. 110/00);

Pravilnik o merilih za razvrščanje bolnišnic (Uradni list RS, št. 43/98 in 71/03);

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 77/96);

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 110/00);

Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004 (Uradni list RS, št. 49/00);

Dolgoročni plan zdravstvenega varstva SR Slovenije za obdobje 1986 - 2000;

Akti Vlade Republike Slovenije o ustanovitvi posamičnih zdravstvenih zavodov;

Statuti posamičnih zdravstvenih zavodov;

Pravilniki in drugi interni akti zdravstvenih zavodov.

## 10. SEZNAM TABEL

	Stran
Tabela 4.1.: Delež izdatkov za zdravstveno varstvo v odstotku od BDP v Republiki Sloveniji v obdobju 1997 – 2003.....	50
Tabela 4.2.: BDP na prebivalca za leto 2002 v USD v državah članicah OECD in v Republiki Sloveniji.....	52
Tabela 4.3.: Število in naravno gibanje prebivalstva v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 - 2001 (sredi leta).....	53
Tabela 4.4.: Prebivalstvo po starostnih skupinah v % v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 - 2001 (sredi leta).....	54
Tabela 4.5.: Pričakovano trajanje življenja prebivalcev v Republiki Sloveniji v obdobju 1971 - 2001.....	56
Tabela 4.6.: Delež starejših od 65 let v številu celotnega prebivalstva in odhodki javnega zdravstva zaradi staranja v stalnih cenah 2002 v Republiki Sloveniji v obdobju 1993 - 2002.....	57
Tabela 4.7.: Demografski podatki Slovenije in držav članic Evropske Unije .....	58
Tabela 4.8.: Fieldova historična matrica modelov bolezni.....	59
Tabela 4.9.: Tradicije zdravstvenih politik.....	65
Tabela 5.10.: Cenik premij za dodatno zdravstveno zavarovanje Zavarovalnice Vzajemna.....	119

## 11. SEZNAM SHEM

	Stran
Shema 2.1.: Delovanje odprtega organizacijskega sistema.....	16
Shema 2.2.: Splošni model vrednotenja sistema zdravstvene dejavnosti.....	25
Shema 3.3.: Razvoj zdravstvenega varstva na ozemlju Republike Slovenije.....	43
Shema 4.4.: Eastonov model poenostavljenega političnega sistema.....	66
Shema 4.5.: Krog revščine.....	70
Shema 4.6: Tehnologija v zdravstvu.....	72
Shema 4.7.: Temeljni indikatorji za izbiro ustrezne tehnologije.....	75
Shema 4.8.: Coveyev model organizacijske zgradbe zdravstvene dejavnosti.....	81
Shema 4.9.: Proces obravnave potrebe uporabnika v zdravstvenem zavodu.....	84
Shema 4.10.: Organigram zdravstvene dejavnosti z vidika pacienta.....	88
Shema 4.11.: Razlogi za spremembe v organiziranju in poslovanju javnih zavodov.....	97
Shema 5.12: Tipi sodobnih ekonomskih analiz.....	105
Shema 5.13.: Partnerji v procesu dogovarjanja o zdravstvenih programih.....	112