

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Marko Kokelj

**Vpliv tržnih mehanizmov novega javnega menedžmenta na upravni sistem  
zdravstva Slovenije**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Marko Kokelj

Mentorica:izr. prof. dr. Simona Kustec Lipicer

**Vpliv tržnih mehanizmov novega javnega menedžmenta na upravni sistem  
zdravstva Slovenije**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

*»Ko bi Slovenci ljubili svojo domovino kot ljubijo vino in dekleta,  
ej, prihodnost naša bi bila gotova!«*

*(Josip Jurčič)*

*Zahvala*

*Zahvaljujem se mentorici, izr. prof. dr. Simoni Kustec Lipicer, ki je svojim pedagoškim pristopom in kritičnostjo naredila študij zanimivejši, hkrati pa vzbudila izzive. Tako tekom študija kot v samem zaključku mi je pomagala s strokovnimi nasveti ter smernicami, zato se ji iskreno zahvaljujem.*

*Posebna zahvala gre staršema, ki sta mi omogočila dosego novega mejnika na poti izobraževanja in osebne rasti.*

*Hvala dekletu za podporo in potrpljenje ob nastajanju diplomskega dela.*

## **Vpliv tržnih mehanizmov Novega javnega menedžmenta na upravni sistem zdravstva Slovenije**

Želja javnega sektorja, da bi se po učinkovitosti in uspešnosti primerjal z zasebnim sektorjem, je pripeljala do tega, da se je pričel prenos elementov iz gospodarstva v dele javne uprave. Gre za *Novi javni menedžment*, katerega cilj je učinkovitost ob nizkih stroških, naklonjenost posamezniku ter prilagajanje hitrim spremembam. V našem primeru smo izbrali mehanizme privatizacije, koncesij in konkurence, ki počasi a vztrajno prodirajo v sistem zdravstva Slovenije. V diplomskem delu razčlenimo vsak tržni mehanizem posebej, ugotovimo njegovo moč in možnost idealnega razvoja za področje, kamor se želi le-ta implementirati. Na podlagi te analize pridobimo informacije, kako lahko vsak posamezni mehanizem vpliva na sistem, ki povezuje vse v neko celoto – zdravstveni sistem Slovenije. Ugotovitve raziskave kažejo na to, da bi s trenutnim trendom – politike modernizacije zdravstva – oslabili, če ne celo razgradili zdravstveni sistem, kar bi pomenilo celotno prenovno zdravstvene politike financiranja in izvajanja storitev.

**Ključne besede:** Novi javni menedžment, privatizacija, koncesije, konkurenca, zdravstveni sistem.

## **The Influence of Marketing Mechanisms in the New Public Management on the Administrative System of Slovenian Healthcare**

The tendency of the public sector, to be able to match with the private sector in efficiency and effectiveness, has triggered the transfer of elements from economy into parts of the public administration. We speak of the New Public Management, whose goals are efficiency for low costs, inclination towards the individual and adjustment to rapid changes. In our case we deal with mechanisms of privatization, concessions and competition, which are slowly, but steadily making their way into the healthcare system of Slovenia. In the diploma we analyse each marketing mechanism singly, determine its power and the chance of its ideal development in a field, in which the given mechanism wishes to be implemented. Based on the analyses made we discover the information on how each single mechanism influences the system which unites all of the mechanisms in question in a coherent unit – the healthcare system of Slovenia. The results of the research indicate that by following the current trends of healthcare modernisation we would enervate, if not completely dismantle the healthcare system which would result in a full renovation of the healthcare policies of financing and service provision.

**Key words:** New Public Management, privatization, concession, competition, Healthcare System.

## KAZALO

1	UVOD .....	7
2	METODOLOŠKO POGLAVJE .....	10
	Cilj in namen naloge .....	10
	Raziskovalna vprašanja in hipoteza .....	10
	Metode in tehnike .....	10
3	TEORETIČNA IZHODIŠČA .....	11
3.1	Temeljna sistemska teorija .....	11
	<i>Racionalni sistem:</i> .....	11
	<i>Naravni sistem:</i> .....	12
	<i>Odprti sistem:</i> .....	12
3.2	Tradicionalno upravljanje in Novi javni menedžment (privatizacija, konkurenca, koncesije – JZP) .....	13
	<i>Weber – teorija birokracije</i> .....	13
	<i>NJM</i> .....	14
	<i>Pogodbništvo</i> .....	15
3.3	Zavodi .....	16
4	EMPIRIČNI DEL .....	17
4.1	Analiza zakonske podlage za podelitev koncesij in privatizacijo .....	17
4.2	Privatizacijski pristop .....	20
4.3	Koncesijski pristop .....	23
4.4	Konkurenca in njena oblika .....	25
4.5	Odraž med teorijo in prakso NJM .....	27
4.6	Določitev sistema in njegovega razvoja .....	28
5	SKLEP .....	30
6	LITERATURA .....	32

<b>PRILOGE</b> .....	<b>36</b>
<b>Priloga A: Intervju z izr. prof. dr. Majdo Pahor, predstojnica katedre za družbene vidike zdravja in zdravstva na Zdravstveni fakulteti</b> .....	<b>36</b>
<b>Priloga B: Intervju z red. prof. dr. Maksom Tajnikar, predstojnik podiplomske katedre Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na Ekonomski fakulteti</b> .....	<b>39</b>
<b>Priloga C: Intervju z Janezom Zupančič, dr. med., direktor Zdravstvenega doma Ivančna Gorica</b> .....	<b>44</b>
<b>Priloga Č: Intervju z mag. Julijano Bizjak-Mlakar, predsednico društva za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva</b> .....	<b>45</b>
<b>Priloga D: Intervju z doc. dr. Marijo Petek-Šter, dr. med., spe. druž. med., zaposlena v ZD Trebnje, članica Katedre za družinsko medicino</b> .....	<b>47</b>
<b>Priloga E: Primerjava koncesionarjev ter zaposlenih v javnem zavodu ter viri financiranja</b> .....	<b>48</b>
<b>Priloga F: Anketni vprašalnik</b> .....	<b>49</b>

## **KAZALO SLIK**

<b>Slika 1. 1: Zdravstveni sistem Slovenije</b> .....	<b>8</b>
<b>Slika 4. 1: Zdravstveni sistem Slovenije, izpostava podsistema primarno in sekundarno</b> .....	<b>29</b>

## **KAZALO TABEL**

<b>Tabela 4. 1: Odstotkovno gibanje splošnih zdravnikov in specialistov v javnih zavodin in tistih s koncesijo glede na obdobja</b> .....	<b>23</b>
<b>Tabela E. 1: Število splošnih zdravnikov in specialistov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo za leta 2004, 2006, 2008 in 2010</b> .....	<b>48</b>
<b>Tabela E. 2: Delež finančnih sredstev za zdravstvene storitve glede na vrsto izvajalca v obdobjih 2004, 2006, 2008 in 2010</b> .....	<b>49</b>
<b>Tabela E. 3: Financiranje zdravstva iz žepa, glede na vsa plačila v zdravstvu, izraženo v odstotku za leto 2004, 2006, 2008 in 2010</b> .....	<b>49</b>

## 1 UVOD

V Sloveniji je v zadnjih nekaj letih moč zaznati za nas nov tok upravljanja v javni upravi, v tujini znan pod imenom *New public management* (NPM), pri nas pa kot *Novi javni menedžment* (NJM) ali novo upravljanje javnega sektorja (NUJS). Ta nov tok upravljanja se kaže preko različnih dejavnikov v javni upravi in poizkuša zamenjati stari Weberijanski model delovanja javne uprave. Elementi, ki nas zanimajo, so tržno usmerjeni, poimenovali jih bomo tržni mehanizmi, pojem pa razdelali nekoliko kasneje.

Slovenija je naredila že kar nekaj korakov v smeri, kjer ima gospodarstvo proste roke. Tako je privatizirala precejšen del velikih družb, kot so Lek, NKBM, Adria Airways, Luka Koper idr. Profitno usmerjene družbe nas ne zanimajo, saj se bomo v raziskavi delovanja NJM posvetili predvsem vplivu na javne zavode, katerih osnova je neprofitno delovanje za dobro družbe. Od leta 2004 so se ideje tržnih mehanizmov pričele pojavljati bolj pogosto v medijih, realizacija le-teh pa se je pokazala z dvigom podeljenih koncesij v zdravstvu. Mnenja o tržnih mehanizmih znotraj področja zdravstva so si deljena, kar je tudi vzrok za vrsto razprav in predlogov zakonov v Državnem zboru. Od leta 2006 pa je ustanovljeno tudi društvo za ohranitev javnega zdravstva, ki poizkuša z uglednimi člani vplivati na kreiranje zdravstvene politike.

Na tej točki pa se lahko tudi sami vprašamo, kaj pravzaprav prinašajo tržni mehanizmi v zdravstveni sistem. Zato je naš cilj preučiti delovanje tržnih mehanizmov NJM posamično, saj bomo tako našli elemente, ki bi bili sposobni vplivati na zdravstveni sistem.

Posameznik je temelj katerega koli socialnega sistema. Tako je sistem sestavljen iz interakcij med posamezniki, ki oblikujejo neko osnovo elementov za sistem. Medtem pa pri političnem sistemu ne gre za konstelacijo ljudi, pač pa za skupek interakcij, ki so izolirane od drugih vrst interakcij (Easton 1965, 35–36). Če ponastavimo, sistem je sestavljen iz delov, kateri so v medsebojnih odnosih, skupaj pa tvorijo celoto, drug brez drugega pa ne morejo delovati (Gene in drugi 2006, 477–478). Tudi v zdravstvu gre za sistem, saj je tudi ta sestavljen iz točno določenih elementov, kateri delujejo le, če so povezani med seboj.





NJM je pravzaprav podjetniški koncept upravljanja javnega sektorja, kateri se je razvil v osemdesetih letih v angloameriški regiji (Kovač v Haček 2009, 36). Cilj tovrstnega menedžmenta v javni upravi je usmerjenost k uporabniku ter uveljavitev prožnosti pri organizaciji in trženju (Kovač v Haček 2009, 37). Različni avtorji navajajo različne modele NJM, tako Ferile, Ashburner, Fitzgerald in Pettigrew predstavljajo štiri modele:

- zagotavljanje učinkovitosti,
- ploščenje in decentralizacija,
- vzpostavljanje poslovne odličnosti in
- usmerjenost v zagotavljanje javnih storitev (Žurga 2001, 53).

Vsak od teh modelov vsebuje nekaj elementov, ki so prav tako sestavni del NJM, toda opisovanje vseh bi bilo v našem primeru nesmiselno. Zato bom izpostavil zgolj nekaj pomembnih za nas. Hughes pravi, da NJM prinaša tudi strmenje javne uprave k privatizaciji in drugim načinom tržnega delovanja. Prav tako pa zagovarja delovanje vseh organizacij v javni upravi čim bolj neodvisno z razloga doseganja čim boljših rezultatov (Hughes 2003, 44–46).

NJM nam nudi potrošniški model, pri katerem je posameznik pred skupnostjo, kar degradira javni prostor in spodbuja pasivnost (Flynn 2007, 139). Tovrstni pristop omogoča potrošnikom, da se odločijo za tistega ponudnika storitev, ki jim najbolj ustreza, to pa povzroča zahtevo po večji privatizaciji tudi v zdravstvu (Flynn 2007, 156–161). Večja privatizacija pomeni razvoj konkurence, katero zagovarja Hood pri opredelitvi bistva NJM (Hood v Kovač 2004, 178). S prenosom nalog na zunanje izvajalce povzročamo konkurenčnost in tržni model<sup>1</sup>, ob enem pa se kaže ekonomičnost<sup>2</sup> javne uprave. Vsi trije elementi pa so tudi del NJM-ja, saj se uvedba konkurenčnosti v javni upravi poudarja, prav tako pa tudi ekonomičnost (Haček 2009 36–39).

---

<sup>1</sup> Pod tržni model štejem tržno ravnatežje, kjer gre za ravnatežje med ponudbo in povpraševanjem. Ob enem pa za konkurenco, ko se na trgu pojavi več ponudnikov (Lah 2005).

<sup>2</sup> Ekonomičnost pomeni, da z danimi stroški ustvarimo čim večji proizvod.

Formula za izračun = celotni prihodek/celotni odhodek . V kolikor je vsota 1 ali več, gre za dobiček, v nasprotnem primeru pa za izgubo (Vernig 2002).

## 2 METODOLOŠKO POGLAVJE

### Cilj in namen naloge

- Predstaviti obstoječe načine upravljanja zdravstvenega sistema skozi izbrane elemente NJM.
- Na podlagi spoznanj vpliva tržnih mehanizmov, le-te umestiti v celoten zdravstveni sistem.

### Raziskovalna vprašanja in hipoteza

- Ali bi tržni mehanizmi povzročili spremembe pri zagotavljanju zdravstvenih storitev ter kako pri tem ohraniti stabilnost<sup>3</sup> sistema?
- Ali se ustvarja nadzor nad zagotavljanjem konstante mreže javne zdravstvene službe?
- Smiselnost pristopa NJM v javni upravi oz. v javnem zdravstvu.

Združitev treh zgoraj omenjenih elementov NJM (privatizacija, koncesije – kot drugi načini tržnega delovanja in konkurenčnost) in implementacija le-teh v že obstoječi zdravstveni sistem Slovenije pa postavljata našo **hipotezo**, ki se glasi: *Privatizacija, koncesije in konkurenca kot temeljne lastnosti NJM lahko pozitivno vplivajo na stabilnost zdravstvenega sistema Slovenije, zato je nadaljnja modernizacija s pristopom NJM smiselna.*

### Metode in tehnike

- Analiza in interpretacija primarnih virov: uporabili smo dokumente in zakonodajo, na kateri temelji možnost vpeljave in uporabe naših tržnih mehanizmov v zdravstvenem sistemu.
- Analiza in interpretacija sekundarnih virov: analiza že obstoječih podatkovnih virov, to so Eurostat, SJM, World bank. Ti viri nam podajajo informacije o zadovoljstvu, finančnem stanju ipd.
- Analiza in interpretacija terciarnih virov: tu se zanašamo na literaturo, ki se nanaša na upravne sisteme, NJM, privatizacijo, javno-zasebno partnerstvo, javno upravo in delovanje organizacij.

---

<sup>3</sup> Varstvo državljanov in spoštovanje Ustave RS glede na 2. in 51. člen.

- Družboslovni intervju: intervjuje smo opravili na dva načina, osebno ali preko elektronske pošte, vprašanja pa so se nanašala na možnosti privatizacije, trenutno upravljavsko svobodo, možnost financiranja in prihodnost slovenskega zdravstva. Intervjuvanci so bili direktor ZD Ivančna Gorica, dr. Janez Zupančič, predsednica društva za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva, mag. Julijana Bizjak Mlakar, predstojnik podiplomske katedre Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na Ekonomski fakulteti, dr. Maks Tajnikar, ter predstojnica katedre za Družbene vidike zdravja in zdravstva na Zdravstveni fakulteti, dr. Majda Pahor.

### 3 TEORETIČNA IZHODIŠČA

#### 3.1 Temeljna sistemska teorija

Glavno lastnost sistema – sistem tvorijo med seboj povezani elementi – smo opisali že v uvodu diplomskega dela. Splošna teorija sistemov nam podaja podrobnosti sestave sistema, podsistemov, način zaznavanja sistema kot nekaj več, delovanje v sistemu ipd. Poglobljanje in razlaga celotne teorije bi bila nesmiselna, zato se bomo osredotočili na tri vrste sistemov, ki se pojavljajo v organizacijah. Glede na Scotta (1987), se bomo osredotočili na racionalni, naravni in odprti sistem.

##### ***Racionalni sistem:***

»Družbe so kolektivno usmerjene v zasledovanje relativno specifičnih ciljev in izkazujejo relativno visoko oblikovane socialne strukture.« Se pravi, da nas ne zanima zgolj značilnost organizacij (družb), temveč tudi normativna zgradba (Scott 1987, 22). Scott nam prikazuje delovanje racionalnega sistema preko štirih študij, ki so jih opravili Taylor (*Znanstveni menedžment*), Fayol (*Administrativna teorija*), Simon (*Diskusija o administrativnem obnašanju*) in Weber (*Teorija birokracije*).

Največji poudarek racionalnega sistema leži na upravljanju – se pravi, določitev obnašanja ene podskupine udeležencev je odvisna od druge pod/skupine. Sprejemanje odločitev je centralizirano, večina udeležencev je izključenih iz diskrecije oz. načina izvajanja nadzora nad lastnim obnašanjem.

### ***Naravni sistem:***

Koncept naravnega sistema o organizacijah ne temelji v celoti na tem kaj organizacije niso, čeprav je to pomembna sestavina (za sistem). Glavna pozornost je namenjena za proučevanje načina, v katerem je organizacija – kot vsi kolektivi – navzoča glede na potrebe ali zahteve njenega sistema. Organizacije so prikazane kot organski sistem, prežet z močnim instinktom za preživetje in ohranitvijo samega sebe kot sistema (Scott 1987, 23).

Scott nam poda predlog definicije oblikovanja organizacije oz. za definicijo naravnega sistema. »Organizacije so združenja, čigar udeleženci delijo skupne interese za preživetje sistema. Za doseg tega cilja morajo udeleženci sodelovati, posledično pa se neformalno povezujejo« (Scott 1987, 23).

### ***Odprti sistem:***

Organizacije niso zaprt sistem, zatesnjen v njihovo okolje. So odprti in odvisni tako od osebja kot virov od zunaj. Če organizacija želi preživeti, mora vsebovati elemente, ki zagotavljajo sredstva, energijo in čas (Scott 1987, 23).

»Organizacije so koalicije spreminjajočih se interesnih skupin, ki dosežejo cilje s pogajanjem, struktura koalicij, aktivnosti in njeni rezultati so močno vplivani s strani okoljskih dejavnikov« (Scott 1987, 23).

Razvoj (ne glede na raven – sub/supra) sili organizacije/družbe k boljši organiziranosti, hitrejši odzivnosti, h konkurenčnosti. Vse to pa povzroča željo po najboljšem sistemu delovanja organizacije/družbe, kar pomeni mešanje zgoraj opisanih vrst sistemov.

Sklicujoč se na Scotta se bomo osredotočili na Thomsonov nivojski model<sup>4</sup>, kasneje pa še na dva tipa iz teorije sistemov. Prvi se nanaša na obdobje pred letom 1960, imenovan model zaprtega racionalnega sistema<sup>5</sup>, in tretji tip iz obdobja po letu 1960, model odprtega racionalnega sistema. Podrobnosti modelov bomo predstavili tekom analize, s samo vključenostjo le-teh pri odlikovanju javnega menedžmenta.

---

<sup>4</sup> Thompsons level model

<sup>5</sup> Closed Rational System Models

Politično življenje lahko interpretiramo kot sistem, ki je konceptualno ločeno od drugih sistemov v družbi. Interakcije, katere izpadejo iz sistema, lahko označimo kot okolje<sup>6</sup>, v katerem politični sistem obstaja. Zavedati pa se moramo tudi, da med obema obstaja nekakšna meja, gre pravzaprav za simbolno določitev tega, kaj spada v sistem, glede na njegove lastnosti (Easton 1965, 47–66).

### **3.2 Tradicionalno upravljanje in Novi javni menedžment (privatizacija, konkurenca, koncesije – JZP)**

Nekje do sredine 20. stoletja je bil način upravljanja med javnim in zasebnim sektorjem dokaj podoben, temelječ na Webrovi teoriji birokracije. Spremembe so se pričele okoli 60-ih let, ko se zaradi togosti sistema upravljanja v zasebnem sektorju začno spremembe v drugo smer. Zaradi boljšega delovanja v upravljanju zasebnega sektorja je tradicionalni sistem dobil oznako zastarelega in pomanjkljivega. Zaradi vztrajanja vlad pri tradicionalnem sistemu, kot najboljšem za upravljanje birokracije, se vpeljava menedžerskega načina upravljanja prične šele v 80-ih in 90-ih letih 20. stoletja (Hughes 2003, 48).

Novo upravljanje namenja večjo pozornost rezultatom in odgovornosti vodstva oz. upravljavca. Pomembna ločnica med modeloma je tudi fleksibilnost, zahtevana od osebja v organizaciji, ter v naprej določeni cilji, postavljeni s strani organizacije oz. uprave, zato da bi bila evalvacija procesa olajšana. Nov sistem ne označuje odgovorne osebe kot nevtralne in nestranske, saj so na vodilna mesta v večini postavljeni s strani politike. Med pomembnejše cilje novega modela upravljanja šteje tudi zmanjševanje državne vpletenosti v organizacije, kar se kaže preko privatizacije in drugih oblik tržnih pogodb (javno-zasebno partnerstvo – JZP). Vse lastnosti se med seboj povezujejo s ciljem izboljšanja končnih rezultatov organizacije (Hughes 2003, 44).

#### ***Weber – teorija birokracije***

Teorija birokracije je nastala iz potreb po rutini in legitimnosti oblasti. Teorija klasičnega modela izvira s strani Woodrowa Wilson in Fredericka Taylor iz ZDA, ter

---

<sup>6</sup> Pri okolju sistema je potrebno biti pozoren, ali gre za okolje ki je intra-societal (notranje-družbeno) ali extra-societal (zunanje/mednarodno-družbeno), saj posledično pride do drugačnih pritiskov na sam sistem (Easton 1965, 70).

Maxa Weber iz Nemčije. Izpopolnjenost teorije je botrovala k najdaljšemu delovanju v javnem sektorju (Hughes 2003, 17). Prenos specializacije zaposlenih za določena področja je prinesla učinkovito spoprijemanje z nalogami (Žurga 2001, 25). Posledično se je upravljanje spreminjalo, država pa je pridobila t. i. Klasični model upravljanja po Webru, katerega sestavljajo sledeči elementi:

- |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- pravila,</li><li>- zakoniti postopki,</li><li>- predvidljivost okolja,</li><li>- odgovornost,</li><li>- formalizem,</li><li>- odprtost,</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- pritožbe s pogajanjem,</li><li>- zakonitost,</li><li>- profesionalnost, lojalnost,</li><li>- javni interes in javna korist<br/>(Kovač 2004, 180).</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Uspešnost klasičnega modela ne temelji na učinkovitosti, toda odpravi osnovne težave, predstavljene s strani strank:

- |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- zagovarjal je varnost,</li><li>- stabilnost,</li><li>- zagotavljal osnovno pravičnost in enakost,</li><li>- zagotavljal je delovna mesta,</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- zagotavljal je dobrine, ki so jih ljudje industrijske dobe potrebovali in pričakovali (šole) (Žurga 2001, 25).</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ***NJM***

V nasprotju z Weberianskim sistemom, ki so ga vzpostavili teoretiki, je NJM prenesen iz politike upravljanja organizacij v zasebnem sektorju.

Polona Kovač trdi, da gre pri NJM za nekakšno nadgradnjo klasičnega upravnega modela. Novi elementi so:

- |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- cilji in rezultati,</li><li>- učinkovitost dela,</li><li>- prilagoditev okolju,</li><li>- usmeritev k rezultatom,</li><li>- inovativnost,</li><li>- tajnost,</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- pritožbe povzročajo odpoved,</li><li>- uspešnost,</li><li>- zadovoljevanje osebnih interesov,</li><li>- dobiček (Kovač 2004, 180).</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Hood je v letu 1990 opredelil bistvo NPM in ga teoretično opredelil. Model je povzel po izkušnjah iz Britanije in jih podal na naslednjih točkah:

- usmeritev na profesionalni menedžment,
- uvedba standardov in merjenja uspešnosti,
- izhodna kontrola,
- decentralizacija,
- konkurenca,
- poslovne metode dela in
- ekonomična poraba virov (Kovač 2004, 178).

### ***Pogodbništvo***

Pod terminom pogodbništvo lahko razumemo storitev, izvedeno s pogodbo preko zasebnega sektorja, prostovoljcev ali nekega drugega sektorja v javni upravi. Ideja izvira iz konkurence, jo spodbuja, ni pa pogoj za pojav le-te. »Pogodbništvo« lahko nadomesti tradicionalno birokratsko hierarhijo in deluje z omrežjem ponudnikov, ki so ohlapno zbrani okoli vladne agencije za financiranje, ter tako zagotavlja storitve izključno za domeno države. Javni razpisi izvirajo iz lokalne ravni Velike Britanije, javne službe pa delujejo pod točno določenimi pravili pogodb, tako z zasebnim sektorjem kot v med-sektorskem povezovanju. Pogodbeniki lahko izvajajo le predpisane storitve in to točno toliko časa, kolikor je določeno s pogodbo (Hughes 2003, 56–57).

V Sloveniji pogodbništvo poznamo pod besedo partnerstvo, bolj specifično pa kot javno-zasebno partnerstvo JZP. *Zakon o javno-zasebnem partnerstvu* to definira kot: »razmerje zasebnega vlaganja v javne projekte in/ali javnega sofinanciranja zasebnih projektov, ki so v javnem interesu, ter je sklenjeno med javnim in zasebnim partnerjem v zvezi z izgradnjo, vzdrževanjem in upravljanjem javne infrastrukture ali drugimi projekti, ki so v javnem interesu in s tem povezanim izvajanjem gospodarskih in drugih javnih služb ali dejavnosti, ki se zagotavljajo na način in pod pogoji, ki veljajo za gospodarske javne službe, oziroma drugih dejavnosti, katerih izvajanje je v javnem interesu« (*Zakon o javno-zasebnem partnerstvu*, 2. čl.).

Glede na Pintarja se javno-zasebno partnerstvo deli na pet različnih oblik sodelovanja.

1. Tradicionalna javna vzpostavitev projekta.
2. Pogodbeno izvajanje pomeni prenos javne storitve v izvajanje zasebnemu sektorju, ker le-ta storitve izvaja učinkoviteje. Javni sektor ohrani odgovornost za upravljanje in investicije.
3. Pogodbeno upravljanje se dotika ene skupine ali objekta, ki opravlja neko storitev. Razlika z izvajanjem se kaže pri prenosu odgovornosti za upravljanje na zasebnika, medtem ko investicijska odgovornost ostane v javnem sektorju.
4. Najemne pogodbe (leasing).
5. Privatizacija pomeni zgolj menjavo lastništva med javnim in zasebnim sektorjem, za kar razpis ali oblika prodaje nista pogoj. V privatizacijo štejejo tudi podjetja z mešanim lastništvom, kjer gre za ustanovitev popolnoma novega ali delitev že obstoječega podjetja. Lastnosti privatizacije so:
  - javni sektor ni neposredno odgovoren za proizvedene storitve,
  - razpad monopola in vzpostavitev konkurenčnosti ter
  - zavedanje uporabnikov o lastniku proizvedenih storitev (Pintar 2009, 21–23).

Koncesije so trenutno omenjene v Zakonu o zavodih iz leta 1991, kjer je s 24. členom določeno, da se koncesijo »lahko podeli zavodu, ki ni ustanovljen kot javni zavod, če izpolnjuje za opravljene javne službe predpisane pogoje«, pod istim pogojem pa so lahko koncesionarji podjetja ali posamezniki.

»Zakon o zavodih namreč predvideva kot posebno organizacijsko obliko zavod s pravico javnosti, kadar koncesijo pridobi zasebni zavod. Nimajo pa posebnega statusa koncesionarji, ki opravljajo dejavnost v drugi organizacijski obliki« (Kamnar 1999, 43).

### **3.3 Zavodi**

Zavode delimo na javne in zasebne. Namen ustanovitve javnih zavodov je opravljanje javne službe ali nepridobitne družbene dejavnosti, ustanovitelji pa so lahko država, občina ali druga oseba javnega prava. Kadar govorimo o ustanoviteljih, kjer gre za pravno ali fizično osebo, govorimo o zasebnih zavodih, a v kolikor se storitve opravljajo na neprofitni način, je potrebno delovati v skladu z zakonskimi pooblastili. Tako imamo pri zavodih možnosti različnih vrst lastninjenja, le-te pa so pri zasebnih in javnih negospodarskih zavodih urejene preko ustanoviteljskega akta ali soustanoviteljske



pogodbe. Težava pri upravljanju se pojavlja zaradi nejasnosti porazdelitve med lastnino premoženja zavoda (Kamnar 1999, 47–48).

## 4 EMPIRIČNI DEL

### 4.1 Analiza zakonske podlage za podelitev koncesij in privatizacijo

*Zakon o zavodih* (Ur. l. RS 12/1991) nam daje možnost »privatizacije« javnega zavoda, kjer zasebni subjekt opravlja javno službo, a le pod pogojem, da dobi koncesijo od pristojnega organa<sup>7</sup>. S tem gre za neko vrsto liberalizacije<sup>8</sup>, saj se s koncesijo pojavlja konkurenca<sup>9</sup> na določenih področjih javnih služb. Vseeno pa se moramo zavedati, da koncesionarji niso čisti zasebniki, *saj se morajo pri svojem delovanju ozirati na pravice, dolžnosti in odgovornosti javnega zavoda*<sup>10</sup>. Koncesijo za opravljanje javne službe lahko prejme tudi zavod, ki ni označen kot javni, a izpolnjuje predpisane pogoje za opravljanje javne službe. Kdo podeljuje in komu se podeli ter na kakšen način, opredeljujeta *Zakon o zavodih (ZZ)* in *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*, dokaj podobno. *Zakon o zdravstveni dejavnosti* pa nadaljuje z določitvijo mreže javne zdravstvene službe (ZZDej, 5. čl.), le-to na primarni ravni določata in zagotavljata občina oz. mesto, medtem ko je sekundarna in terciarna raven pod pristojnostjo RS. Prav tako ne gre izpustiti 6. odstavka 5. člena ZZDej, ki določa, da lahko zasebni zdravstveni delavec kandidira za prostore javne zdravstvene službe, v primeru konkurence pa razpis dobi tisti z najboljšimi pogoji.

Pri privatizaciji pa moramo omeniti tudi t. i. divjo privatizacijo<sup>11</sup>, le-ta pa se od leta 2005 vedno bolj pogosto pojavlja v medijih kot izraz podeljevanja koncesij. Kot problem pa t. i. divjo privatizacijo v največji meri izpostavlja Gibanje za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva.

Gibanje je nastalo v letu 2006 kot opozicija idejam privatizacije in prekomernega podeljevanja koncesij na področju zdravstva (ZdraVi).

---

<sup>7</sup> Republika, občine, mesto in druge z zakonom pooblašene pravne osebe (*Zakon o zavodih*, 3. čl.)

<sup>8</sup> V večini primerov gre za zmanjševanje regulatornega okolja (Hughes 2002, 100).

<sup>9</sup> Konkurenca se kaže pri javnih razpisih za specialistične posege, le-to bomo na primeru predstavili v nadaljevanju.

<sup>10</sup> Glej: *Zakon o zavodih*, 2. odstavek 23. člen.

<sup>11</sup> Z divjo privatizacijo označujejo netransparentno dodeljevanje koncesij (RTV SLO 2006, 4. oktober).

Glavni vzroki za pojav »divje privatizacije« leta 2005 je napoved olajšanja načina podeljevanja koncesij s strani takratnega ministra za zdravje g. Bručana, ki naj bi s to olajšavo rešil problem pomanjkanja zdravnikov<sup>12</sup> (Delo 2005a). Minister Bručan je podal nekaj predlogov, kjer naj bi se javni zdravstveni zavodi dali v najem, lastništvo pa bi ostalo lokalni skupnosti. Poudaril je tudi možnosti privatizacije bolnišnic – za kar bi potreboval spremembo zakonodaje – kar je bila, glede na privatizacijske trende v tistem času, povsem realna vizija. Kot član SDS-ja je zagovarjal tudi spremembo namembnosti javnih zavodov v t. i. neprofitna javna podjetja (ZD Koper, 2005). Podobno vizijo je imel tudi Mičo Mrkaič, vodja vladnega pododbora za zdravstvene reforme, ki je reformo bolnišnic predstavil s spremembo javnega zavoda v delniško družbo, s tem pa bi odprl možnosti pritoka zasebnega kapitala. Poleg tega je zagovarjal, da je privatizacija v slovenskem zdravstvu nujen proces, ki bi pripomogel k boljši učinkovitosti zdravstva (Delo 2005b). Pri tem so na Kliničnem centru (KC) izpostavili problem podeljevanja koncesij, saj le-te klestijo že obstoječe programe storitev KC. To se kaže preko višine sredstev, namenjenih KC za že obstoječ program, saj so le-ta zmanjšana za »moč« novega koncesionarja v regiji, prej zaposlenega na KC (Delo 2005b). V letu 2005 je bila odmevna podelitev koncesijskega dovoljenja Marku Bitencu, dr. med., katero je (kot član v nadzornem svetu KC) podelil kar »sam sebi«. Na oškodovanju KC je takrat opozarjal Mrkaič, ki je s primerom Petrola prikazal podelitev koncesije Bitencu (24ur, 2005). Težave, na katere je opozarjal Mrkaič, pa se reflektirajo v letu 2012 pri izbiri ponudnikov na razpisu ZZZS za specialistične zdravstvene posege. Na razpis se je poleg javnih zavodov prijavilo še pet zasebnikov, ki so bili izbrani na razpisu in prejeli okoli ¼ razpisanih sredstev, saj so bili konkurenčnejši od javnih zavodov – ponudili so najnižje cene. Bolnišnice so izpostavile problem zasebnikov, ki so zmagali na razpisu, saj le-ti nimajo primerne osebja niti opreme za izvajanje posegov – kot neprimerne se izpostavljajo Aljoša Toš, Senekovič d.o.o. in Bitenc. Če imata Toš in Bitenc urejeno koncesijo, je Senekovič d.o.o. še nima, a je bil na razpisu vseeno izbran za 227 operacij (Zupančič 2012b). Drugi razlog za ogorčenje bolnišnic je, da ti zasebniki nimajo osebja v primeru nujne pomoči, tako se stroški avtomatsko prenesejo na bolnišnice, ki morajo sprejeti tudi paciente zasebnikov. Omogočanje manjkajoče nujne medicinske pomoči zagotavlja *Zakon o zdravstveni dejavnosti*, v 36.

---

<sup>12</sup> Glede na obdobja 2004, 2006, 2008 in 2010 je število splošnih zdravnikov kot specialistov, naraščalo. Toda glede na statistične podatke to ni refleksija višjega števila izdanih koncesij. Za več informacij glej Priloga E, Tabela E. 1 in E. 2.

členu, ki omogoča zasebnim zdravnikom, da sicer mora »v skladu z naravo svoje dejavnosti zagotavljati stalno medicinsko pomoč itd.,« a še v istem odstavku omogoča sodelovanje z najbližjim zdravstvenim domom, drugimi zdravstvenimi zavodi ali z drugimi zasebnimi zdravstvenimi delavci (Ur. l. RS 36/2004). Ravno zaradi nujne medicinske pomoči in opreme, ki jih držijo bolnišnice v lasti, pa le-te ne morejo biti konkurenčne zasebnim ponudnikom – koncesionarjem. Tretji problem pa je ZZZS, ki je podpisal pogodbe s ponudniki pred arbitražnim postopkom (Zupančič 2012a).

Glede na trenutno stanje lahko preverimo možnosti podeljevanja koncesij in zakonsko podlago koncesij. Mar to res pomeni »divjo« privatizacijo, kaj je pomembno za ZZZS ter vpliv tovrstnega podeljevanja koncesij na javno zdravstvo oz. kar na sistem zdravstva Slovenije (z vidika financ javni proti zasebnemu na razpisih)?

Preden se posvetimo nadaljnji analizi koncesijskih pogodb, pa si moramo pogledati še unikum v načinu »privatizacije« Zdravstvenega doma Slovenskih železnic. Iz medijev je moč zaslediti, da gre za grobo privatizacijo zdravstva, toda temu ni povsem tako.

Družba Slovenske železnice d. o. o. je v letu 1991 od države pridobila ustanoviteljske pravice nad Železniškim zdravstvenim domom, ki skupno zajema preko 10 splošnih in specializiranih ambulant z 90 zaposlenimi (Zupančič 2011a). 20. 6. 2011 je družba Slovenske železnice d. o. o. (SŽ) izdala Javni razpis za zbiranje ponudb za prenos ustanoviteljskih pravic SŽ – Železniškem zdravstvenem domu Ljubljana (Družba Slovenske Železnice 2011). Sklicujoč na izjavo AUKN, družba SŽ na javnem razpisu ponuja upraviteljske pravice zaradi specializacije družbe zgolj na področje prometa. Zahtevane zdravstvene storitve za svoje zaposlene pa bi tako po novem iskala preko razpisa, kjer bi lahko posledično dosegli bolj konkurenčno ceno in znižanje stroškov v primerjavi s trenutnim stanjem (Zupančič 2011b). Vprašanje, ki se najprej poraja, je varnost zavarovancev, ki potrebujejo storitve Železniškega zdravstvenega doma (ŽZD) Ljubljana, toda to ne bi smel biti problem. Glede na ZZZS<sup>13</sup> ima ŽZD status javnega zavoda, kar je v 3. členu ZZ (Ur. l. RS 12/1991) določeno za opravljanje javnih služb. Prav tako gre pri javnem zavodu za osebe s pravicami, z obveznostmi in odgovornostmi, ki jih določa zakon in akt o ustanovitvi (*Zakon o zavodih*, 4. čl.). Javni

---

<sup>13</sup> Izvajalci zdravstvenih storitev: Javni zavodi – OE Ljubljana – Zdravstveni domovi

zavod ŽZD ima že od leta 1991 določeno dejavnost in le-to vpisano v sodni register. Ker gre za prenos ustanoviteljskih pravic in ne za ustanovitev zavoda, kateri bi opravljal javne službe, le-ta ne potrebuje koncesijskega dovoljenja. V kolikor bi se novi lastnik ustanoviteljskih pravic odločal za spremembo ali razširitev dejavnosti na podlagi 20. člena ZZ, to še ne pomeni privatizacije zdravstva, saj mora tudi ob spremembi dejavnosti izpolnjevati pogoje iz ZZ, katere določa pristojni organ. Nov lastnik pa se lahko zavzame tudi za spremembo statusa, tu imamo v mislih zadnji odstavek 51. člena ZZ (Ur. l. RS 12/1991): »Ustanovitelj lahko odloči, da se zavod ali njegova organizacijska enota organizira kot podjetje«. To posledično pomeni, prenehanje zavoda (*Zakon o zavodih*, 54. čl.). V kolikor lastnik nima urejene koncesije za opravljanje javne zdravstvene dejavnosti, se s to ne more ukvarjati. V kolikor se delo zmanjša na eno osebo, ki bi opravljala zdravstveno dejavnost, pa se mora le-ta ravnati po *Zakonu o zdravstveni dejavnosti*, kjer je eden izmed temeljnih pogojev 35. člen, ki določa pogoje za izvajanje zdravstvene dejavnosti. Tu pa se že oddaljujemo od privatizacije Zdravstvenega doma in prehajamo k zasebnim izvajalcem zdravstvenih storitev ter koncesionarjem.

#### **4.2 Privatizacijski pristop**

Iz zgornjega primera privatizacije lahko opazimo, da gre za čisto privatizacijo, v kolikor se nanašamo na Tičarja, da je privatizacija pravzaprav prehod lastninskih pravic iz družbene/javne sfere v t. i. zasebno sfero (Tičar 1996, 52). Sprememba lastništva zagotovo prinese spremembe v upravljanju, ali gre za pozitivne ali negativne pa lahko ugotovimo zgolj na študiji primerov.

Vprašanje, katerega si moramo zastaviti je, za koga so boljše nove razmere, opozarja dr. Majda Pahor. Izboljšanje razmer naj bi v zasebni sferi v največji meri občutili izvajalci storitev, se pravi zdravniki, saj imajo le-ti na razpolago resurse in upravljanje. Če gledamo s strani naročnikov in za kriterij vzamemo življenjsko dobo, je odklon med javnim in zasebnim zdravstvom minimalen. Šele z bolj specifičnim pregledom lahko vidimo ugodnosti javnega zdravstvenega sistema, saj v splošnem le-ta ustvarja bolj zdravo prebivalstvo. Pri upravljanju pa se razlike kažejo predvsem v racionalnosti in administrativnih ovirah, katere se vse pogosteje pojavljajo v javnem sektorju. Sistem javnih naročil ovira investicije, procesi odločanja pa so predolgi in posledično negativno vplivajo na delovanje javnega zavoda. Medtem pa se pojavlja strah, da bi

zasebni sektor premalo namenjal za investicije, saj bi šla finančna sredstva zgolj za nagrade lastnikov (Pahor 2012).

Privatizacija pa je mogoča tudi za posamezne enote zavoda in ne zgolj kot celota. Možnost delitve pravnih oseb na dva ali več subjektov bi omogočilo, da lahko država opravlja javno službo na tistem področju javnega zavoda, ki ima poseben pomen. Tako ostane lastnik te »enote« in zagotavlja nemoteno izvedbo storitev, na drugi strani pa s privatizacijo enot, kjer se lahko izvaja gospodarska dejavnost, omogočamo pritok kapitala (Tičar 1996, 61). Podoben, nekoliko manj agresiven pristop privatizacije nam predstavi tudi Zalar, ki zagovarja t. i. hibridne modele, kjer je glavna sprememba v zavodu na področju upravljanja, ki postane menedžersko vodeno, in pa v možnosti oddajanja prostorov in opreme zasebnim partnerjem (Zalar 1999, 217). Ideje iz konca 90-ih let so še vedno prisotne, saj smo podobno mnenje o privatizaciji dobili od dr. Tajnikarja, ki pravi, da se morata javni in zasebni sektor dopolnjevati na »trgu«, vprašanje, katero pa si moramo ob vsem tem postaviti pa je vprašanje učinkovitosti, saj se prednosti javnega sektorja kažejo na določenih področjih, kjer zasebni sektor ni primeren, in obratno (Tajnikar 2012).

Za podkrepitev zgornjih mnenj si moramo pogledati še primere iz tujine, kjer smo izbrali avstrijski zdravstveni sistem, kot eden izmed najboljših v Evropi, ter britanski sistem zaradi samega vpliva NJM.

Privatizacija in liberalizacija v Avstriji nastajata zelo prikrito, z minimalno javno diskusijo, glavna legitimacija za tovrstno »modernizacijo« zdravstva pa je zagotavljanje finančnih sredstev za izvedbo storitev, saj naj bi s konkurenco – glede na zagovornike liberalizacije – zmanjšali stroške, povečali učinkovitost in kakovost oskrbe pacientov. Želja privatizacije je pridobiti holdinge javnih bolnišnic v zasebno last. Le-ti so nastali v 80-ih letih, potem, ko so občine predale bolnišnice provincam. Spodbuda privatizacije prihaja iz vseh političnih krogov zaradi močne povezave med politiki in zasebniki<sup>14</sup> (Hofbauer 2006, 11–18). V Avstriji je celotni del zdravstva pod nadzorom vlade, z izjemo bolnišničnega sistema, za kar so zadolžene province in občine. Tako je bila že prodaja dveh bolnišnic (Kitzbühl in Kapfenberg), dva prenosa upravljanja na zasebno podjetje, ter JZP pri renoviranju in novogradnji. Poizkus pridobitve holdinga bolnišnic

---

<sup>14</sup> Nekateri sedanji in bivši člani parlamenta so sedaj lastniki v zasebnih organizacijah, katerih interesi so v zdravstvenih storitvah.

se je zgodil v letu 2003 v provinci Styria, in sicer na način prenosa upravljanja v zasebni sektor, kar pa zaradi nasprotovanja javnosti, zdravniškega osebja in zakonskih standardov province ni uspelo. Zasebniki sicer strmijo v ta donosen posel, a so še vedno omejitve za odprtje trga (privatizacijo in liberalizacijo), toda zagovorniki privatizacije in koncesij vedno znova omenjajo težavo financiranja javnega zdravstva, hkrati pa se zanemarljivo tendence zasebnikov, kot so strmenje po monopolnih pozicijah ter uporaba le donosnih področij na trgu (jagodni izbor). Iz tega vidika zasebniki niso sposobni predlagati rešitve na področju zdravstva (Hofbauer 2006, 18–20).

Slovenija že sedaj premore precej zasebnih ambulant in specializiranih klinik v zasebni lasti, ki tudi poslujejo preko koncesijskih pogodb (Golnik, Kirurški Sanatorij, BCB klinika itd.). S tem pa smo izpustili še kup drugih, med drugim najmočnejšo zasebno branžo v zdravstvu – lekarne. Ugotovili smo, da bi z željo tistih, ki držijo ustanoviteljske pravice, bilo možno privatizirati javne zdravstvene zavode, oz. bi bil možen prehod iz javnih v zasebne roke. Smiselnost privatizacije na nek način podpirajo zgoraj omenjeni avtorji, a se med seboj nekoliko razlikujejo. V kolikor bi združili tako mnenja posameznih strokovnjakov in prakse iz tujine pa opazimo, da se bolj nagibamo k liberalizaciji in pa delni privatizaciji. Tako bi lahko zapisali, da bi bila primerna rešitev za slovensko zdravstvo privatizacija določenih področij in liberalizacija na podlagi dobrih praks iz avstrijskega modela. Ideje po Tičarju in Tajnikarju se nanašajo na privatizacijo manj aktivnih oz. tistih enot, kjer gre za manjše izvajalce v javni zdravstveni mreži. Primer, ki nam ga je podal Tajnikar, je ločitev od javnega zavoda in sodelovanje prek koncesij, in sicer za področje patronažnega varstva. Koncesije bomo razdelali v drugem delu empirije. Tudi na primeru iz avstrijskega zdravstvenega sistema (primer bolnišnic) je privatizacija zgolj na formalni ravni, medtem ko so ostre kritike in nasprotovanja kakršni koli materialni privatizaciji. S to ugotovitvijo ter dogajanjem na področju koncesij pri nas<sup>15</sup> lahko potrdimo, da privatizacija po definiciji Pintarja ni primerna za Slovenski zdravstveni sistem, saj bi lahko prišlo do t. i. jagodnega izbora (Cherry picking), kjer bi se razvijala najbolj donosna področja zdravstva.

---

<sup>15</sup> O privatizaciji smo dobili tudi nasprotovanje s strani nekaterih zdravnikov zdravstvenih zavodov, ki svarijo pred neenakostjo in uporabi zgolj stroškovno učinkovitih storitev, med katere ne sodi izobraževanje kadra. Glej priloga F: Anketni vprašalnik.

### 4.3 Koncesijski pristop

Kadar imamo govora o koncesijah, lahko tekom intervjujev, anket in literature zasledimo, da jo nekateri enačijo s privatizacijo. Enako trdi tudi Veljko Rus, ko pravi, da gre pri koncesijah za kvazi-privatizacijo, iz katere se kasneje razvije privatizacija (Rus 2009, 172).

S koncesijami naj bi povečali število zdravnikov in zdravstvenih delavcev v Sloveniji, vsaj tako kaže ideja ministra Bručana v letu 2005, zato smo se odločili preveriti podatke še preko ZZZS poslovnih poročil za leta 2004, 2006, 2008 in 2010. Ugotovili smo, da je število zasebnikov s koncesijo najbolj narastlo v obdobju 2004–2006, nato pa se je porast upočasnila. Toda s povečanjem števila koncesionarjev se je vzporedno večalo tudi število zaposlenih v javnih zavodih, kar lahko pomeni, da je šlo za generacijsko večanje števila zdravstvenih delavcev (zdravnikov).

Tabela 4. 1: Odstotkovno gibanje splošnih zdravnikov in specialistov v javnih zavodih in tistih s koncesijo glede na obdobja.

Leto	Splošni zdravniki			Specialisti		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
2004	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2006	7% ↑	<b>25%</b> ↑	11% ↑	35% ↑	62% ↑	39% ↑
2008	<b>8%</b> ↓	<b>16%</b> ↑	<b>2%</b> ↓	<b>14%</b> ↓	<b>6%</b> ↑	11% ↓
2010	1,2% ↑	0,8% ↑	<b>1%</b> ↑	6,7% ↑	3% ↓	4,7% ↑

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2004; 2006; 2008 in 2010).

Iz Tabele 4. 1 lahko razberemo, da se skupno število od porasta iz leta 2006 do 2010 ni bistveno spremenilo, saj so variacije zgolj pri enem odstotku skupno splošnih zdravnikov. Opazimo lahko tudi »boom« koncesij med letom 2004 in 2006, kar je tudi eden izmed razlogov preučevanja te tematike.

Glede na tabelo E. 1 lahko tezo Bručana o naraščanju zdravnikov ob podeljevanju koncesij zavrremo, saj se ob višanju števila koncesionarjev na drugi strani manjša število zaposlenih v javnem sektorju (primer obdobja 2006–2008).

Ureditev koncesij je možna tako na primarni, kot na sekundarni in terciarni ravni, med temi pa se konkurenca ustvarja zgolj pri zadnjih dveh ravneh. Na primarni ravni je govor o konkurenci nesmiseln, saj gre za konstantno število ljudi oz. bazo, kateri je potrebno zagotavljati najboljši možen dostop do storitev zdravstvenega varstva 24 ur na dan (Zupančič 2012c). Konkurenci bomo še namenili besedo, težave pri koncesijah in koncesionarjih se pojavijo, ko ti zapustijo okraj oz. območje katero pokriva ZD, kjer so bili zaposleni. S tem v ZD ostane kadrovski višek, prav tako pa morajo pokriti mrežo, kjer je sedaj cca 2000 pacientov več oz. brez osebnega zdravnika. To tezo lahko potrdimo z izjavo Petek Šterkove iz ZD Trebnje, ki pravi, da lahko koncesije povzročijo razpad javnega zdravstva, katero temelji na Zdravstvenih domovih (Petek Šterk 2011). Podobno mnenje podaja tudi mag. Bizjak Mlakarjeva, ki trdi, da se z vzpostavitvijo koncesionarjev jemlje sredstva ZD (primarna raven) in ta način slabi zdravstvo (Bizjak Mlakar 2011). To povsem ne drži, saj se finančna sredstva na primarni ravni (v ZD-jih) ne krčijo, saj ne gre za isti princip kot v primerih sekundarne ravni, kjer se za razpis potegujejo koncesionarji in javni zavodi (Zupančič 2012c).

Izvor te težave, ki smo jo ravnokar omenili pa je v podeljevanju koncesij, za te bi bilo bolje, če bi se podeljevale preko razpisa. V kolikor zanemarimo moč akterjev v policy omrežju, ki se bi oblikovalo tudi v primeru razpisov, bi lahko bili razpisi pogojeni interesom oz. potrebam v določenih regijah (Pahor 2012). Poznavanje regij, potreb oz. mreže pa je v Slovenskem zdravstvu porazno, saj le-ta sploh ni opredeljena niti omenjena v osnovnih zakonskih spremembah (Tajnikar 2012). V kolikor bi mreža delovala, bil lahko določili potrebe, ki se pojavljajo na določenem področju in posledično urgirali z možnostjo podelitve koncesijskih dovoljenj. Podoben sistem deluje v Veliki Britaniji, kjer so koncesije podeljene za področja, ki so zelo odročna, ruralna in bi bila vzpostavitev Zdravstvenega doma nesmiselna.

Poleg tega pa je potrebno gledati na učinkovitost ter določiti, katere storitve bi se opravljale preko javnega zdravstvenega zavoda *in katere ne*<sup>16</sup> (Tajnikar 2012). Vprašanje, ki se nam poraja ob koncesijah, pa je nadzor oz. regulacija, po besedah dr. Tajnikarja bi le-ta morala natančno določati pravice in obveznosti.

---

<sup>16</sup> Primer babištva oz. babiške nege, le ta bi lahko bila povsem zasebna oz. delovala preko koncesij, saj njeno delovanje prek ZD ni smiselno.



Težave nadzora, regulacije ter mreže javne zdravstvene službe lahko zasledimo iz revizijskega poročila – *Podeljevanje koncesij v zdravstvu* – Računskega sodišča Republike Slovenije. Iz poglavij 2. 2. 1 – 2. 2. 3 lahko opazimo hibe zgoraj omenjenih točk. Ministrstvo za zdravje in drugi koncendenti niso preverjali, ali podelitev koncesije vpliva na mrežo javne zdravstvene službe, saj so to pristojnost dodelili ZZZS (te podatke drži tudi zdravniška zbornica), njeno negativno mnenje pa je bilo v nekaterih primerih preslišano (Računsko sodišče Republike Slovenije 2008, 21–23). Iz tega lahko sklepamo, da se mreža javne zdravstvene službe negativno spreminja.

Mnenja so lahko zakonsko (ZZDej) obvezno podeljena s strani ZZZS ter zdravniške zbornice. Poleg obveznosti sta to dve organizaciji, ki imata popoln pregled nad mrežo. Koncendenti prav tako pridobijo – sicer neobvezno – mnenje s strani ZD tiste regije, kjer naj bi zaposleni pridobil koncesijsko dovoljenje (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2008, 21–23).

Ob upoštevanju teh treh organizacij podeljevanje koncesij ne bi povzročalo težav z oskrbo oz. zagotavljanjem zdravstvenih dejavnosti prebivalstvu. Toda iz revizijskega poročila razberemo, da se v primerih upoštevanja mnenj ZD (ohranitev delovanja koncesionarja na določeni lokaciji) ne vzpostavijo mehanizmi, kateri bi preverjali izpolnjevanje zahtev ZD oz. koncidenta, ki je povzel mnenje ZD (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2008).

Manko nadzora in regulacije sta elementa, ki povzročata zgoraj omenjene težave v ZD, ko se prej zaposleni v javnem zavodu, sedaj pa kot koncesionarji odločijo za delovanje v drugi regiji. Podobne težave nadzora in regulacije se kažejo tudi na sekundarnem in terciarnem nivoju, kjer smo že uvodoma empirije omenili akterje zasebnih ambulant s koncesijo, ki konkurirajo na razpisih ZZZS. S tem povzetkom lahko predstavimo še zadnji del NJM mehanizmov diplomskega dela, ki je dejaven v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije.

#### **4.4 Konkurenca in njena oblika**

Tekom naše raziskave vpliva tržnih mehanizmov v zdravstvenem sistemu opazamo razlike glede na ravni v zdravstvu (primarna, sekundarna ...). Ista težava se pojavlja ob konkurenci, kjer moramo, sicer grobo, ločiti primarno raven zdravstva od ostalih ravni.

V kolikor se zadržimo pri primarni ravni, je konkurenca možna zgolj s ponudbo storitev ter z obnašanjem oz. naklonjenostjo osebja do strank. Razlog za te omejitve so registri,

ki določajo populacijo oz. paciente zdravstvenemu domu (Zupančič 2012c). Pomembno je, da z omembo konkurence ne mislimo na pocenitev storitev, temveč na prisilo zavoda oz. organizacije, da išče nove storitve oz. ponudbe, ki jih potrebujejo povpraševalci/stranke, možnosti pa pušča odprte tudi za nove ali alternativne vire financiranja. Podoben sistem je v ZDA, kjer konkurenca ne znižuje cen, temveč večja sortiman storitev, stimulira učinkovitost ter razvoj (Tajnikar 2012).

Težava javnega sektorja v primerjavi z zasebnim sektorjem je spodbuda za razvoj oz. izboljšave. Razlogi so v monopolu, ki se hrani na račun obveznih stroškov povpraševalcev, zato ta sektor nima motivacije za implementacijo učinkovitejših praks. Britanski primer kaže tudi, da v kolikor se je že pojavila možnost za implementacijo »novosti«, je bila le-ta zavrta s strani administrativnih ovir v t. i. Bizmarkovem birokratskem sistemu. Z namenom vzpostavitve konkurence in s tem napredka se vzpostavi tri točke po NJM:

- utrditev delitve med ponudnikom ter povpraševalcem,
- višja avtonomnost za »dobre« ponudnike in
- denar sledi pacientu (plačilo po rezultatu) (Shaw 2007).

Britanski primer kaže povsem drugačen pristop, kot ga zagovarjajo naši intervjuvanci, saj ne gre za širitev ponudbe, temveč urejanje financiranja. Druga točka po Shaw-u se je v Sloveniji zgodila na poizkusu reorganizacije porodnišnic, kjer bi se nekatere zaprle zaradi nedoseganja zahtevane kvote, stranke pa bi bile premeščene v druge specializirane zavode (RTV SLO 2011, 25. januar). Zaprtje oz. reorganizacija porodnišnic se na zahtevo zaposlenih ter regionalnega prebivalstva ni zgodila, toda posledice morebitne spremembe bi prinesle konkurenčni boj med drugimi porodnišnicami, saj bi vse želele dosegati zahtevano kvoto, hkrati pa bi to omogočalo modernizacijo sektorja.

S porodnišnicami smo prešli na sekundarno raven, kjer se pojavlja konkurenca na razpisih ZZZS. Informacije medijev smo že izkoristili v začetku, pri opisu problema podeljevanja koncesij, sedaj nadaljujemo s konkurenco, katere pasti se skrivajo ravno pri nekaterih koncesionarjih.

Le-ti pri ponudbi pregledov zaradi manjše oz. konkurenčnejše cene pregledov oz. storitev ne nudijo možnosti nadaljnjih preiskav. Poleg tega zasebni sektor s koncesijo išče trg, kjer so stroški minimalni, se pravi populacija pacientov, kjer ne gre za kronične

bolezni (Pahor 2012). Konkurence se lotevamo na napačen način, le-ta naj obstaja, a naj ne bo tu zaradi nižjih cen (Tajnikar 2012).

Povezava med koncesijami in konkurenco je v našem primeru zdravstvenega sistema najmočnejša. Glede na pridobljena mnenja in znanja tujine je način razvoja konkurence na podlagi podeljevanja koncesij nekoliko zgrešen. Kot glavno napako bi lahko opredelili ravno regulacijo ter monitoring, saj se zaradi pomanjkanja le-tega posledično povečuje zanimanje finančno najugodnejše rešitve, namesto strmenja v razvoj ter novo ponudbo za zagotavljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji. Pridobitve koncesijskih dovoljenj pa oblikujejo tudi močne akterje v policy omrežju (področje podeljevanja koncesij), ter tako krojijo politiko »kvazi-privatizacije« zdravstva.

#### **4.5 Odraz med teorijo in prakso NJM**

Uvodoma smo predstavili tržne mehanizme NJM, vendar za le-te ne moremo trditi, da so primerni za zdravstveni sektor, kar bomo dokazali preko razlik med teorijo in prakso NJM ter z neskladnostjo oz. nestabilnostjo sistema.

S primera Avstrije, kjer monopol zdravstvene dejavnosti za dosego enakega dostopa regulira država, zavračamo tezo Hughesa, ki pravi, da naj bi elementi NJM prinesli neodvisno delovanje organizacij. Ravno tako lahko zavržemo idejo po Flynu, kjer naj bi s tržnimi mehanizmi NJM omogočili posamezniku večjo izbiro med ponudniki, v našem primeru ponudniki zdravstvenih storitev. Po besedah dr. Česna »stranke nimajo dovolj znanja o zdravljenju, da bi izbirali sami, zato namesto njih to stori zdravnik oz. izvajalec« (Česen 2003, 20).

S privatizacijo naj bi se paralelno razvijala tudi konkurenca (Kovač 2004, 178). V našem primeru pa moramo najprej ločiti primarno in sekundarno raven, hkrati pa se usmeriti na mrežo javne zdravstvene službe. Konkurenca s finančnega vidika, zaradi mreže javne zdravstvene službe, na primarni ravni zdravstvenih storitev ni mogoča. Medtem se nam na sekundarni ravni odpira možnost konkurence preko t. i. »kvazi-privatizacije«. Na podlagi te ugotovitve lahko delo potrdimo tezo Kovačeve, hkrati pa si postavimo vprašanje smiselnosti konkurence, ko se zaradi splošnega pomanjkanja zdravnikov z novim pristopom čakalne vrste ne krajšajo, namesto inovacij pa se tako rajši regulira odstotek cen storitev preko razpisa ZZZS.

Hood nam v delu perspektivnega menedžmenta ponuja t. i. »hands`on«, strokovni menedžment v javni upravi. To pomeni dovoliti upravljanje menedžerjem oziroma

aktivni, vidni in diskretni nadzor organizacije od osebe imenovane na vrhu - odgovornost zahteva jasno dodelitev pristojnosti za ukrepanje. Hoodov pristop izpostavi tudi konkurenco, ki naj bi bila ključ do znižanja stroškov ter *dviga standarda*<sup>17</sup>. (Hughes 2003, 51–52). S to tezo se strinja tudi Zupančič, dr. med, ki je v času pričetka kariere strmел k združenem združenju koncesionarjev v regiji, kjer bi lahko vsak upravljal sam, medtem ko bi oprema in prostori ostali v državni lasti. Tovrstni trend upravljanja je zasnovan tudi v Avstriji, kjer država ohranja zgolj strateško upravljanje, organizacijsko pa je nekatere bolnišnice že privatizirala. Težava, ki bi se pojavila v Sloveniji, je po besedah Tajnikarja ter po poročilu računskega sodišča red in nadzor. Brez reda pa se pojavi tudi problem pri kreiranju sistema, saj plastično rečeno nered oz. maksimalna entropija pomenita razpad sistema.

#### **4.6 Določitev sistema in njegovega razvoja**

Sistemska teorija je zelo kompleksna, zato bomo le-to v našem primeru obravnavali bolj plastično. Trenutna zdravstvena politika deluje po načelu pravičnosti, enakosti in zakonitosti, v interesu javnosti in v njihovo korist, kar lahko razberemo iz ZZDej ter Ustave RS. Gre za elemente, ki so temelj tradicionalnega oz. Weberianskega modela upravljanja birokracije.

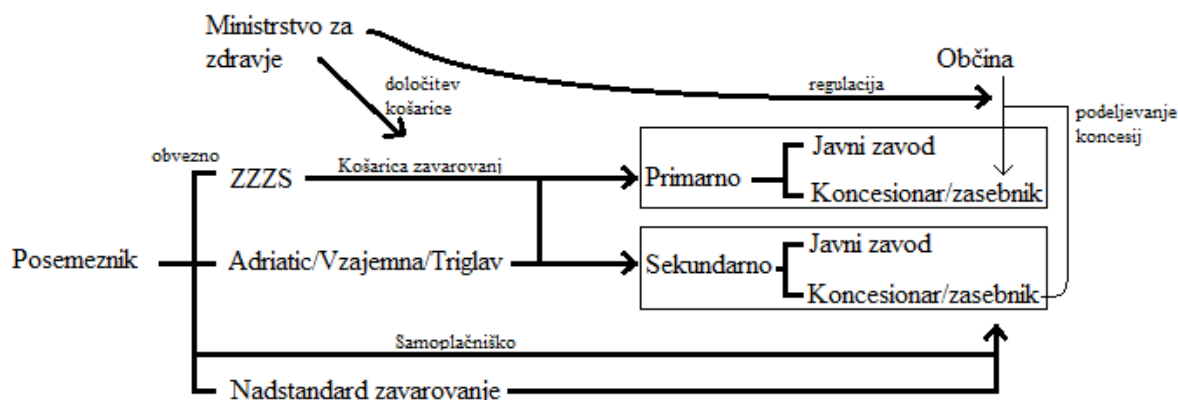
Sklicujoč se na Scottovo teorijo sistemov, nam s pomočjo tabele – Dominantni teoretični modeli in reprezentativne teorije štirih časovnih period v treh ravneh analize – glede na obnašanje elementov in organizacije, določi Webrov birokratski model, kot organizacijo z lastnostmi zaprtega racionalnega sistema (Scott 1987, 100–101). Po tem sistemu naj bi imela diskrecijsko pravico zgolj peščica v organizaciji (sistemu), v kolikor je planiranje in odločanje zagotovljeno, je skrb za implementacijo odveč, saj le-ta skrbi sama zase (Scott 1987, 22–50). Slednje glede na poročilo Računskega sodišča ne drži, prav tako pa se z že podeljenimi koncesijami kaže odprtost sistema. Navkljub temu ne bomo spremenili modela sistema, argumenta proti zaprtemu racionalnemu sistemu pa sta izhodišče za spremembo oz. rušenje sistema.

---

<sup>17</sup> V ZDA razvita konkurenca ponuja večji sortiman storitev, kar je pomembneje od »nižanja« cen ponudb (Tajnikar 2012).

Tekom raziskave o vplivih tržnih elementov NJM v zdravstvenem sistemu smo pridobili nekoliko drugačen opis sistema, ko je prikazan uvodoma s Sliko 1.1. Sistem je nekoliko bolj razvejan, nekatere elemente pa bi lahko združili in poimenovali podsistemi. Razlog je v tem, da lahko nek podsistem deluje povsem neodvisno od višjega sistema, to nanj nima vpliva (Easton 1990).

Slika 4. 1: Zdravstveni sistem Slovenije, izpostava podsistema primarno in sekundarno



Vir: Lastni vir.

Vpliv tržnih mehanizmov NJM lahko prične spreminjati elemente v sistemu ter njihovo moč. V našem primeru se lahko opredelimo na podsistema, imenovana *primarni* (primarno zdravstvo) ter *sekundarni* (sekundarno zdravstvo) podsistem. Spremembe se lahko odvijajo ločeno, vzporedno ali zaporedno, saj so elementi v sistemu med seboj povezani.

Razlog za spremembo sistema je v prihodu novih elementov oz. tržnih mehanizmov NJM v zaprt, birokratski model. Prva sprememba se prične z odprtjem sistema zunanjim vplivom. Seveda ne gre za sistem brez meja, spremeni se le pretočnost podatkov, elementov. Vpliv koncesij v obstoječem sistemu postavi dva podsistema, ki delujeta ločeno. Prihod koncesij nas opomni, da je potrebno povečati skrb za implementacijo dogovorov o koncesionarjih, zanemarjanje pravil povzroči tudi drugačno implementacijo od dogovorjene. To je točka, ki zamaje racionalnost sistema, s tem pa tudi stabilnost – kot eno izmed lastnosti.

Spremembo podsistemov si lahko ob pomoči slike 4.1 lažje predstavljamo. Primarni podsistem se sicer spreminja nekoliko počasneje, a ob zanemarjanju pravil in pomanjkanju nadzora lahko povzroči porušitev regionalne mreže, s tem pa razpad ZD, saj ta ne bi bil sposoben zagotavljati zdravstvenih storitev glede na zakonske predpise.

Tako kot primarni lahko tudi sekundarni podsistem spremeni finančni tok, posledično pa prestrukturiranje javnih zavodov. Ker so javni zavodi v veliki meri odvisni finančno od ZZZS, gre po Scottu za pomanjkanje moči, ekonomska odvisnost pa vodi k političnim rešitvam (lastnost naravnega sistema) (Scott 1987, 111). Samo v nekaj stavkih lahko opazimo, da se sistem drastično spreminja, vprašanje je, koliko se lahko spremeni in katere lastnosti sistemske teorije bi prevladale.

Je odprt sistem res nestabilen? Drugi zakon termodinamike pravi, da se zaprti sistemi pomikajo k stanju entropije, med tem ko odprti sistemi pridobivajo energijo iz okolja – negotropy (negativna entropija). S tem input izničuje output, posledično pa se z lastno energijo rešujejo ovire v organizaciji (Scott 1987, 82–83).

Glede na pridobljene podatke iz analize tržnih mehanizmov lahko zapišemo, da je sistem mešan z deli odprtega racionalnega (organizacijska privatizacije, oddajanje prostorov, nižanje stroškov – gre za razloge prilagajanja, spopadanja z okoljem, ter željo po učinkovitosti in uspešnosti) ter odprtega naravnega sistema (okolje določa strukturo in obnašanje; socio-tehnični element – ko se vzpostavi samoregulacija, skupine se združijo za vzpostavitev moči in možnosti preživetja – Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije). Možnosti za ex-ante raziskavo o oblikovanju sistema obstaja, a zahteva podrobno analizo ostalih elementov v zdravstvenem sistemu Slovenije.

## **5 SKLEP**

Način reorganizacije oz. modernizacije javne uprave z elementi NJM pravzaprav sledi korakom, ki jih je pred tem naredil tradicionalni Weberianski model upravljanja. Kot izbira najboljših elementov iz upravljanja zasebnega sektorja, se pojavi vprašanje, ali je NJM primeren za javni sektor. Odgovor na to smo iskali tudi v našem primeru zdravstvenega sistema. Velik del pozornosti smo namenili spoznavanju tržnih mehanizmov NJM pri upravljanju zdravstva. Namen je bil ugotoviti, kako lahko katerikoli izmed elementov vpliva na sestavo zdravstvenega sistema Slovenije, ter kakšne bi bile posledice ob njegovi implementaciji.

Od vpliva tržnih mehanizmov na sistem je odvisna tudi hipoteza, ki se glasi: ***Privatizacija, koncesije in konkurenca kot temeljne lastnosti NJM lahko pozitivno***

***vplivajo na stabilnost zdravstvenega sistema Slovenije, zato je nadaljnja modernizacija s pristopom NJM smiselna.***

V zadnjem delu empirije smo spoznali, da tržni mehanizmi NJM vplivajo na elemente v sistemu in podsistemu, ker se oblikujejo nova pravila ter odnosi. To pomeni razpad obstoječega sistema, zato hipotezo zavračamo. S tovrstnim pristopom NJM nadaljnja modernizacija ni smiselna.

V kolikor pa še nekoliko prisluhnemo Hughesu, pa NJM še ima upanje v javni upravi, seveda v kolikor ne bi zgolj prenesli tehnik upravljanja zasebnega sektorja na javni sektor, temveč bi preučili pomen upravljanja in poiskali najprimernejše funkcije za specifično področje v javni upravi. Vprašanje, ki se nam pojavi za konec, je, ali smo sposobni modernizirati javno upravo po načelih NJM ali pa bo le-ta prej zamenjana z novim pristopom v javno upravo kot je na primer »deliberativni obrat«.

Ne glede na pristop pa bo tu vedno sistemska teorija, s katero bomo lahko določali moč povezav med elementi v organizaciji – sistemu.

## 6 LITERATURA

1. 24ur. 2005. 'Bručanicizacija' kot divja privatizacija. Dostopno prek: <http://24ur.com/novice/slovenija/brucanicizacija-kot-divja-privatizacija.html> (20. junij 2012).
2. Bizjak-Mlakar, Julijana. 2011. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 6. maj.
3. Christansen, Tom. 2001. *Administrative Reform: Changing Leadership Roles? Governance* 14 (4): 457–480.
4. Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: NUK.
5. Delo. 2005a. Bručan z direktorji o privatizaciji, 25. april. Dostopno prek: <http://www.delo.si/clanek/o58183> (20. junij 2012).
6. - - - 2005b. Prva bolnišnica v zasebni lasti v letu dni, 1. november. Dostopno prek: <http://www.delo.si/clanek/o96645> (20. junij 2012).
7. Deželan, Tomaž. 2009. *Razvoj upravnih sistemov*. Ljubljana: FDV, Študijsko gradivo.
8. Društvo za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva (ZdraVi). Dostopno prek: <http://www.ohranimo-javno.si> (29. marec 2012).
9. Družba Slovenske Železnice. 2011. *Javni razpis za zbiranje ponudb za prenos ustanoviteljskih pravic v SŽ – Železniški zdravstveni dom Ljubljana*. Dostopno prek: <http://m.slo-zeleznice.si/uploads/estates/zdravstvenidom20110906.pdf> (20. junij 2012).
10. Easton, David. 1965. *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall.
11. - - - 1990. *The Analysis of Political Structure*. London, New York: Routledge.
12. Agencija republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve. Dostopno prek: <http://www.ajpes.si> (9. april 2012).
13. Flynn, Norman. 2007. *Public Sector Management*, 5. Izdaja. London: Sage.
14. Gene A. Brewer, Bruce J. Neubauer, and Karin Geiselhart. 2006. Designing and Implementing E-Government Systems: Critical Implications for Public Administration and Democracy. *Administration & Society* (38): 472–499.
15. Haček, Miro. 2009. *Politiki in visoki javni uslužbenci: Kdo vlada?* Ljubljana: FDV.
16. Hofbauer, Ines. 2006. Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals. *Austrian Country Report*. Wien: Forba.



17. Hughes, Owen E. 2003. *Public Management and Administration: An Introduction*. New York: Palgrave.
18. Kamnar, Helena. 1999. *Javni zavodi med državo in trgovino*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
19. Kovač, Polona. 2004. Novi javni management in slovenska uprava V *Upravna kultura*, ur. Miro Haček in Marjan Brezovšek, 177–196. Ljubljana: FDV.
20. Lah, Marko. 2005. *Temelji ekonomije*. Ljubljana: FDV.
21. RTV SLO. 2006. *SD: Divja privatizacija zdravstva*. Dostopno prek: [www.rtv slo.si/slovenija/sd-divja-privatizacija-zdravstva/60964](http://www.rtv slo.si/slovenija/sd-divja-privatizacija-zdravstva/60964) (20. junij 2012).
22. - - - 2011. *Porodnišnice se bodo združile, mreža se bo posodobila*. Dostopno prek: <http://www.rtv slo.si/zdravje/porodnisnice-se-bodo-zdruzile-mreza-se-bo-posodobila/249387> (21. julij 2012).
23. Pahor, Majda. 2012. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 17. maj.
24. Petek Šter, Marija. 2011. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 23. april.
25. Pintar, Jernej. 2009. *Javno-zasebna partnerstva: [kaj? kako? zakaj?]*. Nova Gorica: Educa, Melior.
26. Računsko sodišče Republike Slovenije. 2008. *Revizijsko poročilo: Podeljevanje koncesij v zdravstvu – Ministrstvo za zdravje*. Dostopno prek: [http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K9E9E5DFC762DA407C125752800207A76/\\$file/KoncesijevZdravstvu-MZ.pdf](http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K9E9E5DFC762DA407C125752800207A76/$file/KoncesijevZdravstvu-MZ.pdf) (5. maj 2012).
27. Rus, Veljko. 2009. *Tretja pot med antikapitalizmom in postsocializmom*. Ljubljana: Založba Sophia.
28. Scott W. Richard. 1987. *Organizations: rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs (N. J.): Prentice Hall.
29. Shaw, Eric. 2007. *Losing Labour's soul? New Labour and the Blair government 1997–2007*. London, New York: Routledge.
30. Tajnikar, Maks. 2012. Intervju z avtorjem. Ljubljana, 5. junij.
31. Tičar, Bojan. 1996. Privatizacija javnega sektorja in evalvacija slovenske zakonodaje V *Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture*, ur. Veljko Rus, 53–62. Ljubljana: FDV.
32. *Ustava Republike Slovenije*. 1991. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 2008.

33. Vernig, Urška. 2002. *Presojanje uspešnosti poslovanja kovinske Bled, d.d.* Diplomsko delo. Dostopno prek: [http://www.cek.ef.uni-lj.si/u\\_diplome/vernig548.pdf](http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/vernig548.pdf) (5. maj 2012).
34. *Zakon o javno-zasebnem partnerstvu (ZJZP)*. Ur. l. RS 127/2006. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2006127&stevilka=5348> (2. marec 2012).
35. *Zakon o zavodih (ZZ)*. Ur. l. RS 12/1991. Dostopno prek: [http://www.orm.sik.si/katalog/zakon\\_o\\_zavodih.pdf](http://www.orm.sik.si/katalog/zakon_o_zavodih.pdf) (2. marec 2012).
36. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1)* uradno prečiščeno besedilo. Ur. l. RS 36/2004. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200436&stevilka=1569> (5. maj 2012).
37. Zalar, Boštjan. 1999. *Privatizacija in človekove pravice*. Ljubljana: FDV.
38. ZD Koper. 2005. *Čas reforme – Koncept privatizacije*. Dostopno prek: <http://www.zd-koper.si/index.php?page=aktualno&newsid=110&target=novosti> (20. junij 2012).
39. Zupančič, Janez. 2012c. Intervju z avtorjem. Ivančna Gorica, 9. julij.
40. Zupančič, Milena. 2011a. *Železniški zdravstveni dom v Ljubljani: »Ustavite postopek privatizacije«*. *Delo*, 25. september. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/slovenija/zelezniski-zdravstveni-dom-v-ljubljani-ustavite-postopek-privatizacije.html> (20. junij 2012).
41. - - - 2011b. *Železniški zdravstveni dom: Zdravstvo nima s prodajo nič.. Delo*, 27. september. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/slovenija/zelezniski-zdravstveni-dom-zdravstvo-nima-s-prodajo-nic.html> (20. junij 2012).
42. - - - 2012a. *Bolnišnice so se pritožile zaradi razpisa ZZZS. Delo*, 20. februar. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/slovenija/bolnisnice-so-se-pritozile-zaradi-razpisa-zzsz.html> (20. junij 2012).
43. - - - 2012b. *Zmagovalec razpisa ZZZS nima zaposlenih zdravnikov. Delo*, 20. februar. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/slovenija/zmagovalec-razpisa-zzsz-nima-zaposlenih-zdravnikov.html> (20. junij 2012).
44. ZZZS. 2005. *Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004*. Dostopno prek: <http://www.zzsz.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/493E69F7BCE83917C1256FD500355055?OpenDocument> (20. maj 2012).
45. - - - 2007. *Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2006*. Dostopno prek: <http://www.zzsz.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/>

- a74ca8857b42ef9bc12572b90030b9de/\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS%20za%20leto%202006\_11.04.2007.pdf (20. maj 2012).
46. - - - 2010. *Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2008*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/\\$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS\\_23.03.2010.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS_23.03.2010.pdf) (20. maj 2012).
47. - - - 2011. *Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2010*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20za%20leto%202010\\_18.4.2011.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20za%20leto%202010_18.4.2011.pdf) (20. maj 2012).
48. - - - 2012. *Izvajalci zdravstvenih storitev: Javni zavodi – OE Ljubljana – Zdravstveni domovi*. Dostopno prek: <http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf/KrovniIzv?OpenView&RestrictToCategory=10012511&OE=LJ&tip=2&Count=700> (12. maj 2012).
49. Žurga, Gordana. 2001. *Kakovost državne uprave*. Ljubljana: FDV.
50. *World Bank*. Dostopno prek: <http://www.worldbank.org/> (4. junij 2012).

## PRILOGE

### **Priloga A: Intervju z izr. prof. dr. Majdo Pahor, predstojnica katedre za družbene vidike zdravja in zdravstva na Zdravstveni fakulteti.**

#### **1. Ali s privatizacijo zdravstva lahko ohranimo javno zdravstvo v Sloveniji? (Privatizacija kot: prenos ustanoviteljskih pravic javnega zavoda v zasebno last). Kakšne spremembe bi se zgodile?**

Zdaj razmerje javno-zasebno v zdravstvu nima tako črno belih značilnosti, nekatere stvari so boljše v zasebnem in nekatere javnem. Temeljno vprašanje je, za koga so boljše. Predvsem za izvajalce. Zlasti za zdravnike je boljši zasebni pristop, ker razpolagajo z resursi in kontrolirajo celotni sistem. Javni pa je boljši za uporabnike. Pri tej dilemi je potrebno gledati širše, po drugih državah. Če gledamo glede na sintetične kazalce zdravja (to je življenjska doba), ni zelo velikih razlik med pretežno zasebnim in javnim. Razlike so v pre-razdeljenosti znotraj. V splošnem so javni zdravstveni sistemi za izide pri prebivalstvu bolj ugodni, bolj zdravi so tisti ljudje, ki so v javnem zdravstvu. Problem je v neracionalnosti, veliko denarja se izgublja, sistem javnih naročil zadržuje investicije, proces odločanja je birokratski in dolgotrajen, veliko energije pa se izgublja za ohranjanje sistema. Medtem, ko je v zasebnem to veliko enostavneje. Nevarnost je skušnjava, seliti presežek dohodka v zasebne namene, saj v vsaki dejavnosti nastane nek presežek prihodka. Kam boš investiral? Pri javnem zdravstvu je to definirano, v zasebnem sektorju pa gre v neproduktivne namene.

#### **2. Ali lahko konkurenca pomeni pocenitev zdravstvenih storitev, hkrati pa ohranja kakovost? Seveda če kakovost lahko omenjamo pri zdravstvu.**

S konkurenco je tako, na določenih ravneh je konkurenca koristna npr.: »Kako urediš prostor, kakšno je osebje do pacientov (pomoč, prijaznost) – odnosna raven«. Kar se tiče izvedbe posegov so lahko problemi. Več primerov koncesionarjev, ki so se odločali za cenejše preglede niso pacientu izdali napotnice za dražje preiskave. Iščejo paciente z malo dela in največ denarja od zavarovalnice. Kronične in neperspektivne pa večinoma odrivajo v javno zdravstvo, zaradi česar je lahko le-to preobremenjeno. Kakovost

operacij je težko ugotoviti, npr. Klinični Center ima slabe odstotke, a je razlog pri obravnavi najtežjih primerov.

### **3. Preidiva naravnost od konkurence h koncesijam. Jih podpirate in na kakšen način bi se morale le te podeljevati?**

Zdravstvo je tako drag in kompliciran sistem, da potrebuje neko načrtovanje. Ne more se kar tako spontano dogajati, da se nekdo v Spodnjem Kašlju spomni, zdaj bom pa odprl okulistično ambulanto. To so tako velika sredstva, da je potrebno imeti nek pregled (zbornica ali ministrstvo), neka nepristranska organizacija, ki ima pri srcu interes zdravja prebivalcev Slovenije ter razporeja korenčke in palice.

Nekako težko je, moj vtis je, da je veliko koncesij podeljenih na podlagi sil, moči, ne pa glede na interese prebivalcev regije. Moje mnenje je tako, sama stojim za javnim zdravstvom, mislim da je javno zdravstvo tisto, ki bi ga morali razvijati, zagotavljati in krepiti. V primeru pa, da v določeni regiji obstoji veliko pomanjkanje zdravnikov, npr.: Koroška, deli SV Slovenije, deli Bele krajine, Tolminska, kjer je premalo interesa oz. premalo kadrov za pokritje potreb, bi se mogoče kdo, ki bi bil zainteresiran tam delati z določenim tempom, odločil za koncesijo. To bi bilo interesantno. Najprej javno zdravstvo, potem če je potreba po koncesija, pa le-to po dobrobiti prebivalstva.

**Da, ravno podoben primer sem zasledil v neki literaturi, kjer so v Veliki Britaniji podelili koncesije tistim, ki so želeli delovati v odročnih krajih, kjer je bila izgradnja Zdravstvenega doma nesmiselna.**

Da, to je nek način, da se pa razgradi Zdravstveni dom, zaradi koncesij, pa ni primerno, a je zelo prisotno v Sloveniji. Novi avtorji, ki pišejo na temo koncesij, se zavzemajo, da bi popolnoma razgradili Zdravstvene domove in naselili koncesionarje. Ti so problem, ki delujejo bolj na ravni skrbi za svoje osebne paciente. Jaz sodelujem pri Katedri za družinsko medicino, in se veliko pogovarjamo kaj je pravzaprav Zdravstveni dom. Le ta bi moral biti Community Health care Center, se pravi, skrb za zdravje skupnosti. To pa je veliko več kot le za zdravje posameznih pacientov, kjer se le ti vpišejo k določenemu zdravniku (ki jih ima okoli 1500-2000). Toda skrb za zdravje skupnosti pa ni povezana s seznamom, Zdravstveni dom bi moral imeti predstavo, kakšni so zdravstveni problemi skupnosti, okoljski, socialni, prostorskimi problemi in v tem smislu skupaj s prebivalci

vzpostavljat zdrave pogoje za življenje. Tega z zasebniki, teoretično bi lahko opravljali, toda praktično tega ne vidim. Kar bi si jaz predstavljala, bi bilo to ena združna ureditev, da se skupnost odloči kakšno zdravstveno varstvo želi imeti ter se dogovori z izvajalci kako bi to zagotovili.

**4. Finančne težave zavodom povzroča predvsem jagodni izbor, kaj ne?**

Da. Ni povratnikov, so dobri izidi, nagrade, malo problemov.

**5. Na sekundarni ravni sedaj bolj medijsko izpostavljeni Toš, Betenc, Senekovič. Zanimivo je, ker naj ne bi imeli nič (prostorov, osebja). Kaj ZZZS tukaj počne, kaj je težava – kriterij pri razpisu?**

Jaz sem prepričana, da kriterij ni bilo, da nimajo nič. Ampak očitno delujejo neke sile tukaj, če govorimo o glasu uporabnika je zelo šibek. Gre za borbo med močnimi.

**6. Kaj menite o sistemu financiranja zdravstva? Govorim o t. i. pavšalnem sistemu plačila. Ter primerljivost s kombinacijo glavarinskega in storitvenega sistema iz VB in Austrije.**

Primarna raven – težko je reči, po eni strani mi je bolj simpatični pavšal, saj pušča maneverski prostor zdravniku, saj sam izbira katere storitve so boljše. Nek pacient potrebuje 3min, drugi pa 30. V kolikor mora »obkljukavati« storitve in preglede, je le-to lahko omejujoče. Če pa želiš pavšalni sistem, ki zahteva visoko etičnost in privrženost k delu, da je le za ljudi, ki je za visoko-motivirane, zato je tu potrebni storitveni sistem, kjer se zahteva kvota. Vprašanje je o profesionalnosti in o tem, ali mora biti neko telo, ki nadzoruje. Sem prepričana, da je pavšalni sistem boljši, s tem, da bi zdravniki in zdravstvenimi delavci oblikovali prioritete.

**7. Se vam zdijo privatizacija, koncesije in konkurenčnost kot pravi pristop pri modernizaciji zdravstva?**

Ne

**8. Kako bi se morali lotiti modernizacije\*?**

Z dogovorom kaj so potrebe. Velik problem je to, da medicina in veda se neprestano razvijajo. Razvijajo tehniko in postopke, sedaj storijo stvari, ki so popolnoma nepotrebne. Po drugi strani je cel kup ljudi, ki nimajo dostopa po nujnih posegih. Veliko

ljudi hodi po Sloveniji, ki ima poškodbo kolka, gre namreč za rutinsko operacijo, kjer jih lahko v zelo kratkem času oskrbijo, a je čakalna doba več let. Siva mrena, katarakta, za kar potrebuje okulist 15min, stroški pa so minimalni. To je problem, kako identificirati potrebe – ne želje ljudi – in prilagodit produkcijo – zdravstveno delo tem potrebam. Sedaj bom rekla nekaj zelo bogokletnega, temveč ideja samoupravnih interesnih skupnosti sploh ni bila tako slaba. V smislu, da so uporabniki – lokalne skupnosti – izrazili svoje potrebe, na katerem nivoju zdravstvene oskrbe smo mi pripravljene financirati in mi pričakujemo od vas kot izvajalcev. Izvajalci bi določili meje možnega – veste, danes izvajalci vedo čedalje več, gre nek kirurg na konferenco, kjer se predstavi možnost nove operacije, z novo tehnologijo in jo želi imeti. Razvoj gre strahotno hitro. Medicinske sestre ugotovijo, da so tam neke posebne postelje, oprema in hočejo to imeti. Stroški bi bili lahko enormni, to je treba nekje ustavit. Toda – kateri bi bil forum, kjer bi se srečali? Pri nas je to v principu ZZZS, samo tam se srečujejo. Čudno je sestavljen – vlada, organizacija pacientov. Tukaj je trik, kako se mi kot družba odločimo, kakšne vrste zdravstvenih potreb imamo in kako jih bomo zadovoljevali. V 19. stoletju so sindikati odprli bolniško blagajno, kjer so člani sindikata vplačevali denar. Nato je sindikat najel zdravnika, ki jih je zdravil za določene bolezni. Nekaj podobnega bi morali storiti na družbeni ravni, tako da je ideja post moderna samoupravna moderna skupnost.

**Hvala za Vaš čas in odgovore.**

**Priloga B: Intervju z red. prof. dr. Maksom Tajnikar, predstojnik podiplomske katedre Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu na Ekonomski fakulteti.**

- 1. Ali prinaša privatizacija zdravstva neko grožnjo javnemu zdravstvu v Sloveniji? S tem da s privatizacijo mislim prenos ustanoviteljskih pravic. Javno zdravstvo pa kot zagotavljanje enakih pogojev in možnosti za uporabo storitev.**

Sedaj jaz mislim, zavedati se morate, recimo, če vi sedaj govorite javno zdravstvo, je pravzaprav kolektivna potrošnja v zdravstvu. Potem so seveda po drugi strani že sedaj v

Sloveniji javni sektorji in zasebni sektorji. Tako da, konec koncev, zasebnega sektorja ni tako malo v slovenskem zdravstvu. Farmacija so po številu najmočnejši zasebniki. Tako da ta odnos pravzaprav že vzpostavljen.

Vprašanje, ki se nam pojavlja je, do katere meje je potreben javni sektor in do katere meje je smiseln zasebni sektor. Jaz osebno izhajam iz vprašanja ekonomike, da se razumemo. Javni sektor, če ga opazujemo. Javni sektor ima tri temelje, kot pravimo ekonomisti, smiselnosti. Državno bolnišnico, ZD itd. To je tedaj, ko imate precej nepopolno strukturo, konkurenčno strukturo, kar v zdravstvu skoraj vedno pride v poštev, manj pomemben razlog na nek način. Kadar so močne eksternalije – kar je v zdravstvu zelo resna stvar – eksternalije so v zdravstvu najbolj izrazite sektorji, so najmočnejše. Tam, kjer so javne dobrine, v zdravstvu prav veliko javnih dobrin ni. Čeprav večina misli drugače. Gre pravzaprav zato, da so ti razlogi, ki opravičujejo javnega izvajalca. Marsikje pa tega razloga ni. Primarno zdravstvo, farmacija, marsikje ni razlogov, da bi morali meti javne izvajalce. So lahko zasebni. Vprašanje, kako se kombinirajo na strani ponudbe javni-zasebni izvajalci, je za mene predvsem vprašanje učinkovitosti. Recimo zlasti tam, kjer so manjši izvajalci – v mreži – potrebno se je zavedati, da tam, kjer imamo kolektivno potrošnjo, je vedno mreža. Mreža je dvojček kolektivne potrošnje. V tej mreži imamo lahko javne in zasebne izvajalce. In seveda vprašanje ni ideološko temveč vprašanje učinkovitosti. Ponekod je boljši eden ali drugi.

## **2. Bi konkurenca pomenila pocenitev zdravstvenih storitev, hkrati pa neko notranjo reorganizacijo v zdravstvenih institucijah? Na primer združevanje primarnega in sekundarnega v določenih segmentih?**

Konkurenca je v vsakem primeru dobra, ne pomeni pa pocenitev. Običajno se konkurenco zaznava osnovnošolsko, da konkurenca vedno znižuje cene – to še za prvi letnik fakultete ni. V resnici razmere popolne konkurence homogenih proizvodov itd. da – toda nič od tega ni značilno za zdravstvo, kar pomeni, da konkurenca v glavnem omogoča, da se v bistveno večji meri prilagaja ponudba k povpraševanju. Tudi če je kolektivno oblikovano povpraševanje – ne individualno. Zato se mi zdi konkurenca dobra, v vsakem primeru. Jaz vedno pravim, da bi bilo dobro videti med slovenskimi bolnišnicami tudi eno zasebno bolnišnico. Vprašanje, ki se tu poraja oziroma razlog ni zato, da so cene nižje, temveč, da bi bili izvajalci prisiljeni k iskanju novih storitev, tudi mogoče novega financiranja. Ne gre le za kolektivno potrošnjo, temveč tudi za



individualno potrošnjo v zdravstvu, ki jo premalo izkoriščamo. Potem gre za vse tiste ugodnosti, ki jih lahko bolnik pridobi v konkurenci. V kolikor pa konkurence ni, pa tudi teh možnosti ni. Tako da, konkurenca DA, ampak ne zaradi cen.

### **3. Financiranje zdravstva in plačilni sistem. Kaj menite o glavarinsko-storitvenem sistemu financiranja?**

Sistem ni tako enostaven, pri nas imamo vse načine, ne pa financiranja po plačah kot meni večina. Tudi v šolstvu ni tega načina financiranja – po plačah. V bistvu mi imamo trenutno vse sisteme. Imamo dejansko po primerljivih primerih – bolnišnični sistem, glavarinski – primarno varstvo, točkovni sistem – primarno in ambulantno varstvo ter sekundarno zdravstvo, imamo točkovni sistem tudi v farmaceutiki. Pri nas imamo vse sisteme, ki so šolsko postavljeni za financiranje. Jaz nisem prepričan, da je velik problem na tem področju v Sloveniji. Mogoče se premalo dosledno držimo tega sistema. Zdaj imam tipični primer, če reguliramo način plačevanja ni potrebno regulirat plač. Zdravstvo in šolstvo je tako, da ni financirano po plačah, kar pomeni, da bi plače morali vsak izvajalec, bolnišnica, Zdravstveni dom, po svoje oblikovati. Tu kršimo ta načela. Ker imamo na drugi strani tudi kolektivno dogovarjanje, ki bi moralo v takem sistemu na ravni izvajalcev ne pa na ravni države.

### **4. Še dva dela imava, koncesije, jih podpirate in na kakšen način bi se le te morale podeljevati?**

Koncesije so del tistega vprašanja kot smo prej dejali, gre za mrežo. Vi morate opredeliti, če imate javni zdravstveni sistem, financiran z javnimi sredstvi, kolektivni način. Potem morate vedeti, kaj boste financirali. In princip pri koncesijah, gre pač kako spuščate zasebni sektor v javno mrežo. Jaz osebno menim, da so koncesije protislovne. Za mene so koncesije v resnici – pri nas sicer ni tako opredeljeno – predvsem pravica, da opravljaš dejavnost. Ne pomeni pa to, da dobiš državna sredstva. Pri nas je pa to skupaj povezano – tu nastajajo problem. Toda tako kot sva prej dejala, tam kjer na primer zasebni, zasebni izvajalec lahko. Ker menimo, da je le-ta lahko bolj učinkovit, tam bi morale biti koncesije. Zato je potrebno poznati mrežo. Problem pri nas je, da mi že kar nekaj časa nismo opredelili mreže. Mreža je nekako, no, celo v nekaterih osnovnih zakonskih spremembah mreža sploh omenjena ni, kar je prav neverjetno.

Tako, da ljudje, ki so pisali to, sploh nimajo pojma za kaj gre. Ampak, če mrežo opredelite, potem vam tam tudi izpade, da potrebujete toliko in toliko zasebnega sektorja in to je vprašanje, ali se potrebuje koncesije. Marsikje lahko s koncesijami – nekdo dela magistraturo, tu imam pred sabo patronažno varstvo – babice in te stvari – tu je zasebni sektor, to nima smisla, da opravlja zdravstveni dom, a ne. Bistveno učinkoviteje je, če so tu babice v zasebnem sektorju. To je potrebno povedati, toliko jih manjka v tej občini in na primer, če jih imamo toliko in jih manjka še deset, imaš nato prostor za 10 koncesionarjev na tem področju. Problem zasebnega sektorja, ki se kombinira z javnim, pa je v regulaciji, katera bi morala biti zelo natančno določena. Kaj pravzaprav so pravice in obveznosti.

#### **5. Se vam zdi, da so privatizacija, koncesije in konkurenca pravi elementi za modernizacijo zdravstvenega sistema Slovenije?**

Jah, na nek način so, v celem javnem sektorju govorimo v tem smeri. Kar pomeni, da več vnašamo konkurence, tržnega gospodarstva, zasebnega kapitala. In tudi več potem vsega tistega poslovanja, ki je značilno za zasebni sektor in tržno gospodarstvo, in tu zna biti izvor neke učinkovitosti. Čeprav tukaj ste prej dobro vprašali. Ne gre za nižje cene.

Ravno sem bil na kongresu Ameriških zdravstvenih ekonomistov, (smeh), mi smo stoletja za njimi. Vse to je drago. Tam je konkurenca kar precej razvita, toda ona ne znižuje cene, temveč ponuja večji sortiman storitev, izredno stimulira učinkovitost, izredno stimulira tehnični razvoj, kar ni tako nepomembno. Pri nas marsikdaj – ali se bo v bolnišnici uveljavila nova procedura stvar zdravnika, ne pa bolnišnice, da bi si to želela bolnišnica kot novo ponudbo na trgu. V ZDA si bolnišnice želijo, da bi imela najboljša zdravljenja, najboljše klinične poti za onkologijo, to je v modi zadnje čase. In pri nas to ni tako, pri nas je to odločitev posameznika.

#### **6. Na podlagi dobrih praks iz tujine, kaj bi lahko črpali od tam? Na primer, iz Velike Britanije ali Avstrije?**

Morate se zavedati različnosti sistemov. Jaz iz Anglije ne bi nič jemal. Medtem ko npr. aut, v vsakem primeru je, to so urejeni sistemi. Je jasno, kje kaj mora kdo delati, npr. ta red pri nas nismo znali nikoli vzpostaviti. Slovenci nimamo smisel za sistem – sistem

kot red. Tako, da mislim, da bi morali mi vzpostaviti sistem. Tako kot ste sami vprašali, kje je vloga, kaj je vloga koncesionarjev, kje ga rabimo in kje ne itd. In ena stvar, ki se mi zdi zelo pomembna in tudi zelo ključna, jaz mislim, da mi absolutno premalo dajemo za zdravstvo. Če vzamemo strukturo BDP – npr. 9% Američani pa 16%, pa še to je njihov BDP/prebivalca dvakrat višji od našega. In seveda, mislim, da se bomo morali Slovenci počasi zavedati, da bo potrebno za zdravstvo in šolstvo nameniti več, kar je ravno v nasprotju s tem, kar počne vlada sedaj, ki varčuje v javnem sektorju. In to je ena velika stvar, ki se je mi premalo zavedamo, mislim, da je cel kriminal, če smo sposobni zdraviti resne bolezni, imamo znanje, ampak ne damo denarja za to. Ljudje pa potrebujejo to. Ravno sem napisal članek, ki še ni objavljen – Ljudje bolj rabijo seveda storitev medicinske sestre na onkologiji, glede na to kakšna je encedenca recimo onkoloških bolezni pri nas, kot pa motorček v avtomobilih, ki dvigajo in spuščajo šipe, na primer.

Ampak nam se še vedno zdi, da če damo denar za avtomobil je nekaj dobrega, če damo za medicinske sestre pa stran mečemo denar. Ampak to je neumnost. V ZDA ljudje tako ne razmišljajo. To se mi zdi, da bo potrebno pri nas narediti nek tak miselni zasuk. Sodobne ekonomije živijo od takih storitev, zdravstvene storitve so ključne. Tudi v ZDA sedaj Obama govori, kako naj bi pospešil gospodarsko rast ameriškega gospodarstva z zdravstvom. Še več denarja za zdravstvo, več, ne varčevati. Američani imajo onkološko sceno neverjetno, ogromno bolezni. In je njim več ali manj jasno, da je pomembneje imeti zdravstvene storitve kot pa nov avto.

#### **7. Se pravi, da se moramo tudi sami, v kolikor razmisliti o tem, kako pravzaprav financirati zdravstvo?**

Lahko tudi iz žepa. Potrebno se je zavedati, da gre za dve plati iste medalje, ki pa nista enaki. Potrebno se je zavedati, kakšni so ponudniki, zasebni, javni. To je stvar učinkovitosti teh eksternalij javnih dobrin in tako naprej. Druga plat pa je dejansko, kako se financira. Kolektivno – čez državo v Angliji, preko zavarovalnic pri nas in Avstriji, lahko pa tudi iz žepa. Ampak tudi pri financiranju je včasih bolj učinkovito kolektivno kot individualno, ker potem lažje podpiraš potem to kolektivno ponudbo.

**Hvala za Vaš čas in odgovore.**

**Priloga C: Intervju z Janezom Zupančič, dr. med., direktor Zdravstvenega doma Ivančna Gorica.**

**1. Ali s privatizacijo zdravstva lahko ohranimo javno zdravstvo v Sloveniji? (Privatizacija kot: prenos ustanoviteljskih pravic javnega zavoda v zasebno last). Kakšne spremembe bi se zgodile?**

Trenutno je v slovenskem prostoru takšna klima, da čuti sedanja ali prejšnja politična garnitura, da lahko privatizacija oz. podeljevanje koncesij ogrozi javno zdravstvo.

V zgodnjih časih 91–93 se je nekontrolirano pričelo podeljevati koncesije, brez da bi bila mreža pravilno vzpostavljena, in ta vzpostavitev in kompetence, stvari, ki so vezane na to, kaj mora zasebnik delati skupaj z Javno službo, niso bile urejene. Tako je večkrat prišlo sodelovanja v urgentni službi, pri tem pa je bilo veliko zapletov. V nekaterih krajih, kjer so se v večjem deležu podeljevale koncesije (Koroška, Štajerska), več kot v osrednjem delu, tu imajo sedaj krize, neka nezadovoljstva in prepire, kako zagotavljat neprekinjeno zdravstveno varstvo.

**2. Ali pomeni večje število koncesionarjev manjši priliv Zdravstvenemu domu?**

Ne. Praksa konkurence ni možna na primarni ravni, ni takih dejavnosti. Kar gre pa za nadstandard, je v osnovnem zdravstvu samoplačniško. Primer UZ, ne moremo pridobiti koncesije, da bi bilo to v socialnem programu, zato ne moremo biti konkurenčni.

**3. Kakšno je vaše mnenje o podeljevanju koncesij?**

Se kar strinjam z javnim razpisom, to je bila tudi ena izmed tem na Dunajskem zdravstvenem kongresu.

**4. Mogoče tudi ugodno, da se pojavi konkurenca v zdravstvu – zasebni ZD?**

Ja, mi smo v zgodnjih časih - ko še nisem imel funkcij in podobno, bili smo še pod drugim ustanoviteljem – želeli delovati v obliki, ki ni nikoli uspela. To bi bile zdravniške zadruge, kjer bi se združili koncesionarji v zadrugo. Podobno kot sedaj,

samo, da bi upravljali samostojno, računovodstvo pa bi bilo skupno. Zdravstveni dom pa bi imeli v najemu itd.

S to obliko organizacije bi seveda tudi zmanjšali število administrativnih ovir.

**5. So privatizacija, koncesije in konkurenca prava izbira za modernizacijo slovenskega zdravstvenega sistema?**

Mogoče na sekundarnem in terciarnem nivoju. Primarni nivo pa ne, saj smo vezani z bazičnimi lovki, zagotavljati moramo 24-urno najboljšo možno pristopnost do storitev, ki jih nudimo. Konkurence tu ne more biti razen v obnašanju, ugledom pri storitvah, kjer jih vsi opravljamo v bazičnem zdravstvu. Konkurenca ni možna. Če nekdo ni registriran pri tebi, moraš storitev računati, toda to ne pomeni konkurence.

**6. Še eno vprašanje o koncesijah. S podelitvijo koncesij nekateri odidejo, kako se to reflektira glede usklajevanja kadrov?**

Pred nekaj leti sta dva zdravnika odšla, eden v javno sfero, drug pa je bil konkurent na razpisu za koncesijo. V tistem času sem izgubil dva zdravnika, kriza je bila vsekakor kar se tiče kadrov, predvsem kadar gre za koncesionarja. Če bi se to zgodilo v okviru naše občine, se mreža ne spremeni, zato je vse v redu. Odliv je enak, tudi kader mora koncesionar vzeti s seboj glede na zadnje predpise o koncesijah. Tako ne bi imeli nič viška pri kadrih in nujnega usklajevanja.

**Hvala za Vaš čas in odgovore.**

**Priloga Č: Intervju z mag. Julijano Bizjak-Mlakar, predsednico društva za ohranitev in izboljšanje javnega zdravstva.**

**1. Po vašem mnenju, kakšen vpliv imajo zdravniki pri oblikovanju zdravstvene politike?**

Jaz bi rekla skoraj 100% (smeh) gleda na sedanjo prakso. Kaže se preko vsebine zakonov, preko tega, da so tudi sami ministri in tisti, ki so ministri praktično nič ne naredi tam, kjer bi bile potrebne spremembe. Npr. Zdravniška zbornica, ki je v konflikt interesov, ki ima pooblastila strokovnega nadzora, ampak Zdravniška zbornica je v

svojem statutu namenjena tudi varovanju interesov zdravnikov in tako je preprosto v konfliktu interesov. Saj tisti, ki vrši nadzor, mora varovati interese pacientov, ne zdravnikov, in pomeni, da ne more opravljati svojega dela, a kljub temu na leto dobi tistih 500 ali kolikor pač 1000 evrov, za opravljanje te funkcije, od katere pa nič ni.

Zdravniki lahko vplivajo prek Zdravniške zbornice ali pa preko Ministrstva. Preko oblastnih organov, dejansko imajo vpliv, tudi so poslanci, so ministri, zdravijo ministre, vlado imajo že tudi recimo – soproga JJ je zdravnica. To se pravi, to lahko vpliva, kakšna bo politika vlade, če bo on spet na oblasti, kakšna bo politika vlade na ta del sektorja.

## **2. Kdo od zdravnikov se zavzema za privatizacijo?**

V bistvu je tako, da je skoraj, od kar se je začela ta divja privatizacija bi jaz temu rekla, če se nekaj dela, kar je v nasprotju z javnim interesom, potem lahko človek govori zgolj o divji privatizaciji, komercializaciji. Profitni naravnosti tega sektorja. Praktično tisti zdravniki, ki so še ostali, lahko bi rekli zavezani Hipokratovi prisegi, ne glede na to, koliko bo plačal, ti so redki in se zdijo že sami sebi neumni. Saj vsak 2 zdravnik v UKC poleg javne službe sedi še na drugem stolu, deluje v d. o. o. -ju, s. p. -ju, privatni službi. In s tem izkorišča javna sredstva za njegove zasluške popoldan v tisti ambulanti, paciente usmerja v tisto ambulanto, lahko reče tukaj ne morete priti na vrsto, lahko pa popoldan pridete v ambulanto in vas bom takoj pregledal, seveda za denar. Čas, javna sredstva in paciente lahko zlorablja.

## **3. Kakšno je Vaše mnenje o izdaji novih koncesijskih dovoljenj?**

Koncesije so spet, to je oblika privatizacije zdravstva, profitne, so d. o. o. -ji, s. p. -ji, med tem ko za samo zdravstvo, tudi po svetovnih, torej bela knjiga, dokumenti ek, naj bi bilo to neprofitno. Ker profit vedno ima motiv dobičkonosnosti, to pa škodi za korektno izvajanje te dejavnosti. Koncesije na področju primarnega zdravstva so se podeljevale na ta način, da so si jemali programi in sredstva ZD ali pa bolnišnicam, ta denarna sredstva so se dala zdravnikom zasebnikom in na ta način so opešali, javno zdravstvo se je oslabilo. Najhujše v obdobju Bručana, tedaj je, mu je uspelo, kljub temu da se je vzpostavila močna civilna društvo – njeno društvo ... Kar je ustavilo podeljevanje koncesij, in so se podeljevale pod roko, a Bručanu je tedaj uspelo razsuti preko 30% ZD, ki imajo sedaj velike težave, ne morejo zadovoljiti vseh potreb

prebivalstva po zdravstvenih storitvah. V bistvu je teko, da so v ZD Vrhnika dali javni poziv upokojenim zdravnikom, če lahko pridejo pomagat reševati situacijo, ki niso mogli zadovoljiti potreb, koncesionarji pa po navadi med sobotami in nedeljami zaprejo ambulanto in napotijo paciente v ZD. Ampak tam so zasuti z delom in zadeve ne morejo več opravljati.

#### **4. Ali je v Sloveniji možno graditi zdravstveni sistem po vzoru Britanskega NHS?**

Država ima močno v rokah cel sistem NHS, daje tudi nizka sredstva, to je slabost sistema, da je premalo sredstev. Tudi VB se je ni dolgo tega, kar smo meli v LJ konferenco, v kateri je sodeloval strokovnjak iz VB in iz Švedske, jaz sem mela pa predstavitev našega sistema. In tudi on se je potožil, da je tista privatizacija tam gor, tudi na ta način, da so dali gradnjo bolnišnic zasebnikom, povzročilo ogromno škode, ker so le ti varčevali pri stvareh in gradilo nasprotno. Poleg tega bi bilo ceneje za državo, če bi ona gradila, ker so tista odplačevanja kreditov in dobičkov tako visoki, da bodo sedaj hude težave za zagotavljanje zdravstvenih pravic. Torej ta sistem lahko, je zelo varčen, ni pa dober za bolnika, je boljši od našega. Ironično je, da so v 70-ih letih WHO, dejala Jugoslovanski sistem za zgled celemu svetu, in so hodili k nam kopirat in tedaj so Skandinavci v enem letu spremenili sistem, čez noč so privatni zdravniki postali javni uslužbenci, gradili, oz. organizirali so se v zdravstvene centre in posneli naš sistem zdravstva in še danes ga imajo. Tam skoraj da ni privatnih zdravnikov, če so, so bolj na oddaljenih krajih. Ker tam ni smiselno graditi ZD, tam so koncesionarji in ga dobro plačajo, da skrbi za tisto prebivalstvo. Logična uporaba koncesij, pri nas pa niso na ta način uporabljali, a privatizirali na najbolj grob način in nobenemu se ni nič zgodilo, ki so zlorabili svoj položaj za to.

**Hvala za Vaš čas in odgovore.**

**Priloga D: Intervju z doc. dr. Marijo Petek-Šter, dr. med., spe. druž. med., zaposlena v ZD Trebnje, članica Katedre za družinsko medicino.**

#### **1. Ste zagovornica povečanja koncesij ter privatizacije?**

Ne.

#### **2. Zakaj nasprotujete povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj?**

Menim, da dodatne koncesije predvsem na primarnem nivoju zdravstvenega varstva lahko vodijo v razpad organizacijske strukture javnega zdravstva, ki temelji na Zdravstvenih domovih, ki so nosilci zdravstven dejavnosti na primarnem nivoju.

### **3. Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete privatizaciji zdravstva?**

Javno zdravstvo omogoča večjo enakost in pravičnost za državljane kot zasebno zdravstvo, kjer je finančna zmožnost posameznika tista, ki odloča o dostopnosti in lahko tudi kakovosti storitve.

### **4. Preko katerih mehanizmov lahko vplivate na zdravstveno politiko (na njeno kreiranje)?**

Moj osebni vpliv na zdravstveno politiko ni posebno velik. Mislim pa, da lahko z vpeljavo novih oblik dela, ki temeljijo na boljši organizaciji dela in spodbujanju kakovostnega dela, prepričamo zdravstveno politiko, da več denarja in pozornosti usmeri v preventivo in primarno zdravstvo.

**Hvala za Vaš čas in odgovore!**

## **Priloga E: Primerjava koncesionarjev ter zaposlenih v javnem zavodu ter viri financiranja.**

**Tabela E. 1: Število splošnih zdravnikov in specialistov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo za leta 2004, 2006, 2008 in 2010.**

Leto	Splošni zdravniki			Specialisti		
	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj	Javni zavod	Zasebnik	Skupaj
2004	916	242	1158	857	178	1135
2006	987	302	1289	1299	285	1584
2008	916	349	1265	1116	394	1420
2010	927	353	1280	1191	296	1487

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2004; 2006; 2008 in 2010).



**Tabela E. 2: Delež finančnih sredstev za zdravstvene storitve glede na vrsto izvajalca v obdobjih 2004, 2006, 2008 in 2010.**

Leto	Javni izvajalci	Zasebni izvajalci
2004	93,07%	6,93%
2006	87,44%	12,56%
2008	87,49%	12,51%
2010	86,94%	13,06%

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2004; 2006; 2008 in 2010).

**Tabela E. 3: Financiranje zdravstva iz žepa, glede na vsa plačila v zdravstvu, izraženo v odstotku za leto 2004, 2006, 2008 in 2010.**

Država/Leto	2004	2006	2008	2010
Slovenija	12	12	13	/
Avstrija	16	16	15	/
Velika Britanija	12	11	11	/

Vir: World Bank (2012).

## **Priloga F: Anketni vprašalnik**

Prvi anketni vprašalnik vsebuje tudi glavo, ostali pa vsebujejo zgolj vprašanja in odgovore. Za raziskavo policy omrežja zdravstvene reforme so nas zanimali zgolj odgovori zdravnikov in ne njihova identiteta, zato nima noben od vprašalnikov dopisanega avtorja odgovorov in je anonimen.

### **Anketni vprašalnik 1**

#### **Spoštovani!**

Sem študent FDV in pri diplomskem delu preučujem **vpliv določenih akterjev na policy omrežje**. Pri tem bi Vas prosil, če si vzamete trenutek časa in odgovorite na spodaj navedena vprašanja.

Zaupnost podatkov Vam lahko zagotovim tudi s pisnim potrdilom, saj bodo uporabljeni zgolj v študijske namene.

Za Vaš čas in pozornost se Vam že vnaprej zahvaljujem.

## Vprašalnik:

1. **Vprašanja nista povezani, obravnava se ju ločeno!**  
Ste zagovornik povečanja izdaj koncesij? (DA/NE)  
Ste zagovornik privatizacije zdravstva? (DA/NE)
2. **Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj?**  
*Koncesija bi morala biti na razpisu in ne podarjena.*  
**Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete privatizaciji zdravstva?**  
*Bi se pocenilo.*
3. **Preko katerih mehanizmov lahko vplivate na zdravstveno politiko (na njeno kreiranje)?**  
*Morda preko stroškovnih združenj.*
4. **Kaj menite o Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo (ne/zagovarja Vaše interese)?**  
*Sestava – pooblastila so nepregledana, ne ve se kaj zagovarja*
5. **Vaša specializacija ter oddelek, kjer ste zaposleni?**
  - a) *travmatologija, splošna kirurgija*
  - b) *travmatološka klinika v UKC Ljubljana*

## Anketni vprašalnik 2

1. **Vprašanja nista povezani, obravnava se ju ločeno!**  
Ste zagovornik povečanja izdaj koncesij? (DA/NE)  
Ste zagovornik privatizacije zdravstva? (DA/NE)
2. **Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj?**  
*Povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj nasprotujem zato, ker v RS niso jasno in dokončno opredeljena razmerja med zdravniki, ki delamo v javni zdravstveni mreži (JZM) v t.im. javnem sektorju in tistimi, ki delajo v JZM kot zasebniki/koncesionarji. Menim, da bi bilo potrebno vzpostaviti razmere, v katerih bi bili tako eni kot drugi v enakovrednem položaju, tako glede upravljanja z viri za svoje delovanje, kakor tudi glede pogojev svojega dela.*

*Z drugimi besedami – verjamem, da je mogoče delovanje zdravnikov v javnem sektorju »osvoboditi« nepotrebnega balasta administratorja družbeno-političnega sistema, kar bi v bistvu pomenilo, da koncesionarjev na način, kot jih imamo sedaj sploh ne bi več potrebovali. Ali drugače – poklic zdravnika je svoboden, in obenem v današnji sodobni družbi nujno (samo)reguliran poklic.*

**Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete privatizaciji zdravstva?**

Črno-belega odgovora na to vprašanje ne morem dati, saj vprašanju ni priložena definicija (opredelitev), kaj imate v mislih s »privatizacijo«. Privatizacija v pravem pomenu besede po moje pomeni, da bi bilo potrebno v Sloveniji popolnoma drugače vzpostaviti celoten zdravstveni sistem, zlasti v smislu korenitih sprememb sistema zdravstvenega zavarovanja.

V kolikor pa gre vseeno le za nadaljevanje prejšnjega vprašanja, torej, ali naj bi povečevali izdajanje koncesij (oz. število zasebnih izvajalcev – koncesionarjev za JZM) je odgovor jasen.

Menim, da slovenska družba ni družba, v kateri bi (vsaj v bližnji prihodnosti ne) (z)mogli preživeti čisto zasebi (privatni) izvajalci, zato se mi zdi vprašanje po svoje pravzaprav neumestno. V kolikor enačite privatizacijo zdravstva s povečevanjem števila podeljenih koncesij, namreč menim, da razmišljanje ni čisto »pravo«.

**3. Preko katerih mehanizmov lahko vplivate na zdravstveno politiko (na njeno kreiranje)?**

*Prek delovanja:*

1. v vodstveni strukturi UKC Ljubljana – kot član Strokovnega sveta;
2. v Zdravstvenem svetu RS (kot član),
3. v poklicnih/strokovnih združenjih:
  - a. Zdravniški zbornici Slovenije
  - b. Združenju kardiologov Slovenije

**4. Kaj menite o Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo (ne/zagovarja Vaše interese)?**

*Sem član Zdravstvenega sveta – trudim se, da bi seveda prek tega jasno dosegel, da zagovarja tudi moje interese, oz. interese profesionalnega okolja, odkoder prihajam.*

**5. Vaša specializacija ter oddelek, kjer ste zaposleni?**

*Specializacija: 1. interna medicina, 2. kardiologija in vaskularna medicina  
Zaposlitev: UKC Ljubljana, Interna klinija*

**Anketni vprašalnik 3**

**1. Vprašanja nista povezani, obravnava se ju ločeno!**  
Ste zagovornik povečanja izdaj koncesij? **DA**  
Ste zagovornik privatizacije zdravstva? **DA**

**2. Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj?**

*Povečanje koncesijskih dovoljenj vodi k boljšemu zdravstvu.*

**Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete privatizaciji zdravstva?**

*Privatizacija pomeni boljše zdravstvo.*

**3. Preko katerih mehanizmov lahko vplivate na zdravstveno politiko (na njeno kreiranje)?**

*Nobenih. Na zdravstveno politiko vplivajo odvetniki in zavarovalnice.*

**4. Kaj menite o Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo (ne/zagovarja Vaše interese)?**

*Ne zagovarja.*

**5. Vaša specializacija ter oddelek, kjer ste zaposleni?**

*Nevrologija, nevrološki oddelek*

**Anketni vprašalnik 4**

**1. Vprašani nista povezani, obravnava se ju ločeno!**  
Ste zagovornik povečanja izdaj koncesij? *NE*  
Ste zagovornik privatizacije zdravstva? *NE*

**2. Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete povečanju izdaj koncesijskih dovoljenj?**  
*Izdajanje koncesij pride v poštev, ko imamo preveliko število zdravstvenih delavcev in bi z izdajo koncesij povečevali konkurenčnost, v situaciji ko imaš premalo zdravstvenih delavcev pa ostanejo manj atraktivna področja brez zdravstvenih delavcev, kar se nam dogaja v osnovnem zdravstvu. V manjših bolnišnicah pa smo z izdajo koncesij dosegli, da če prepovemo delo zdravstvenim delavcem iz večjih bolnišnic v malih bolnišnicah, lahko vse male bolnišnice takoj zapremo!!!!.*

**Zakaj zagovarjate oz. nasprotujete privatizaciji zdravstva?**

*Privatnik dela le tisto kar je stroškovno učinkovito in se znatno manj izobražuje, kot zdravstveni delavci v javnem zdravstvu.*

**3. Preko katerih mehanizmov lahko vplivate na zdravstveno politiko (na njeno kreiranje)?**

*Na zdravstveno politiko ne moremo vplivati, saj jo napačno določa nezdravstvena politika, ministri so pa praviloma lutke, ki so resnično delali v zdravstvu 20 let pred nastopom funkcije.*

**4. Kaj menite o Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo (ne/zagovarja Vaše interese)?**

*Neoperativno prevelik politični organ, ki strokovno ni kompetenten za odločanje. Na celotnem delovanju države bo potrebno vzpostaviti vrednote, kot so znanec in delo.*

**5. Vaša specializacija ter oddelek, kjer ste zaposleni?**

*UKC LJ, Interna medicina*