



UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Elda Gregorič Rogelj

**JAVNO ZASEBNO PARTNERSTVO KOT MOŽNA OBLIKA INVESTIRANJA V  
ZDRAVSTVENE ZAVODE**

Magistrsko delo

Mentor: Izredni profesor dr. Andrej Rus

Ljubljana, 2008

## ZAHVALA

Svojemu mentorju izrednemu profesorju dr. Andreju Rusu se iskreno zahvaljujem za strokovno pomoč, usmeritve in napotke pri nastajanju magistrskega dela, kot tudi za vzpodbude in podporo od samega začetka nastajanja tega dela.

Hvala direktorjem zdravstvenih zavodov, da ste mi zagotovili podatke, razpoložljiva gradiva ter posredovali izkušnje in ocene v zvezi s primeri javno zasebnih partnerstev, ki jih obravnavam v magistrski nalogi.

Hvala mojim najbližjim, Ajdi, Mancu, Roku in Janezu, da ste me vzpodbujali.

Elda Gregorič Rogelj



## POVZETEK

*V pogojih javnofinančnih omejitev in naraščajočih zdravstvenih izdatkov se povečujejo potrebe po alternativnih finančnih virih za investicijska vlaganja v objekte ter opremo v zdravstvu. V nalogi je obravnavano javno zasebno partnerstvo z vidika ugotovljenih značilnosti, prednosti in slabosti, kot jih ugotavljajo v okoljih z izkušnjami s tovrstnim načinom izvajanja projektov.*

*Pomen javno zasebnega partnerstva na področju zdravstva je obravnavan z vidika obstoječega mešanega javno zasebnega sistema zdravstva v Sloveniji, ob upoštevanju ekonomskih pogojev, veljavne zakonodaje za področje javnih zdravstvenih zavodov ter strateških usmeritev za razvoj področja.*

*Za investicijska vlaganja v zdravstvene zmogljivosti proračunski in javnofinančni viri niso zadostni, zato so v nekaterih zdravstvenih zavodih v Sloveniji pristopili k pripravi ali izvedbi projektov v javno zasebnem partnerstvu. V nalogi so obravnavani primeri javno zasebnih investicij pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske, Izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov ter pogodbeno partnerstvo na področju pogodbenega zagotavljanja prihranka energije in dobave energentov Splošne bolnišnice Brežice.*

*Uporaba javno zasebnega partnerstva je v danih pogojih za področje zdravstva primeren način izvajanja projektov, zlasti za investicije v zdravstveno mrežo, vendar bi morala skupna vlaganja slediti ključnim razvojnim ciljem, opredeljenim v sprejeti strategiji razvoja področja ob usmerjevalni in nadzorni vlogi države.*

**Ključne besede:** *Javno zasebno partnerstvo, privatizacija, zdravstveni zavodi, investicijska vlaganja, normativna ureditev javnih zavodov, zdravstveni izdatki, strategija razvoja zdravstva, »več za manj«, tveganje.*

## S U M M A R Y

*Under circumstances of restricted public financing and growing medical expenditures there is an increasing demand for alternative financial resourcing as regards investing into health care buildings, equipment and facilities. This thesis deals with public private partnerships from the point of view of characteristics, advantages and disadvantages, as identified in environments with experience in such methods of project implementation.*

*The meaning of public private partnership in the field of health care is dealt with from the point of view of mixed public private health system in Slovenia and takes into account economic conditions, legislation that is in force for the field of public health institutes, and strategic guidelines for this field's development.*

*Since budget and public financing resources for health care capacities investments are insufficient, certain health care institutes in Slovenia have taken up project preparations or implementations in public private partnerships. The thesis examines examples of public private investments into building facilities of primary health care in the Gorenjska region, constructing a new entrance and additional facilities at the Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia, as well as conducting contractual partnerships in the field of contractual provision of reduced energy use and energy-generating products at the general hospital in Brežice.*

*The use of public private partnership under the enumerated conditions in the field of health care proves a suitable method of project implementation, especially for the investments into the public health network, however, joint investments should follow the key development objectives, defined in the adopted strategy for this field's development and should be guided and monitored by the country.*

**Key words:** *public private partnership, privatization, health care institutions, investments, management, regulatory framework of public institutes, medical expenditures, health development strategy, value-for-money, risk.*

# Kazalo

<b>Kazalo</b>	<b>v</b>
<b>Kazalo tabel</b>	<b>viii</b>
<b>Kazalo slik</b>	<b>ix</b>
<b>1 Uvod</b>	<b>1</b>
<b>2 Temeljna opredelitev magistrskega dela</b>	<b>4</b>
2.1 Izhodišča in omejitve magistrskega dela	4
2.2 Namen in cilji magistrske naloge	6
2.3 Metodologija dela	8
<b>3 Opredelitev javno zasebnega partnerstva</b>	<b>11</b>
3.1 Razvojne značilnosti JZP	11
3.2 Privatizacija v odnosu na JZP	12
3.3 Definicije pojma JZP	16
3.4 Osnovne značilnosti, prednosti in slabosti JZP	18
3.5 Poslovni modeli sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem	24
3.6 Poslovni modeli sodelovanja z zasebnim sektorjem v bolnišnicah	28
3.7 Ocene modelov javno zasebnega partnerstva v bolnišničnem zdravstvenem varstvu	34
3.8 Izvajanje javnih služb v dokumentih Evropske skupnosti	36
3.9 Javni sektor v Sloveniji in zblíževanje javne ter zasebne sfere	43
<b>4 Pomen javno zasebnega partnerstva na področju zdravstvenega varstva</b>	<b>48</b>
4.1 Mešani javno-zasebni sistem zdravstva v Sloveniji	48
4.2 Javno zasebno partnerstvo v pogojih normativne ureditve zdravstvenih zavodov	55
4.2.1 Analiza zakonodaje za področje negospodarskih javnih služb, koncesij in javno zasebnega partnerstva	55
4.2.1.1 Zakon o zavodih	55
4.2.1.2 Zakon o zavodih, gradivo za obravnavo v DZ, 2004	58
4.2.1.3 Zakon o investicijah v zdravstvu	60
4.2.1.4 Zakon o ravnanju s stvarnim premoženjem države, pokrajin in občin (ZSPDPO)	61

4.2.1.5.	Zakon o javno zasebnih partnerstvih (ZJZP)	63
<b>4.3</b>	<b>Finaciranje zdravstvenega varstva v Sloveniji</b>	<b>69</b>
<b>4.4</b>	<b>Investicijska vlaganja v zdravstvenih zavodih</b>	<b>80</b>
<b>4.5</b>	<b>Pomen vizije in strategije razvoja področja za dolgoročno učinkovit razvoj javno zasebnih partnerstev</b>	<b>88</b>
4.5.1	Strategija razvoja Slovenije	89
4.5.2	Osnutek zdravstvene reforme – “Bela knjiga”	90
4.5.3	Strateški cilji in ukrepi za Plan zdravstvenega varstva	91
4.5.4	Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013	93
<b>5</b>	<b>Analiza primerov javno zasebnih partnerstev v zdravstvu</b>	<b>96</b>
<b>5.1</b>	<b>Bolnišnica Sežana – dializni center Sežana</b>	<b>96</b>
<b>5.2</b>	<b>Osnovno zdravstvo Gorenjske – javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske</b>	<b>98</b>
5.2.1	Javno zasebno partnerstvo pri vlaganjih v OZG	99
5.2.2	Finančni viri in vključevanje zasebnih sredstev	100
5.2.3	Status zasebnih lastnikov	100
5.2.4	Ugotovitve v zvezi z javno zasebnim partnerstvom v OZG	101
<b>5.3</b>	<b>Inštitut RS za rehabilitacijo invalidov – izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov</b>	<b>102</b>
5.3.1	Opis investicije	102
5.3.2	Vsebina objekta	103
5.3.3	Način skupnega upravljanja z vložkom	104
<b>5.4</b>	<b>Splošna bolnišnica Brežice – pogodbeno partnerstvo na področju pogodbenega zagotavljanja prihranka energije in dobave energentov – rekonstrukcije kotlarne</b>	<b>107</b>
5.4.1	Ugotovitve in razlogi za odločitev o investiciji s pogodbenim partnerstvom	108
5.4.2	Cilji projekta pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije v SB Brežice	109
5.4.3	Ekonomska upravičenost investicije	110
5.4.4	Ekološka sprejemljivost naložbe	112
5.4.5	Ureditev pogodbenega razmerja med SB Brežice in zasebnim partnerjem	113
5.4.6	Koristi in pričakovanja v zvezi z izvedbo investicije s pogodbenim partnerstvom	115
<b>5.5</b>	<b>Analiza primerov JZP v zdravstvenih zavodih z vidika poslovnih modelov, intervjujev z vodstvi zdravstvenih zavodov in ugotovitve o prednostih in slabostih</b>	<b>119</b>
5.5.1	Osnovno zdravstvo Gorenjske	119

5.5.2	Izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov	122
5.5.3	Splošna bolnišnica Brežice	123
<b>6</b>	<b>Zaključek in sklep</b>	<b>127</b>
<b>7</b>	<b>Literatura in viri</b>	<b>132</b>

## Kazalo tabel

Tabela 3.1: Lestvica javno zasebnih poslovnih modelov .....	25
Tabela 3.2: Opcije sodelovanja zasebnega sektorja v bolnišnicah.....	29
Tabela 3.3: Lastnosti, prednosti in slabosti odnosov JZP .....	41
Tabela 4.1: Izdatki za zdravstvo v RS, članicah EU in ZDA .....	72
Tabela 4.2: Ocena izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji 2001-2007 v tekočih cenah in v odstotku od BDP .....	75
Tabela 4.3: Izdatki z zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah \$ in po metodi PPP.....	77
Tabela 4.4: Investicijska vlaganja v primarno zdravstvo in bolnišnice v letih 2002-2007	82
Tabela 4.5: Projekcija sredstev za zdravstvo iz proračuna RS (v mio EUR in % BDP) .	85
Tabela 5.1: Prikaz vrednosti investicije in deleži vložkov javnega in zasebnega partnerja .....	103
Tabela 5.2: Prihranki energije v KWH in pričakovan prihranek v naslednjih letih .....	111
Tabela 5.3: Znižanje izpusta CO <sub>2</sub> in pričakovani izpusti v naslednjih letih .....	113
Tabela 5.4: Gibanje porabe energije v SB Brežice v letih 2005-2007.....	116
Tabela 5.5: Gibanje skupnih stroškov energentov v SB Brežice v letih 2005-2007 .....	117
Tabela 5.6: Stanje skupnih specifičnih emisij (CO <sub>2</sub> ) glede na obveznosti iz 2.čl. Pogodbe o zmanjšanju onesnaževanja zraka z emisijo oglj. dioksida .....	118



## Kazalo slik

Slika 3.1: JZP strukture .....	18
Slika 3.2: Primerjava javnega financiranja in financiranja v JZP na "cashflows" .....	33
Slika 3.3: Pregled JZP po državah in sektorjih .....	39
Slika 3.4: Delež javnofinančnih izdatkov po funkcionalni klasifikaciji za leto 2004, % BDP .....	44
Slika 4.1: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki v Sloveniji med leti 1993-2007 .....	48
Slika 4.2: Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s števiom zdravnikov zasebnikov v letu 2007 .....	49
Slika 4.3: Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2007 .	50
Slika 4.4 Delež sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v odstotku bruto družbenega proizvoda v letu 2004.....	73
Slika 4.5: Struktura izdatkov za zdravstvo 2005 .....	78
Slika 4.6: Število bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v letih 2000 in 2004 v državah EU.....	79
Slika 4.7: Delež amortizacije v celotnem prihodku JZZ in bolnišnic v letih 2000 – 2006	83
Slika 4.8: Višina amortizacije v JZZ in bolnišnicah v letih 2000-2006 .....	83
Slika 4.9: Stopnja odpisanosti opreme JZZ in bolnišnic v obdobju 2002-2006 .....	86
Slika 4.10: Stopnja odpisanosti nepremičnin JZZ in bolnišnic v letih 2002 -2006 .....	87
Slika 5.1: Prikaz prelomne točke upravičenosti investicije .....	105
Slika 5.2: Prikaz donosnosti investicije po letih.....	106
Slika 5.3: Gibanje porabe energije v SB Brežice v letih 2005-2007 .....	116
Slika 5.4: Gibanje stroškov za energijo v SB Brežice v letih 2005-2007 .....	117
Slika 5.5: Izpusti CO <sub>2</sub> v kg/leto.....	118

# 1 Uvod

V magistrski nalogi bom predstavila pomen javno zasebnih partnerstev kot možnosti za izvajanje projektov za investicijska vlaganja v zdravstvu v procesu spreminjanja vloge države. Zagotavljanje zdravstvenih storitev v skoraj vseh državah vsebuje določene oblike javno zasebnega sodelovanja. V naših razmerah je javno zasebno partnerstvo vse pogostejše predmet obravnave z različnih vidikov. V nalogi bo obravnavan zlasti vidik, kakšne so možnosti lažje izvedbe projektov v javnem interesu, za katere javna sredstva niso zagotovljena ali niso zadostna. Vzporedno s tem bom z nalogo raziskala prednosti za javni sektor v primerih javno zasebnih projektov na področju zdravstva.

Na področju zdravstvenega varstva se z naraščanjem zdravstvenih izdatkov srečuje večina držav; vzroki so v rasti obsega in kakovosti zdravljenja, staranja prebivalstva, napredku tehnologije, na drugi strani pa v povečanem povpraševanju po zdravstvenih storitvah. V pogojih omejenih finančnih sredstev za zdravstvo na eni strani ter globalne konkurenčnosti na drugi prihaja do omejitev pri uresničevanju zdravstvenih pravic. Medtem ko so razprave o finančnih vprašanjih na področju zdravstva osredotočene predvsem na vprašanja prihodkov, je financiranju investicij v zdravstvenih sistemih namenjene manj pozornosti.

Tudi v Sloveniji sistem zdravstvenega varstva že vrsto let deluje na zgornji meji finančnih zmožnosti. Zato bi morali, tako kot v vseh državah Evropske unije, na področju zdravstvenega varstva izvajati stalna sistemska prilagajanja in strukturne spremembe. Po obsežni zdravstveni reformi zdravstva v Sloveniji v letu 1992, ko smo spremenili povsem državni v mešani javno zasebni način zagotavljanja sredstev za zdravstveno varstvo ter omogočili tudi zasebni način izvajanja zdravstvenih storitev, do temeljitejših sistemskih sprememb, ki bi sledile procesom lastninske in pravno organizacijske diverzifikacije javnega sektorja v Evropi in v svetu, še ni prišlo. Na področju izvajanja zdravstvenih storitev smo uvajali v pretežni meri le koncesijski način izvajanja zdravstvenih storitev, na področju zdravstvenega zavarovanja pa s spremembo zdravstvene zakonodaje uvedli dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila k zdravstvenim storitvam.

Z zasebnimi vlaganji, s pomočjo katerih bi bilo mogoče izvesti določene projekte v javnem interesu, bi lahko javni zdravstveni zavodi vzpostavili sodelovanje z zasebnim sektorjem in izvedli določene projekte v

okviru načrtovanih vlaganj v posodabljanje obstoječih zmogljivosti ali v nove investicije. V ta namen je potrebno vzpostaviti vzpodbudno okolje s strani odgovornih institucij javnega sektorja. V zadnjih letih v Sloveniji že zasledimo nekatere primere javno zasebnih partnerstev v zdravstvu, ali pa so projekti v fazi priprave, oz. uvajanja. Za te projekte bi lahko ugotovili, da so bili vzpostavljeni na podlagi motivacije in zainteresiranosti vodstev zdravstvenih zavodov v pogojih pomanjkanja proračunskih sredstev za vlaganja v zdravstveno mrežo in upravljalске usposobljenosti vodilnih ljudi v zdravstvenih zavodih, ki zasledujejo uresničevanje razvojnih ciljev svojih organizacij. Kljub zakonski ureditvi, da ja za investicije v javne zdravstvene zavode odgovorna Republika Slovenija, na primarni ravni pa občine, so proračunske možnosti omejene in praviloma določene z letnimi finančnimi načrti proračunskih uporabnikov, v tem primeru Ministrstva za zdravje, oziroma proračunov občin in finančnih načrtov javnih zdravstvenih zavodov. Razpoložljiva javna sredstva ne omogočajo vseh potrebnih vlaganj v zdravstvu, ki bodo potrebna glede na zastarelost opreme, objektov in zaradi prestrukturiranja zdravstvenih programov v prihodnjem obdobju. Na drugi strani pa razpolagajo gospodarske družbe s prostim kapitalom in izražajo interes za vlaganja v zdravstvo, saj predstavlja le-to pomemben del javnega sektorja v Sloveniji, kjer v povprečju letno porabljamo okrog 8 % bruto družbenega proizvoda in pomembno vpliva na druge dejavnosti, kot je proizvodnja, trgovina in poraba zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov ter drugih proizvodov in storitev, potrebnih za zagotavljanje zdravstvenih storitev. Zasebni sektor tudi v Sloveniji z razvojem demokratičnih procesov terja sodelovanje, upoštevanje poslovne iniciative in čimbolj učinkovit sistem zagotavljanja javnih storitev.

Strategija razvoja zdravstva in planski dokumenti predstavljajo pomemben okvir delovanja izvajalcev zdravstvenih storitev, saj opredeljujejo ključne elemente zdravstvene politike in merila za zdravstveno mrežo, v tem okviru tudi usmeritve za vlaganja v zdravstveno mrežo in pridobivanje zasebnih sredstev za načrtovane cilje. V obdobju od veljavnosti spremenjene zdravstvene zakonodaje, sprejete leta 1992, je bil na področju zdravstva sprejet plan zdravstvenega varstva za obdobje 2000 – 2004, v kasnejšem obdobju pa do sprejetja planskega dokumenta ni prišlo.

Osnutek zdravstvene reforme (Bela knjiga, julij 2003) v izhodiščih in ciljih za reformo zdravstvenega varstva v Sloveniji ni posebej opredeljeval možnosti pridobivanja zasebnih sredstev za doseganje načrtovanih ciljev na področju vzdrževanja, izboljšanja ali vzpostavljanja mreže zdravstvenih zmogljivosti. Strateški cilji in ukrepi za Plan zdravstvenega varstva (delovno gradivo) pripravljeni v letu 2007, vsebujejo splošne usmeritve o razvijanju javnih zasebnih partnerstev v zdravstvu za prihodnje obdobje, vendar cilji javno zasebnega partnerstva za izboljšanje, oz. doseganje zdravstvenih rezultatov niso konkretizirani.

Konkretnejše so usmeritve o javno zasebnih partnerstvih na posameznih ravneh zdravstvenega varstva v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, posredovani v javno razpravo v začetku leta 2008.

V nalogi bom z analiziranjem obstoječega zakonskega okvira za delovanje javnih zdravstvenih zavodov, v tem okviru še posebej v letu 2007 sprejetega Zakona o javno zasebnem partnerstvu ter primerov nekaterih projektov, izvedenih v javno zasebnih partnerstvih v zdravstvenih zavodih, ocenila možnosti za izvajanje projektov v javno zasebnem partnerstvu v zdravstvu. V povezavi z raziskovanjem možnosti za skupna vlaganja bo proučena avtonomija javnih zdravstvenih zavodov in vzpodbude, ki jih imajo vodstva zdravstvenih zavodov za učinkovito upravljanje v okviru obstoječe ureditve področja, v tem okviru tudi motive za javno zasebno sodelovanje zaradi pričakovanih pozitivnih učinkov pri izvajanju javnih storitev.

Cilj naloge je ugotoviti, kakšne možnosti imajo vodstva zdravstvenih zavodov za izvedbo projektov v javno zasebnem partnerstvu glede na obstoječe normativno ter institucionalno okolje in ali obstojijo vzpodbude za pridobivanje ter izvajanje skupnih vlaganj v javno zasebnem partnerstvu.

## **2 Temeljna opredelitev magistrskega dela**

### **2.1 Izhodišča in omejitve magistrskega dela**

Predmet raziskovanja je javno zasebno partnerstvo z vidika novosprejetega zakona o javno zasebnem partnerstvu v povezavi z oceno možnosti za vstopanje zdravstvenih zavodov v javno zasebna partnerstva. Pri proučevanju bo posebna pozornost usmerjena na procese spreminjanja vloge države pri zagotavljanju javnih storitev v pogojih medsebojnega vplivanja zasebnega sektorja na nujne spremembe v javnem sektorju. Partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem so oblika spreminjanja vloge države, ki nujno ne pogojujejo popolno privatizacijo, predstavljajo pa sestavni del procesa privatizacije javnih storitev.

Procesi zmanjševanja vloge države v javnem sektorju in uveljavljanje vloge menedžmenta so povezani s privatizacijo v javnem sektorju. Tudi v Sloveniji se pojavljajo elementi novega javnega menedžmenta, zato je v nalogi prikazano stanje na tem področju v obsegu in na način, ki omogoča vpogled sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v dosedanjih oblikah ter obsegu privatnega načina izvajanja zdravstvenih storitev.

Javno zasebno partnerstvo (v nadaljevanju: JZP) predstavlja različne oblike sodelovanja med javnimi organi in poslovnim svetom s ciljem zagotavljanja zasebne pobude za financiranje, upravljanje, vzpostavitev, prenovo, vodenje in vzdrževanje infrastrukture, oziroma za izvajanje javnih storitev. Značilnost javno zasebnega partnerstva so dolgoročne pogodbe ter delitev tveganja in učinkov poslovanja. Po vsebini so projekti JZP povezani z zasebnimi vlaganji v javne projekte, lahko pa tudi javno financiranje zasebnih projektov, ki so v javnem interesu. JZP kot oblika strateškega partnerstva med institucijo javnega in zasebnega sektorja lahko uspešno prispeva k zmanjšanju javnih izdatkov za javne storitve in k ohranjanju dosežene ravni javnih storitev (povzeto po Mužina Aleksij, Zakon o JZP, 2007: 11-30).

Partnerstvo med državo in zasebnim sektorjem se razvija na različnih področjih. Do leta 2007 se je v našem okolju partnerstvo med državo in zasebnim sektorjem odvijalo v pretežni meri preko koncesij; področje podeljevanja koncesij ni bilo urejeno v posebnem zakonu, pač pa je bilo prepuščeno področni zakonodaji. Krovni zakon, s katerim država ureja osnovne pogoje pri sodelovanju javnega in zasebnega sektorja, je nujen za vzpostavitev tekmovalnosti, odpiranje javnega sektorja, zmanjšanje pritiska na javne finance ter prenos dela tveganja za izvedbo projektov na zasebni sektor. Na področju javnega sektorja je značilno, da

narašča povpraševanje po javnih storitvah, kar zahteva večja vlaganja, na drugi strani pa proračunske omejitve ne omogočajo večjih izdatkov.

V Sloveniji smo v obdobju tranzicije uvajali privatizacijo v javnem sektorju previdno in postopno (povzeto po Rus Veljko, Podjetizacija in socializacija države, 2001). V pretežnem delu javnih služb so se procesi privatizacije izrazili s podeljevanjem koncesij, kar je potekalo v skladu s področnimi zakoni in ob odsotnosti enotne ureditve podeljevanja koncesij. V zdravstvenih zavodih je bilo pogosto oddajanje izvajanja storitev zunanjim, zasebnim izvajalcem (outsourcing) z namenom konkurenčnejšega izvajanja zlasti podpornih, nemedicinskih storitev. Priprava ustreznih pravnih podlag, ki bi omogočale postopno privatizacijo državnega premoženja, poteka postopno. V razpravo je bil posredovan Zakon o koncesijah, ki pa še ni sprejet. Koncesije tako predstavljajo z vidika definicije javno zasebnih partnerstev pretežno in najbolj uveljavljeno obliko JZP v našem okolju.

Kljub spremembam na področju javnega sektorja imamo v Sloveniji vse od leta 1991 nespremenjen zakonski okvir za delovanje javnih zavodov, kot pretežnega dela izvajalcev javnih storitev, če upoštevamo Zakon o zavodih, ki še vedno zagotavlja splošno zakonsko podlago za delovanje javnih zavodov, kljub številnim razlogom za spremembo dosedanje ureditve področja. Tako je še vedno nespremenjena premoženjska ureditev javnih zavodov in s tem povezane upravljalne in druge pristojnosti (Bohinc 2007).

Z uveljavitvijo Zakona o gospodarskih javnih službah je bil uveden kompleksen sistem javnih služb, kjer se javne službe izvajajo kot gospodarsko, tržno usmerjene, a so podvržene javnemu interesu. Vse organizacije, ki so opravljale javne službe, oz. tim. družbene dejavnosti, so se preoblikovale v javne zavode, do takrat družbeno premoženje pa je postalo last države. S tem je prišlo do »nacionalizacije« premoženja številnih organizacij, ki so pridobile kljub dejavnosti posebnega družbenega pomena del ali celo večino prihodka na trgu.

V nalogi bom izpostavila problem, da je zakonodajni okvir za ureditev javnih služb pomanjkljiv in neustrezen ter ne zagotavlja vzpodbudnega institucionalnega okolja za upravljanje javnih zavodov, ki so pretežni izvajalci javnih storitev za uporabnike. Država ima pomembne pristojnosti pri upravljanju državnega premoženja, organiziranega v osehah javnega prava. Zakonodaja s področja javnih financ, izvrševanja proračuna, računovodstva, javnih naročil, sistema javnih uslužbencev ter sistema plač v javnem sektorju

zelo utesnjuje avtonomijo oseb javnega prava, čeprav mnoge od njih nastopajo na trgu v konkurenci z osebami zasebnega prava. Zlasti so neurejena upravljalna in lastninska razmerja.

Poleg togega pravnega okvira se na področju določenega dela javnih služb srečujemo z odsotnostjo sprejete strategije razvoja v obliki nacionalnih programov, ki zagotavljajo vnaprej razviden sistem delovanja izvajalcev storitev in pogoje za zasebne vlagatelje. V zdravstvu je slednje med pomembnejšimi razlogi, zaradi katerih se vodstva zdravstvenih zavodov ne odločajo pogosteje za sklepanje javno zasebnih partnerstev na eni strani, na drugi pa za zasebne vlagatelje ni ustvarjeno vzpodbudno okolje za vlaganja v javni sektor.

V magistrski nalogi se bom osredotočila na pomen javno-zasebnega partnerstva kot možnega načina izvedbe projektov v javnem sektorju, s primeri javno zasebnih partnerstev v zdravstvu in oceno možnosti za pridobivanje zasebnih sredstev.

## **2.2 Namen in cilji magistrske naloge**

Cilj magistrske naloge je ugotoviti, ali so zakonske rešitve v Zakonu o javno zasebnem partnerstvu ustrezna in zadostna podlaga za uvajanje in sklepanje javno zasebnih partnerstev v zdravstvenih zavodih, ali pa imamo le formalno izpolnjene zakonske pogoje, ki pa niso zadostni, da bi javno zasebno partnerstvo zaživel v praksi, ker pravni režim za javni sektor, kot tudi celotno institucionalno okolje v javnem sektorju še ni ustrezno za vzpostavljanje javno zasebnih partnerstev.

Namen naloge je osvetliti probleme, s katerimi se srečujejo vodstva zdravstvenih zavodov pri oblikovanju poslovne politike, izvajanju programov dela in odločitvah o investicijskih vlaganjih. Posebna pozornost bo namenjena pomanjkanju vzpodbud za iskanje dodatnih virov za izvajanje projektov z zasebnim sektorjem zaradi odsotnosti strategije razvoja na področju zdravstva in na posameznih ravneh in togemu sistemu upravljanja, pogojenem z lastninskimi upravičenji in iz tega izhajajočimi pristojnostmi ustanovitelja javnih zdravstvenih zavodov ter lastnika premoženja, s katerim upravljajo.

Namen dela je na eni strani prispevati nova, dodatna strokovno-teoretska spoznanja s področja privatizacije in izvajanja projektov v javno zasebnem partnerstvu, po drugi strani pa z aplikativnim pristopom ter študijami primerov priprave in izvedbe projektov v JZP v zdravstvenih zavodih prikazati možne pristope za izvedbo vlaganj v JZP.

Cilji magistrske naloge so:

- analiza stanja na področju investicijskih vlaganj v zdravstvenih zavodih v JZP
- določitev področij, kjer so potrebne spremembe ali ukrepi za nadaljevanje aktivnosti
- nakazati vrsto ukrepov ali sprememb
- spoznanja iz teoretičnega dela naloge uporabiti pri analizi primerov.

### **Predpostavke in omejitve**

Pri analizi dejanskega stanja normativne ureditve so bile upoštevane predpostavke veljavne ureditve področja in uporabe zakonskih rešitev v zdravstvenih zavodih. Za analizo splošnega okolja delovanja zdravstvenih zavodov so bili uporabljeni razpoložljivi podatki o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov, podatki o vlaganjih s strani proračunov, drugih virov ter finančni podatki in kazalci o zdravstvenih izdatkih.

Omejitve so razpoložljivost podatkov zdravstvenih zavodov, nekatera področja v nalogi so le omenjena, v povezavi z JZP, ne pa podrobno analizirana, kot npr. uspešnost upravljanja zdravstvenih zavodov, uporabljeni podatki o poslovanju zdravstvenih zavodov pa so omejeni na tiste, ki so pomembni za namen proučevanja, za njihovo podrobno uporabo pa so navedeni viri. Glavna omejitev je razpoložljivost podatkov o vseh dosedanjih primerih javno zasebnih partnerstev v zdravstvu v Sloveniji, zato so v nalogi uporabljeni dostopni podatki o štirih primerih javno zasebnih partnerstev, pri čemer ocenjujem, da v času raziskovanja število tovrstnih investicijskih projektov v zdravstvenih zavodih v Sloveniji ni bilo večje od 6 primerov.

Naloga sestoji iz 3 tematskih sklopov. V prvem je vsebovana opredelitev javno zasebnega partnerstva z vidika razvojnih značilnosti, definicij, prednosti in slabosti, prikaza poslovnih modelov s posebnim poudarkom na zdravstvo ter umestitev javno zasebnega partnerstva v procese preobrazbe javnega sektorja v Sloveniji. Prikazani bodo poslovni modeli sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v nekaterih evropskih državah in v svetu, modeli javno zasebnega sodelovanja v bolnišnicah ter nekatere izkušnje ter ocene učinkovitosti teh modelov v primerjavi s tradicionalnimi oblikami izvajanja projektov.

V drugem sklopu je obravnavano področje zdravstva z vidika mešanega javno zasebnega sistema in javno zasebno partnerstvo v pogojih normativnega urejanja področja javnih zavodov s poudarom na zdravstvene zavode. Podrobneje analiziram veljavne zakonske rešitve pri vprašanjih, ki zadevajo različne vidike upravljanja zdravstvenih zavodov. V nalogi izhajam iz predpostavke, da je smiselno prikazati tudi finančne



pogoje delovanja zdravstvenih zavodov, finančne okvire za investicijska vlaganja ter finančne pogoje v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji. Prikazan je finančni položaj zdravstvenega varstva v Sloveniji z vidika mednarodnih primerjav, javnega financiranja ter finančnega položaja izvajalcev zdravstvenih storitev - zdravstvenih zavodov. V tem sklopu je posebna pozornost namenjena finančnim okvirom za pridobivanje namenskih sredstev za investicijska vlaganja v zdravstvenih zavodih, vsebini strateških dokumentov ter njihovega odnosa do reformnih procesov, v tem okviru pa razvijanju javno zasebnega sodelovanja.

Tretji sklop obravnava primere JZP v zdravstvenih zavodih. Navedeni so dobro pripravljene projekti za javno zasebno izvedbo, oziroma uspešno izvedeni primeri v praksi. Upošteva objektivne okoliščine ti primeri potrjujejo, da dobro pripravljene projekti JZP, z ustrezno opredeljenimi obveznostmi in pravicami partnerjev v pogodbah, vključno z natančno določenim tveganjem, prinašajo koristi za obe strani. Prikazan je primer JZP Splošne bolnišnice Brežice na področju pogodbenega zagotavljanja prihranka energije in dobave energentov – rekonstrukcija kotlarne, Javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske in Izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov. Naveden je tudi primer dializnega centra Bolnišnice Sežana kot prvi tovrstni projekt JZP, katerega izpeljava glede na razpoložljive podatke ni natančneje obravnavana z vidika poslovnega modela.

### **Hipoteze**

1. Na doseženi stopnji razvoja javnega sektorja v Sloveniji in ob upoštevanju obstoječega zakonskega okvira za delovanje zdravstvenih zavodov je uvajanje javno zasebnega partnerstva omogočeno, vendar zdravstveni zavodi nimajo dovolj vzpodbud za motivirano vstopanje v JZP.
2. Veljavna zakonska ureditev v pogledu statusno pravnih oblik, razpolaganja s premoženjem, financiranjem ter upravljanjem zdravstvenih zavodov ne zagotavlja dovolj avtonomnega in odgovornega upravljanja z javnimi sredstvi, oz. ne vzpodbuja v pravi meri najracionalnejše oblike razpolaganja s premoženjem in s sredstvi za izvajanje dejavnosti zavoda.

### **2.3 Metodologija dela**

V teoretskem delu bodo uporabljeni tuja in domača literatura, samostojne publikacije, članki in drugi viri, ki se nanašajo na procese privatizacije, korporatizacije in javno zasebno partnerstvo.

Za preveritev hipotez bo v nalogi uporabljena evalvacija zakonodaje in drugih dokumentov, ki urejajo področje zdravstva, kot tudi obstoječe izkušnje. Hipotezi bosta preverjeni z analizo zakonodaje, ki ureja

pravni režim oseb javnega prava v odnosu na uveljavitev zakona o javno zasebnem partnerstvu in procese privatizacije v zdravstvenem sektorju ter z analizo strateških in drugih planskih dokumentov za področje zdravstva. Pri analizi zakonodaje se bom osredotočila na zakonsko ureditev premoženjskih pravic, pravic razpolaganja z ustvarjenimi finančnimi viri ter upravljanje v javnem zavodu, s čimer bo podan odgovor na vprašanje, ali v Sloveniji zagotavljamo ustrezne pogoje, ki zasebnim vlagateljem in izvajalcem javnih služb omogočajo in jih vzpodbujajo k vzpostavljanju javno zasebnih partnerstev in s tem k razbremenitvi države na eni strani, na drugi strani pa ohranjanje dosežene ravni javnih dobrin.

Zbrala bom podatke o primerih javno zasebnega partnerstva v javnih zdravstvenih zavodih v Sloveniji in podala pregled vrste in obsega javno zasebnih partnerstev v zdravstvu.

Na podlagi analize zakonskih rešitev in planskih dokumentov na eni strani in na podlagi študije primerov javno zasebnega partnerstva v zdravstvu ter izsledki intervjujev bom utemeljila prvo hipotezo, in sicer, da formalno obstojajo možnosti za sklepanje JZP, vendar vodstva zdravstvenih zavodov niso motivirana za izvajanje projektov v JZP; razpolagalno pravico s premoženjem ima država, ki je pristojna za investicije v zdravstvene zavode, s tem pa ima država tudi odgovornost za investicije. Zato vodstva zdravstvenih zavodov niso zadostno motivirana za pridobivanje zainteresiranih zasebnih vlagateljev, saj le upravljajo s premoženjem ustanovitelja. Odsotnost strateških usmeritev za razvoj področja je bil v dosedanjem obdobju dodaten razlog, da se vodstva zdravstvenih zavodov niso odločala za izvajanja skupnih projektov z zasebnim sektorjem. Zbrani podatki o obsegu in vsebini javno zasebnih partnerstev v zdravstvu dokazujejo, da so primeri le-teh redki in so po vsebini povezani z vlaganji na področjih podpornih dejavnosti.

Drugo hipotezo bom preverila z obravnavo števila in vrste primerov javno zasebnih partnerstev v zdravstvenih zavodih v Sloveniji in na podlagi študija veljavne zakonodaje za področje javnih zavodov; pri tem bom utemeljila, da veljavne zakonske rešitve v Zakonu o zavodih, Zakonu o javnih financah ter Zakonu o stvarnem premoženju države, pokrajin in občin urejajo razpolaganje s stvarnim premoženjem na način, da ne zagotavljajo najbolj gospodarnega upravljanja s sredstvi, danimi v upravljanje.

Postavljeni hipotezi bosta preverjeni na študiji treh primerov javno zasebnih partnerstev v bolnišnici, osnovnem zdravstvu ter inštitutu (študija primera) in z izsledki intervjujev z vodstvi navedenih zdravstvenih zavodov.

Primer JZP Osnovnega zdravstva Gorenjske je zaradi svoje specifikke sodelovanja javnega sektorja z zasebnim tako v fazi gradnje objektov kot v fazi izvajanja mešanega javno zasebnega zdravstva na primarni ravni prikazan od postopka iskanja zainteresiranih vlagateljev, javnega razpisa, sklenitve pogodbenih razmerij med ustanoviteljem in izvajalci, oziroma etažnimi lastniki, do doseganja ciljev projekta v obliki ocenjenih učinkov za uspešno sodelovanje na ravni osnovnega zdravstvenega varstva.

Projekt novega vhoda in spremljajočih dejavnosti Inštituta za rehabilitacijo invalidov je v nalogi obravnavan kot primer dobro pripravljenega projekta v svojstvu inštituta, z lastnim znanjem in jasno opredeljenimi cilji za načrtovano investicijo, ki pa še ni realiziran.

Na osnovi primera SB Brežice bom prikazala celoten proces, od postopka za pridobitev dokumentacije, pridobivanja soglasij pristojnih institucij za sklepanje partnerstva, doseganja ciljev projekta in pogodbenega razmerja z izvajalcem in upravljalcem sistema. Pri tem bo predstavljena ureditev obojestranskih tveganj v pogodbi, ureditev premoženjskih in upravljalških razmerij ter finančnih obveznosti. Projekt bo prikazan z vidika ekonomske upravičenosti za njegovo izvedbo.

Na osnovi analize primerov in rezultatov intervjujev bom preverila, kako v okviru veljavne zakonodaje in temeljnih strateških usmeritev področja vodstvo zavoda vstopa v javno zasebno partnerstvo in s katerimi preprekami se srečuje.

### **3 Opredelitev javno zasebnega partnerstva**

#### **3.1 Razvojne značilnosti JZP**

Javno zasebno partnerstvo je v svetu že dlje časa poznana oblika sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem in je v okoljih, kjer poteka posodabljanje vloge države in javnega sektorja, prevladujoč trend. JZP je sestavni del uvajanja novega javnega managementa (NJM), ki se je pričel v svetu uveljavljati pred dvajsetimi leti, v pretežni meri s privatizacijo javnega sektorja. Hierarhični birokratski sistemi upravljanja so se v vedno bolj kompleksnem, nepredvidljivem in zahtevnem okolju izkazali kot neučinkoviti. Privatizacija kot sredstvo za doseganje boljšega upravljanja je bila v začetnih fazah usmerjena v odprodajo javnih podjetij in pokrivanjem proračunskih primanjkljajev, v kasnejših fazah pa je prodajo sredstev zamenjala privatizacija upravljanja posameznih delov javnega sektorja. Procesi privatizacije so potekali zelo različno med državami, kar je pogojeno s kulturnozgodovinskimi posebnostmi in razvojnimi stopnjami. Medtem ko se v anglosaksonskem svetu NJM uveljavlja kot tekmovalnost med javnimi službami, je v Nemčiji poudarek na sodelovanju javnega in zasebnega sektorja in korporativizaciji javnih zavodov. Švedska poudarja decentralizacijo in vpliv uporabnikov na urejanje javnih služb. Pospešeno uvajanje NJM je prisotno v državah jugovzhodne Azije, kjer razvijajo vrsto oblik NJM, kot npr. pogodbeno oddajo javnih programov zasebnim izvajalcem, primerjalno merjenje učinkovitosti javnih organizacij z zasebnimi, uvajanje metod za kakovostno upravljanje, prožnejše metode poslovanja in zaposlovanja, sistematično ovrednotenje dejavnosti in krčenje posameznih služb.

Razvoj NJM ima različne razvojne faze in je prehajal od korporativizacije javnega sektorja k celovito zasnovanemu partnerstvu med javnim in zasebnim sektorjem. Pomembna je postopnost, oziroma logično zaporedje privatizacijskih korakov, poudarja Savas (Savas, 2000) in kot primer navaja, da je potrebno organizacije javnega sektorja najprej vključiti v tržno regulacijo in šele nato privatizirati oziroma razprodati njihovo premoženje. Tem korakom lahko sledi vzpostavitev partnerskih odnosov med javnim in zasebnim sektorjem. Smiselnost teh korakov dokazuje tudi potek privatizacije v Avstraliji in Združenih državah; v preteklih dvajsetih letih so se najprej selektivno prevzemale menedžerske metode iz zasebnega sektorja, nadaljevali z zunanjim tržnim reguliranjem javnih organizacij in z vključevanjem uporabnikov ter organizacij civilne družbe v urejanje javnih služb.

Sodelovanje javnega in zasebnega sektorja v tej obliki vključuje poleg dosedanjih oblik in metod NJM in privatizacije nove pristope, s katerimi enostranske ekonomske cilje in enostranske menedžerske metode iz

zasebnega sektorja dopolnjuje z angažiranjem organizacij civilne družbe. JZP postaja v spremenjenem ekonomskem okolju, posebej pa spričo ureditve v državah ES in določil Maastrichtskih kriterijev, tudi v naših razmerah vse bolj pomembna. Investicijska vlaganja za izgradnjo javne infrastrukture predstavljajo ozko grlo v številnih državah članicah EU, zato institucije EU ocenjujejo, da lahko razvoj JZP zagotovi prednosti tako za državo, kot tudi za uporabnike javnih storitev, če so projekti pravilno izvedeni in če se javni partner odziva na proaktiven način (Health Research Policy and systems, Journal List 2004. Dostopno na: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

Jones navaja, da bi morale pristojne javne institucije na področju zdravstva, kot tudi celotnega javnega sektorja v prihodnosti prepoznati pomen JZP za skladen socialni razvoj in jih spodbujati, in sicer ne le zaradi razbremenitve proračuna in pridobivanja novih finančnih virov, temveč zaradi večstranskih učinkov tovrstnih partnerstev na razvoj, saj so javno zasebna partnerstva organiziran načrt mobilizacije virov obeh sektorjev, s katerim želimo v okviru formalnega sodelovanja doseči zastavljene cilje (Jones, 1988, str. 183).

### **3.2 Privatizacija v odnosu na JZP**

Zaradi primerne umestitve posameznih procesov povezovanja javnega in zasebnega sektorja je pomembna opredelitev pojma privatizacije.

Proces privatizacije javnih služb naj bi se začel z deregulacijo države, ki poteka z deinstitutionalizacijo, komercializacijo in liberalizacijo, kar predstavlja prehod od zakonsko reguliranega upravljanja k zakonsko nereguliranemu upravljanju in prehod od nekompetitivne ali celo monopolne regulacije k bolj kompetitivni regulaciji javnih služb (Stanka Setnikar-Cankar, Centralizacija in decentralizacija javnega sektorja, 2005, str. 126).

V širšem smislu privatizacija predstavlja različne procese, ki pogojujejo spremembo javne lastnine v zasebno, kot npr. denacionalizacija, ki predstavlja proces prenosa premoženja prek prodaje državnih podjetij zasebnim podjetjem z namenom učinkovitega poslovanja ob zagotavljanju konkurenčnega okolja, deregulacija in liberalizacija državnih monopolov kot proces, ki predstavlja osnovo za zagotavljanje alokacijske učinkovitosti podjetij ter pogodbeno opravljanje dejavnosti kot proces podeljevanja pravic za proizvodnjo in distribucijo dobrin in storitev enemu proizvajalcu na področju, kjer prevladujejo naravni monopoli in kjer s privatizacijo ne bi dosegli ekonomske učinkovitosti (Stanka Setnikar Cankar, Primož Pevcin, Aleksander Aristovnik, Privatizacija in regulacija javnega sektorja ter podjetništvo, Ljubljana, 2005, str. 55). V ožjem smislu pojem privatizacije označuje le proces spreminjanja javnega kapitala v zasebni

kapital, enostavno prenos lastniških pravic iz javnega v zasebni sektor. Privatizacija se lahko nanaša na prenos funkcij in vzporednih sredstev izven državne sfere ali pa na postopke dela po zgledu zasebnikov.

Privatizacija v najširšem pomenu, tako javnih služb kot upravnih nalog, je prisotna v vseh državah, ki jih je zajel val novega javnega menedžmenta, izrazitejša pa je v anglosaksonskem svetu. Različni avtorji se pri opredeljevanju pojma privatizacije omejujejo na kapitalsko privatizacijo ali privatizacijo javnih služb. Če upoštevamo možne oblike privatizacije je potrebno omeniti privatizacijo upravnih nalog. V vseh oblikah privatizacije je lahko ogrožen javni interes. Polona Kovač navaja, da je nujno še pred začetkom normativne in dejanske privatizacije analizirati funkcijo državnih institucij v celotnem upravnem sistemu, saj do privatizacije ne bi smelo priti, če bi se ogrozili prednostni politični ali socialni cilji. Pri privatizaciji se namesto ekonomskih ciljev privatizacije vse bolj poudarjajo in nadzorujejo negospodarski cilji, kot so demokratizacija, pravna varnost, enakost in solidarnost (Polona Kovač, Razlogi za privatizacijo upravnih nalog po svetu in pri nas, Organizacija, letnik 38, 2005, str.279).

Sarah E Gollust, Peter D Jacobson v zvezi s privatizacijo javnih storitev poudarjata, da v teoriji temelji na predpostavki, da lahko privatni sektor zagotavlja izvajanja storitev učinkoviteje in gospodarnejše kot javni sektor; v praksi zlasti privatizacija zdravstvenih storitev to vedno ne potrjuje. Po empiričnih raziskavah v zvezi s privatizacijo v ZDA (See Keane et. al.) je bilo med drugim mogoče ugotoviti, da je oddaja storitev zasebnim izvajalcem nujnost zaradi pomanjkanja razpoložljivih sredstev ali kapacitet ter želje po vzpostavljanju sodelovanja z zasebnim sektorjem. Med javnimi storitvami imajo zlasti storitve na področju zdravstva in izobraževanja posebej občutljivo vlogo v primeru privatizacije, zaradi posebnega javnega pomena: enake dostopnosti in enake obravnave. Nasprotniki privatizacije zato navajajo, da privatizacija odpira ključna vprašanja o javnem poslanstvu na področju zdravstvenega varstva, kjer mora država zagotavljati enakost dostopa in socialno pravičnost. Zasedovanje ciljev privatizacije zaradi izboljšanja učinkovitosti, kvalitete in večje dostopnosti ni sporno, toda biti mora dosledno spremljano in nadzorovano. Politični ali ideološki razlogi niso zadostni, ko je »na kocki« zdravje ljudi. (Gollust, Jacobson, 2006, Privatisation of Public Services: Organizational Reform Efforts in Public Education and Public Health, American Journal of Public Health, str. 1734, 1738).

Rus privatizacijo pojmuje v širšem smislu z navedbo več pojavnih oblik in učinkov:

- podjetizacija javne uprave s prenosom menedžerskim metod iz zasebnega v javni sektor
- korporativizacija posameznih delov uprave s prehodom le-teh v tržno regulacijo
- koncesije – prenos javnih funkcij v obliki javnih služb na nejavne organizacije

- ekonomska, tradicionalna privatizacija kot delna, postopna ali dokončna razprodaja javnih sredstev (Rus v Ekonomski vidiki javnega sektorja, kot že zgoraj, 2001, str. 116).

Različni avtorji privatizacijo obravnavajo z različnih zornih kotov. Tako na primer Huges in Newman (1999) privatizacijo uvrščata med tiste ekonomske instrumente modernizacije javnega sektorja, ki naj bi omogočili, da dobimo »več za manj«, iz česar izhaja, da je vloga privatizacije omejena na racionalnejšo porabo sredstev. Nekateri drugi avtorji povezujejo privatizacijo z večjo možnostjo izbire za uporabnike, večjo kakovostjo storitev, s porazdelitvijo moči v korist izvajalcev in uporabnikov. Dejstvo je, da poteka v Angliji in v drugih anglosaksonskih državah privatizacija že dobro desetletje in ni več mogoče pričakovati bistvenih izboljšav na področju javne uprave, hkrati pa so prisotni tudi negativni učinki privatizacije. Nekateri strokovnjaki pa so celo mnenja, da privatizacija ni imela pričakovanih pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjševanje sredstev ali povečevanje kakovosti storitev, temveč je pomenila zlasti prerazdelitev sredstev in moči v korist višjih slojev in v škodo nižjih (Hutton, 1995). Še bolj nezaželene učinke je imela privatizacija v tretjem svetu in v Vzhodni Evropi, kjer je bila pospremljena s porastom neenakosti, ekonomske stagnacije in drugih negativnih pojavov (Wamsley in Wolf, 1996). Primeri zagotavljanja konkurenčnosti izvajalcev javnih služb na lokalni ravni v Nemčiji prinašajo izsledke dobre prakse na tem področju; naraščajoči javni izdatki so vzpodbudili »razbijanje« javnih monopolov in povečanje konkurenčnosti s ponudbo proste izbire uporabnikom ter z vstopanjem zasebnih izvajalcev. V zadnjih 10-15 letih so lokalne oblasti v Nemčiji uvajale postopne reformne spremembe pri upravljanju, mreži storitev, sodelovanju z zasebnim sektorjem in pogodbenim oddajanjem storitev zasebnim izvajalcev, oziroma delno privatizacijo storitev, kot tudi z javno-zasebnim partnerstvom<sup>1</sup>. Dosedanje izkušnje potrjujejo potrebo in smiselnost sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem, kar je doslej izkazalo večje prednosti pred uvajanjem trga v javni sektor; potrjuje se celo potreba po večji vlogi države v smislu spremenjenega načina njenega delovanja – zaradi naraščajoče potrebe po koordinaciji in regulaciji kompleksnega javno zasebnega upravljanja struktur v socialnem omrežju (povzeto po: Reichard Christoph, Strengthening competitiveness of local public service providers in Germany, International Review of Administrative Sciences, dostopno na: <http://ras.sagepub.com>)

Ne glede na različnost mnenj avtorjev v zvezi s trendi privatizacije, oziroma krepitvijo vloge države, pa se nekateri avtorji zavzemajo za vzpostavitev ravnovesja med javnim in zasebnim sektorjem v smislu iskanja

---

<sup>1</sup> Okrog 40 % vseh javnih podjetij, katerih lastniki so lokalne oblasti v Nemčiji, imajo vsaj nekaj zasebnih vlagateljev ter so lahko obravnavani kot institucionalni PPP (Richter et al., 2006, 79 v Strengthening competitiveness of local public service providers in Germany)

simbioze med sektorjema ter vzpostavitev enakopravnega partnerskega odnosa in na njih temelječe oblike sodelovanja (Rus Veljko, Podjetizacija in socializacija države, Novi javni menedžment, 2001, str. 41-44).

Cilji privatizacije na področju javnih storitev so v prvi vrsti povezani s povečanjem učinkovitosti in zmanjševanjem zadolženosti javnega sektorja; hkrati gre tudi za zmanjševanje vloge države, omilitev težav javnega sektorja pri določanju plač in razpršitev lastništva, oz. širjenje in spodbujanje delničarstva pri zaposlenih. Razlogi za privatizacijo so povezani z manjšo učinkovitostjo javnega sektorja od zasebnega in racionalizacijo naložb privatiziranih podjetij. Finančni razlogi so v zmanjševanju pritiska na proračunske izdatke in zadolženost javnega sektorja. Zelo pomembni so upravljalno menedžerski razlogi, saj izkušnje kažejo, da se s privatizacijo vzpostavlja racionalno menedžersko vodenje podjetij. Redkeje navajani razlogi za privatizacijo so politično-ideološki, saj predstavlja za nekatere politične stranke privatizacija del težnje, da bi se razmerje med javnim in zasebnim prevesilo v prid zasebnega.

Privatizacija je lahko izvedena na način popolne privatizacije, kjer gre za spremembo upravljanja, finančne ureditve in lastnine, ali z delno, oziroma kvaziprivatizacijo, kjer gre za vpeljavo zasebnega sektorja v javni sektor preko sklepanja pogodb in opravljanja pogobnih oblik storitev. Oblike delne privatizacije<sup>2</sup> predstavljajo vmesno obliko med državno in zasebno lastnino. Obstojijo tudi druge oblike zagotavljanja storitev javnega sektorja, od popolnoma zasebnega opravljanja dejavnosti, oziroma pogodbeništa z zasebnim sektorjem, najema in koncesije. Pri najemu gre lahko za oddajo javnega podjetja v zakup zasebnim lastnikom, privatizira se vodenje, nadzor in delovanje državnega podjetja, pri čemer ostaja lastnik podjetja država, zakupnik državi plačuje zakupnino. Koncesija, kot pogodbeno izvajanje javnih storitev, je oblika delne privatizacije in s tem komercializacije javnih podjetij, s katero država na osnovi koncesijske pogodbe prenese lastninsko in upravljalno pravico v javnem podjetju v zasebne roke za določeno obdobje. BOT projekti kot osnovna oblika koncesij so oblika sodelovanja med javnim in zasebnim, kjer zasebno podjetje zgradi in za pogodbeno določen čas upravlja infrastrukturo ter je njen lastnik, po poteku pogodbenega obdobja pa postane lastnik država. Zasebni sektor nosi celotno finančno tveganje, država je zadolžena za njen nadzor in po izteku koncesijske pogodbe prevzame projekt, poskrbi za lastnino in upravljanje projekta (povzeto Stanka-Setnikar Cankar in dr., Privatizacija in regulacija javnega sektorja ter podjetništvo, Ljubljana, Fakulteta za upravo 2005, str. 55).

---

<sup>2</sup> Delna privatizacija: metode delne ali »kvaziprivatizacije« opredeljujejo vpeljavo zasebnega sektorja v javni sektor prek sklepanja pogodb in opravljanja pogodbenih del ter predstavljajo vmesno obliko med državno in zasebno lastnino. Uporabljajo se pogosto za financiranje novih investicij v infrastrukturo (Stanka Setnikar Cankar in drugi, Ekonomika javnega sektorja in proračunska financiranje, 2005, str. 55)



### **3.3 Definicije pojma JZP**

Za pojem javno zasebno partnerstvo obstoja več definicij; ker gre za področje, ki je v razvoju, se zelo pogosto uporablja za izraz JZP razlaga, da je JZP »dežnik«, ki pokriva razpršeno število ekonomskih procesov in povezav v neprestanem razvoju (Bolkenstein, Frits, 2004, *Developing PPP in New Europe*, dostopno na [http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp\\_finance/pwc\\_ppp04.pdf](http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp_finance/pwc_ppp04.pdf)).

Pri JZP ne gre za vsakršno sodelovanje javnega in zasebnega sektorja ali za vsakršno javno lastnino v pravni osebi zasebnega prava, pač pa le za tisto, ki je v javnem interesu. Tako JZP nujno vključuje vsaj izvajanje storitev, ki predstavljajo javno službo ali se sicer izvajajo v javnem interesu,<sup>3</sup> izgradnjo objektov in naprav, ki so potrebni za opravljanje takih storitev ali praviloma oboje, torej izgradnjo javne infrastrukture in izvajanje storitev javne službe. Bistven element JZP je javni interes in tega elementa država in lokalna skupnost ne smeta zanemariti, pač pa morata v tem razmerju zanj nedvomno skrbeti. V nobenem razmerju JZP ne more nastopati javna oblast (država ali lokalna skupnost) zgolj kot pogodbeni stranka, oziroma partner v družbi, ampak ji mora slovensko pravo omogočati skrb za javni interes, torej potrebna regulatorna upravičenja (Pirnat, Rajko, *Strokovno srečanje Javni zavodi*, 2007).

JZP je pogodbeno razmerje med javnim in zasebnim sektorjem (vzpostavljeno z različnimi možnimi modeli) s pregledno določenimi elementi pogodbe, oz. sporazuma, ki temelji na določitvi ciljev in pogojev za zagotavljanje javne infrastrukture, oz. javnih storitev s strani zasebnega sektorja, ki bi bili sicer zagotovljeni s klasičnimi oblikami javno naročniškega razmerja (Public Private Partnership, dostopno na <http://Irish Government Public Private Partnership website>).

Po Zakonu o javno zasebnem partnerstvu (Ur.l. RS 127/2006) je JZP ali razmerje zasebnega vlaganja v javne projekte ali javnega sofinanciranja zasebnih projektov, ki so v javnem interesu. Pri tem ni nujno, da gre za dejavnost ali zmogljivost javne službe, temveč je pogoj, da gre za objekte, ki so v javnem interesu. Z JZP so vzpostavljeni pogoji, ki omogočajo in pospešujejo zasebna vlaganja v izgradnjo, vzdrževanje, oziroma upravljanje objektov in naprav, ki so v javnem interesu.

---

3) Opozoriti je treba, da pravo ES ne pozna neke vnaprejšnje formalne opredelitve javne službe, pač pa šteje za javno službo vsako dejavnost, pri kateri ima izvajalec posebne obveznosti, ki jih na podlagi tržnih pogojev in zahtev ne bi opravljal

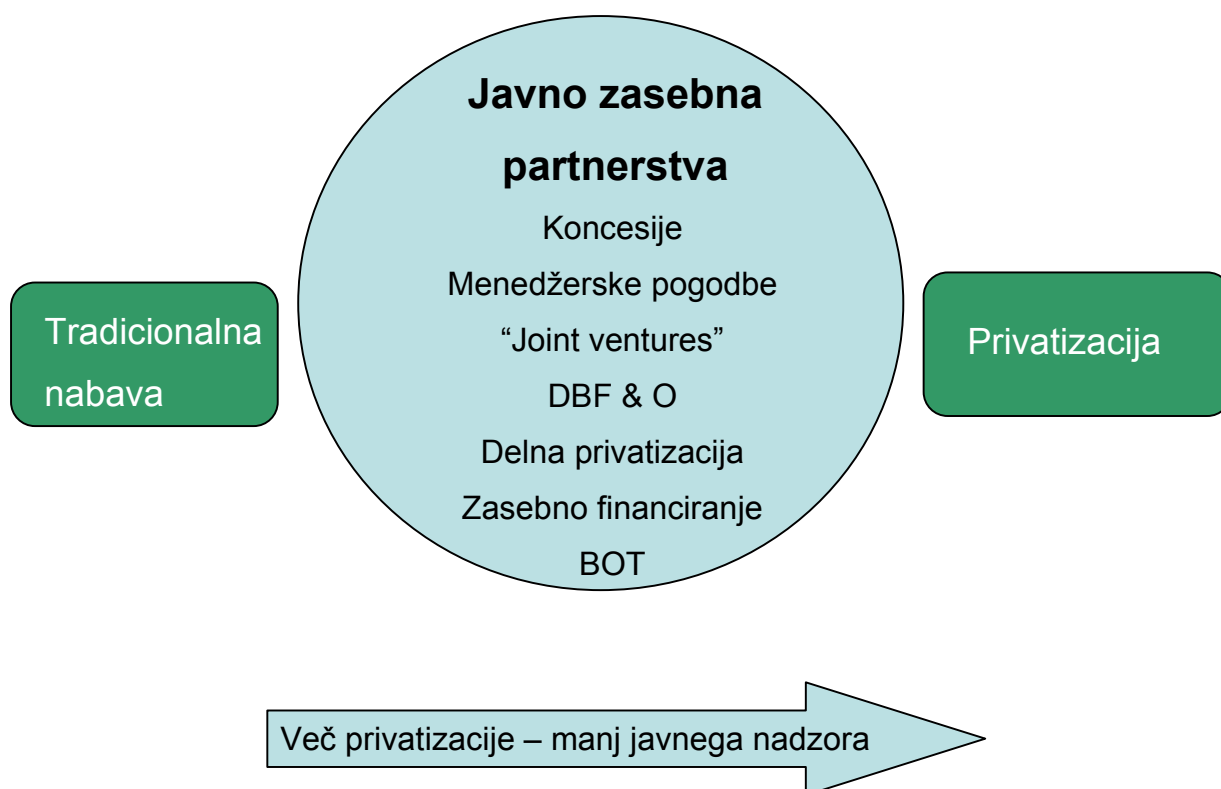
Na področju zdravstvenega varstva Svetovna zdravstvena organizacija podaja definicijo JZP, ki opisuje partnerstvo kot sredstvo za povezovanje akterjev zaradi cilja izboljšanja zdravja prebivalstva na podlagi sporazumno določenih vlog in principov; vzdrževanje ravnotežja moči med posameznimi stranmi je bistvenega pomena, pri čemer mora sodelovanje slediti ciljem doseganja javnega zdravja, enakomerni dostopnosti do zdravstvenih storitev ter mora upoštevati avtonomijo vsakega partnerja, kot tudi preprečevati poslabšanje zdravja prebivalstva (SciELO-health care 2000, dostopno na: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000400019&script=sci_arttext)).

Svetovna banka javno zasebno partnerstvo opredeljuje na naslednji način: Javno zasebno partnerstvo vključuje zasebni sektor pri zagotavljanju infrastrukturnih sredstev in storitev, ki jih je tradicionalno zagotavljala država.

Tudi v evropski zakonodaji JZP ni enotno definirano, uporablja pa se za oblike sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem zaradi povečevanja učinkovitosti in kakovosti javnih storitev. Zasebni sektor zagotavlja finančne vire, izgradnjo objektov, obnove ter vzdrževanje infrastrukture ter nudi organizacijsko podporo. Kot prikazuje Slika 3.1., pokrivajo javno zasebna partnerstva vrsto različnih struktur za izvedbo projektov. JZP predstavljajo različne oblike, od tradicionalnih javnih naročil do popolne privatizacije, kjer država nima več klasične neposredne vloge pri zagotavljanju storitev.

JZP povezuje javnega partnerja z zasebnim, v dolgoročno projektno sodelovanje, zaradi zagotavljanja kvalitetnejših javnih storitev. S ciljem uporabe prednosti tako javnega kot zasebnega sektorja, JZP zagotavlja potrebne resurse za vlaganja v javni sektor in učinkovito upravljanje z vložki. JZP predstavlja širok spekter različnih vrst pogodbenih ali drugih oblik partnerstva, vključno z zasebnim financiranjem (PFI), vključevanje zasebnega sektorja v javne projekte, prodajo ali oddajo določenih objektov, oz. nepremičnin ali prepustitev določenih javnih storitev trgu (Balfour Beatty plc, Developing PPP in New Europe, dostopno na [http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp\\_finance/pwc\\_ppp04.pdf](http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp_finance/pwc_ppp04.pdf)).

Slika 3.1: JZP strukture



Vir: Developing Public Private Partnerships in New Europe, PricewaterhouseCoopers, str. 10

### 3.4 Osnovne značilnosti, prednosti in slabosti JZP

V povezavi z zagotavljanjem storitev je pojem »public-private partnership« običajno uporabljen z namenom razločevanja od bolj tradicionalnih oblik, ko država zagotavlja in financira institucije in storitve z lastnimi proračunskimi sredstvi. Z javno zasebnim partnerstvom zasebni partner prevzema pomembnejšo vlogo; sodeluje z državnimi organi pri planiranju in pripravi projektov ter pri različnih oblikah financiranja projektov

in za daljše obdobje prevzema odgovornost za izvajanje projektov. Javna in zasebna sredstva se prepletajo na podlagi jasno določenih izhodišč in tveganj. Smisel JZP je v zagotavljanju dodane vrednosti pri izvajanju projektov in v zagotavljanju možnosti, da država zagotavlja kakovostnejše končne produkte za enak obseg sredstev.

Značilnost javno zasebnega partnerstva so dolgoročne pogodbe ter delitev tveganja in učinkov poslovanja. Po vsebini so projekti javno zasebnega partnerstva povezani z zasebnimi vlaganji v javne projekte, lahko pa tudi javno financiranje zasebnih projektov, ki so v javnem interesu. JZP kot oblika strateškega partnerstva med institucijo javnega in zasebnega sektorja lahko uspešno prispeva k zmanjšanju javnih (proračunskih) izdatkov za javne storitve in k ohranjanju dosežene ravni javnih storitev (povzeto po: Mužina Aleksij, Zakon o JZP, uvodna predstavitev, 2007, str.30).

Na splošno bi lahko značilnosti JZP povzeli na sledeči način:

- omogoča izboljšanje učinkovitosti, s čimer dobimo »več za manj« (better value for money)
- zagotavlja boljšo kvaliteto storitev spričo značilnosti zasebnega sektorja, kot je večja stroškovna učinkovitost, ekonomičnost
- razbremenjuje javnofinančna sredstva (državi ni potrebno financirati investicij vnaprej, zasebni sektor zagotavlja finančna sredstva, kar je pomembno zaradi proračunskih omejitev)
- zagotavlja preglednost na področju storitev, tveganj in kakovosti storitev.

Kot glavne ekonomske značilnosti JZP Mužina navaja:

- različnost vlog javnega in zasebnega partnerja; zasebni partner je udeležen v različnih fazah projekta (načrtovanje, dokončanje, implementacija, financiranje), javni partner pa se najprej osredotoči na določitev ciljev, kakovost storitev in cenovno politiko. Javni subjekt tudi prevzame odgovornost spremljanja skladnosti projekta s temi cilji
- porazdelitev tveganja med javnim in zasebnim partnerjem; JZP ne pomeni nujno, da zasebni partner prevzame večinski delež tveganja projekta, natančna razdelitev rizikov se določi od primera do primera, v skladu z ustrežno sposobnostjo strank, da ugotovijo, nadzorujejo in se spopadajo s tveganji (povzeto Mužina Aleksij: Zakon o JZP, Ljubljana, uvodna predstavitev, 2007).

**Cilji JZP** vključujejo:

- hitro, racionalno in stroškovno učinkovito izvedbo projektov
- za davkoplačevalce pridobiti "več za manj" ("value for money"), s pomočjo optimalno določenega tveganja in risk managementa
- učinkovitost s povezovanjem planiranja in gradnje javne infrastrukture s financiranjem, izvajanjem in vzdrževanjem
- ustvarjanje dodane vrednosti s sinergijskimi učinki med institucijami javnega sektorja in zasebnimi podjetji, posebej s povezovanjem in izmenjavo izkušenj javnega ter zasebnega sektorja, izmenjavo znanja in dosežkov
- ublažitev posledic omejenih zmogljivosti kapacitet in finančnih virov ter doseganje večje storilnosti
- uvajanje tekmovalnosti in večja zmožnost izgradnje objektov, posebej s skupnimi vlaganji in partnerskimi dogovori
- preglednost pri zagotavljanju izvajanja javnih storitev skozi boljše modele upravljanja in ob uvajanju kontrolnih mehanizmov
- inovativnost in raznolikost mreže javnih storitev
- učinkovita raba javnih zmogljivosti z namenom doseganja prednosti za uporabnike javnih storitev (Irish Government Public Private Partnership, dostopno na <http://Irish Government Public Private Partnership> - PPP website).

JZP lahko odigra pomembno vlogo pri preoblikovanju javnega sektorja, ob spremenjeni upravljalški kulturi, ki je osredotočena na uporabnika, preglednost rezultatov, vlaganj in alternativne oblike ponudbe storitev, kot tudi na konkurenco med javnimi in zasebnimi izvajalci zaradi stroškovne učinkovitosti in doseganja boljših outputov za razpoložljiva sredstva («value for money») (Manning N. 2002, The new public management in developing countries, v Public rivate Partnerships, D.Grimsey, M.K. Lewis, str. 52) . Pri tovrstni preorientaciji država ni več neposredni izvajalec storitev, temveč postaja usklajevalna mreža za aktivnosti drugih izvajalcev.

Hood poudarja različne dimenzije novega načina upravljanja javnega sektorja z navajanjem naslednjih smernic:

- reorganizacija ali preoblikovanje javnih organizacij v ločeno upravljane enote za posamezne vrste javnih storitev, ki so samostojne stroškovne enote

- večja konkurenca med javnimi organizacijami ter med javnimi in zasebnimi organizacijami
- prenos dobrih managerskih metod iz zasebnega sektorja v javni sektor
- učinkoviti načini uporabe virov ter iskanje alternativnih, stroškovno učinkovitih načinov zagotavljanja javnih storitev v zameno za obstoječe institucionalne oblike zagotavljanja javnih storitev
- možnost večjega nadzora managerjev zasebnega sektorja v primerjavi z »anonimnimi birokrati« iz javnih institucij
- orientiranost k bolj eksplicitnim in merljivim standardom za delovanje javnega sektorja v smislu ravni storitev, vsebine storitev ter profesionalnim standardom za delovanje javnega sektorja
- nadzor javnih institucij na bolj »homeostatičen« način s ciljem merjenja outputov v zameno za količinski obseg izvedenih storitev (Hood v Public Private Partnerships, D.Grinsey and M.K. Lewis, 2007, str. 53).

**Prednosti JZP** so številne. Sodelovanje s privatnim sektorjem lahko zagotavlja prednosti, kot so zasebna sredstva in vlaganja v projekte v javnem interesu, know-how in upravljalne izkušnje ter z njimi povezano učinkovitost. V teoriji so poudarjene zlasti naslednje prednosti: proračunska nevtralnost, oziroma razbremenitev javnih financ, prenos tveganj na zasebni sektor, izkoriščanje know-howa in izkušenj zasebnega partnerja, stimulacija zasebnika, ki bo ob uspešno zasnovanem in realiziranem projektu ter upravljanju lahko povrnil vložena sredstva in ustvaril načrtovani dobiček, s konkurenco v fazi izbire zasebnega partnerja zagotovitev cenejšega in kvalitetnejšega izvajanja dejavnosti. Zelo pogosto je glavni namen JZP razbremeniti proračun in zmanjšati zadolževanje, kar je možno doseči na različne načine. JZP lahko neposredno zmanjša trenutne javne izdatke z izvajanjem javnih storitev z nižjimi stroški, zmanjša stroške za investicijska vlaganja v javni sektor ter lahko oblikuje nove vire prihodkov javnemu sektorju, če gre za določene projekte v infrastrukturo. Vpliv JZP na proračun pa je lahko v večji meri vprašljiv, kot se zdi na prvi pogled. Stroški vlaganj v primeru JZP so lahko celo višji kot v primeru najetja kredita s strani javnega sektorja, kar se je npr. izkazalo v Kanadi, ko je visoko tveganje zasebni sektor prenesel v stroške financiranja. Uporabo zasebnega kapitala je npr. Kanada uporabljala v 90-ih letih kot možnost izvenbilančnega financiranja infrastrukturnih projektov, pri čemer so na osnovi izkušenj upravičena svarila, da je potrebno kljub finančnim in političnim prednostim pretehtati dejanske stroške, ki jih mora država poravnati za tovrstno financiranje (John Loxley, Alim J. Loxley, *The economic and financial aspects of public/private sector partnerships* v *Ekonomski vidiki javnega sektorja*, Ljubljana, 2007, str. 267-276). Kadar zasebni sektor z vložkom zasebnega kapitala zgradi javni objekt in ga prepusti v upravljanje javnemu

sektorju, so ti stroški v resnici bodoča zadolžitve javnega sektorja, kar je mogoče primerjati z možnostjo najetja posojila, oziroma finančne zadolžitve. Avtorja ponujata možnost »diskontiranja« bodoče zadolžitve javnega sektorja z namenom pridobitve sedanje vrednosti, pri čimer je poudarjeno, da je čas denar in da je odlog odplačevanja obveznosti v prihodnje obdobje sprejemljiv, če je pri tem pretehtana in upoštevana primerjava s ceno izposoje denarja.

Upošteva se računovodske principe pa ne vplivajo vse oblike leasinga na zadolžitve; razlikovati moramo med operativnim leasingom in finančnim leasingom. Medtem ko se obveznosti finančnega leasinga izkazujejo v bilančnih prikazih tekočega leta v višini prevzete obveznosti, je pri operativnem leasingu v finančnih poročilih za tekoče proračunsko leto prikazana le obveznost tekočega leta.

Najnovejše primerjalne izkušnje pa izpostavljajo zlasti, da se z JZP optimizira izpolnjevanje javnih nalog, dosega optimalno razmerje med stroški in učinki, premošča omejenost proračunskih virov, nadomešča odsotnost ekonomskih strategij v javnem sektorju ter podpira outsourcing zaradi potrebne prenove javnega sektorja. Pomemben ekonomsko politični razlog za JZP je tudi privatizacija, oz. liberalizacija izvajanja javnih služb.

**Slabosti JZP** so pogosto izpostavljene. Nikakor ni nujno, da so storitve v primeru uporabe JZP cenejše, pogosto so dražje, kljub ekonomičnemu poslovanju, kar naj bi bilo pogojeno z razlogom, da ob večji preglednosti stroškov uporabnik plača tudi tiste, ki so bili predhodno pokriti iz javnih sredstev.

Mužina navaja kot glavne slabosti JZP zmanjšanje nadzora javnega sektorja pri zagotavljanju storitev, tveganje, povezano z neizkušenostjo, nejasna razdelitev odgovornosti in s tem tveganje za oba sektorja, odpor javnosti napram zasebnemu kapitalu, možno dražje kreditiranje zasebnikov v primerjavi s kreditiranjem države ter pristranskost pri izbiri zasebnega partnerja (Mužina, 2005, Javno zasebno partnerstvo v teoriji, GV izobraževanje, str. 15).

Grof-Ferjančič navaja kot glavne slabosti JZP naslednje:

- osredotočenost podjetij na kratkoročne rezultate s klasičnimi manjšimi investicijskimi vložki; manj so izpostavljeni tveganju
- strah podjetij pred tveganjem, spremembami in uvajanjem novih načinov poslovanja
- projektne aktivnosti se izvajajo počasneje, kot če bi sami organizirali proces

- podjetja imajo posplošene predsodke pri vključitvi v te projekte zaradi prevelike birokracije in omejenega uradniškega poslovanja (ang. »red tape«)
- nejasna delitev dela med javnim in zasebnim sektorjem vpliva na prelaganje odgovornosti
- javni sektor mora ščititi javni interes ter zagotavljati nadzor nad kakovostjo storitev, če ima premajhno vlogo v partnerstvu, lahko izgubi ta nadzor, ali je le-ta pomanjkljiv
- premajhna usmerjenost podjetij k internacionalizaciji in globalizaciji (Groff Ferjančič Miranda, 2004, Prednosti in slabosti sodelovanja javnega in zasebnega kapitala pri investicijah v javno infrastrukturo, mag. delo, str. 16).

Negativne plati javno zasebnega partnerstva za področje zdravstva omenjajo nekateri avtorji, ki svarijo pred JZP na podlagi slabih izkušenj v javno zasebnem sodelovanju v zdravstvenem sistemu Kanade (Canadian Health Coalition). Razširjenost JZP v mednarodnem okolju, kot je segla v zdravstveni sistem Kanade, ocenjujejo kot nevarnost, ki lahko resno ogrozi zdravstveni sistem. Zlasti pri gradnji bolnišnic so se izkazale slabe strani uporabe zasebnega kapitala, saj bo morala država plačati tako stroške kapitala, kot tudi operativne stroške delovanja bolnišnic. Navajajo tudi druge slabosti JZP, kot na primer:

- JZP ni nevtralen finančni instrument, ampak »posojilo, ki ga je potrebno preplačati«, s podelitvijo koncesije, oziroma podelitvijo pravice do pobiranja nadomestil
- država prevzema skoraj vse rizike, zasebni sektor pa pobira profit
- podatki pri JZP so največkrat označeni kot »poslovna skrivnost«, posledica pa je izguba preglednosti porabe javnih sredstev.

Poleg opozoril, da JZP v kanadskem zdravstvenem sistemu ne pomeni zmanjšanja javnih izdatkov, da pa v resnici podraži javne storitve in ne izboljšuje kvalitete javnih storitev, zasledimo s strani avtorjev polemično opozorilo o samem pojmu javno zasebno partnerstvo; pri tem utemeljujejo, da imata v osnovi partnerja različne vloge, zato navajata, da je nesmisel v poudarjanju partnerstva, kar utemeljujeta s tem, da javni sektor plača, zasebni ustvarja dobiček, ravno to pa dokazuje, da ne gre za partnerstvo; JZP vnaša v zdravstvo neenakost in izkoriščanje, stroški naraščajo, kvaliteta pada (Connors, Kathleen, Ottawa 2003, dostopno na: <http://www.healthcoalition.ca/realitycheck5.html>).



### **3.5 Poslovni modeli sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem**

Uporaba navedenih izhodišč je razvidna v različnih poslovnih modelih, ki jih lahko uporablja javni sektor in predstavljajo »interface« med javnimi in zasebnimi izvajalci, oziroma agencijami. Seznam tovrstnih modelov je prikazan v Tabeli 3.1, začenši s primerom povsem javne mreže na eni strani, do pogodbenega načina izvajanja storitev in outsourcinga, vse do, na drugi strani, privatizacije, kjer lastništvo zmogljivosti preide v zasebni sektor.

Gre za različne oblike javno zasebnih partnerstev, ki temeljijo na najemu, franšizah, koncesijah za določen čas, uporabi različnih kombinacij uporabe zasebnih sredstev zaradi planiranja, obnove, financiranja, izvajanja in upravljanja zmogljivosti za zagotavljanje javnih storitev. Razen v primeru BOO (built-own-operate), ko lastništvo ostaja zasebnemu sektorju, po preteku veljavnosti koncesije javni sektor običajno prevzame odgovornost za zmogljivosti, za delovanje ter upravljanje le-teh.

Upošteva se navedene oblike je razvidno, da so razmerja med državo, oz. javnim sektorjem in zasebnim sektorjem široko razvejana; na eni strani imamo tradicionalno organizirano javno mrežo, na drugi povsem zasebni način izvajanja. Partnerstvo pokriva pretežni del vmesnih oblik, le-te pa predstavljajo mešane oblike med zasebnim in javnim sektorjem. Pri tem naletimo na nekatera vprašanja, obravnavana v nadaljevanju, ki so pomembna za razumevanje razmerij med javnim in zasebnim, in sicer, kako se javno zasebna partnerstva razlikujejo od privatizacije, kako se JZP razlikuje od pogodbenega načina izvajanja storitev ter kako JZP vpliva na upravljanje v javnem sektorju.

#### **a) JZP in privatizacija**

Ugotovimo lahko, da je javni sektor plačnik storitev in da nosi dokončno odgovornost za zagotavljanje le-teh, tudi v pogojih, ko jih za daljše časovno obdobje zagotavlja zasebni partner. Ko pride do privatizacije javnega objekta in zasebni partner zagotavlja javne storitve, se država ne razbremeni odgovornosti za izvajanje le-teh, preprečiti mora morebitno monopolno vlogo zasebnega partnerja, če ne deluje trg v zadovoljivi meri in odigrati regulatorno vlogo preko oblikovanja cen ali meril za stopnjo povračil.

Savas navaja, da je privatizacija dinamičen koncept in pomeni spreminjanje od popolnoma državnega načina izvajanja storitev, oz. zagotavljanja dobrin vse do zasebnega izvajalca. Pri presojanju načina izvajanja javnih storitev pa je omenjenih sedem kriterijev, in sicer vrsta, oz. specifičnost javne storitve, razpoložljivost, oz. ponudba na strani izvajalcev, učinkovitost in racionalnost, skala storitev, razmerje

**Tabela 3.1: Lestvica javno zasebnih poslovnih modelov**

1) Javna mreža javnih dobrin/public provision of collective goods
2) Pogodbeno izvajanje javnih storitev/service provision contracts
3) Oddaja izvajanja javnih storitev/outsourcing, contracting
4) Načrtovanje in izgradnja / design and construct – D&C
5) Prodaja ali oddaja v najem z odkupom /Sale and leaseback
6) Izvajanje in vzdrževanje / operate in mantain – O&M
7) Izgradnja, izvajanje in upravljanje / built, operate and mantain - OM&M
8) Izgradnja, prenos, izvajanje /built, transfer, operate – BTO
9) Izgradnja, izvajanje, prenos / built, operate, transfer – BOT
10) Izgradnja, zakup, prenos / built, lease, transfer – BLT
11) Izgradnja, oddaja v najem, prenos, vzdrževanje/ built, lease, transfer, mantain – BLTM
12) Izgradnja, razpolaganje, izvajanje, premestitev/ built, own, operate, remove – BOOR
13) Izgradnja, lastništvo, izvajanje, prenos/ built, own, operate, transfer – BOOT
14) Oddaja v najem, obnova, izvajanje, prenos/lease, renovate, operate transfer – LROT
15) Načrtovanje, izgradnja, financiranje, izvajanje / design, built, finance, operate – DBFO
16) Načrtovanje, konstruiranje, upravljanje, financiranje/ desig, construct, manage, finance – DCMF
17) Načrtovanje, izgradnja, financiranje, izvajanje, upravljanje/design, built, finance, operate, manage – DBFOM
18) Izgradnja, lastništvo, izvajanje/built, own, operate – BOO
19) Franšizing/franchise
20) Koncesija/concession
21) Joint venture/joint venture
22) Obnovitev partnerstva/regeneration partnership
23) Popolna privatizacija/outright privatization

Prevedeno po: Darrin Grimsey and Mervyn K.Lewis, Public Private Partnerships, The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance, 2004, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA, str. 54

Opomba: v prikazu so vključeni poleg slovenskega prevoda, zaradi jasnosti, izvorni pojmi v angleškem jeziku

med stroški in prihranki, odgovornost do uporabnikov, dojemljivost do prevar, dostopnost glede na ekonomske zmožnosti, enakost do ranljivih skupin, odgovornost do vladnih direktiv ter obseg vladnega

reguliranja (Savas, E.S. Privatization and Public-Private Partnership, New York-London, 2000, str. 104-107).

JZP je pogosto razumljeno, oziroma enačeno s privatizacijo. Za razliko od popolne privatizacije je JZP »poslovno sodelovanje« med javnim in zasebnim partnerjem, ki je podrobneje določeno v koncesijskih pogodbah ali drugih vrstah pogodb med javnim in zasebnim sektorjem, kjer so vsebovana določena merila za izvajanje storitev, določila o cenah storitev (vključno z dogovorjeno stopnjo dobička) ter pravice in obveznosti obeh strani. Pri razlikovanju je vredno poudarka dejstvo, da v javno zasebnem partnerstvu natančna regulacija ni predpisana, temveč je rezultat pogajanj med subjekti.

#### **b.) JZP in »contracting out«**

Pri razločevanju JZP in »contracting out« lahko zasledimo, da je često privatizacija in »contracting out« uporabljena kot sinonim, posebno v ZDA, medtem ko je v Veliki Britaniji in Avstraliji privatizacija obravnavana kot prenos lastništva objektov iz javnih v zasebne roke.

»Contracting out« vnaša tekmovalnost pri izvajanju storitev in ga povezujemo s prihranki sredstev (Domberger et al. 1997 ugotavlja, da lahko država prihrani okrog 20 % javnih izdatkov, če zagotavlja izvajanje storitev preko postopka iskanja konkurenčnih izvajalcev). Doseganje »value for money« je sicer osrednje in pomembno vprašanje, vendar ima JZP poseben pomen, ne le za učinkovitejše izvajanje storitev ali izgradnjo infrastrukturnih objektov, temveč tudi zaradi drugih učinkov, ki jih ne moreta zagotavljati država ali zasebni sektor, če delujeta ločeno.

#### **c) JZP in upravljanje v javnem sektorju**

Ko zagotavljata javni in zasebni sektor javne storitve v dolgoročnem poslovnem sodelovanju, v katerem vsaka stran ohranja samostojnost in nosi svoj del odgovornosti, govorimo tudi o združevanju sredstev na podlagi jasno določenih izhodišč. Smisel JZP je v zagotavljanju dodane vrednosti na način, da lahko država s pomočjo inovativnih pristopov, komplementarnih izkušenj zasebnega sektorja in ob doseganju sinergijskih učinkov, zagotavlja kakovostnejše storitve za enak obseg sredstev. JZP omogoča največjo možno uporabo izkušenj zasebnega sektorja v javnem sektorju, medtem ko je zagotovljena preglednost in prenos rizikov tako pri izgradnji objektov, kot tudi pri samem delovanju (Darrin Grimsey and Mervyn K.Lewis, Public Private Partnerships, The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance, 2004, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA, str. 50- 59).

Upoštevajoč izkušnje v ZDA z JZP, Linder priporoča 6 načinov, s pomočjo katerih lahko JZP vnaša spremembe v javni sektor:

- JZP predstavlja sredstvo za reformo managementa javnega sektorja in lahko vpliva na način, kako država uvaja tržne principe v javni sektor
- JZP vzpodbuja postopno preoblikovanje in spreminjanje - je izziv za managerje v javnem sektorju in daje odgovor, kako preseči omejitve in se soočiti z vstopom zasebnega sektorja in možnostmi vlaganj
- JZP vnaša tudi »moralno prenavo« z razširitvijo števila udeležencev in z uvajanjem tržnih principov
- JZP porazdeljuje finančna tveganja med javne in zasebne vlagatelje
- JZP predstavlja »vlečni voz« za prestrukturiranje področja javnih storitev v smislu sprememb, zlasti na področju administrativnih postopkov in z zasebnim načinom izvajanja določenih javnih storitev
- JZP spreminja sistem upravljanja javnega sektorja; sodelovanje med partnerji vključuje delitev odgovornosti, znanja in tveganja. Obem stranem prinaša dodano vrednost, hkrati pa sproža spreminjanje in terja pogajanja (Linder, S.H. v D.Grimsey, M.K.Lewis, Public Private Partnerships, 2007, str.58-59).

Ko govorimo o uporabi JZP, je smiselno opozoriti na razlikovanje pri vsebini sodelovanja; v svetu je v zadnjih desetletjih najpogosteje uporabljena tradicionalna oblika sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem, »outsourcing« in pogodbeno partnerstvo, s pomočjo katerih je javni sektor zagotavljal nove zmogljivosti, npr. cest, šol, bolnišnic itd., - ločeno od izvajanja storitev. Izvajanje javnih storitev pa je potekalo bodisi v javnem sektorju ali pa s pogodbenim načinom izvajanja, v celoti ali delno, z namenom zagotovitve najbolj učinkovitih načinov izvajanja javnih storitev. JZP ponuja poleg tradicionalnih oblik tudi sodelovanje pri izgradnji zmogljivosti preko dolgoročnih pogodb, z zagotovitvijo zasebnih vlaganj, kjer je sodelovanje razširjeno na fazo planiranja zmogljivosti v povezavi z izvajanjem dejavnosti. Bistvena razlika med tradicionalnimi oblikami sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem je tako v vrsti, oz. obliki sodelovanja; zasebni partner je vključen že v fazi planiranja in inkorporira tudi dejstva, ki so pomembna za mrežo javnih storitev, njeno delovanje in vzdrževanje. Pri tem je vključenost obeh sektorjev razširjena na več faz in področij delovanja, kar vnaša v sodelovanje večjo stopnjo odgovornosti, prenos izkušenj in dolgoročno učinkovito upravljanje. Za tovrstne oblike JZP so se v svetu izkazali kot primerni projekti na področju transporta, vodnega gospodarstva, turizma, zdravstva (bolnišnice in specializirane zdravstvene storitve), sodišča, policijske postaje, šole, muzeji, knjižnice, zapori, športni objekti, prireditveni centri, socialne ustanove (Darrin Grimsey and Mervyn K.Lewis, Public Private Partnerships, The Worldwide

Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance, 2004, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA, str. 50-72).

Ne glede na projekte, za katere je primerno, da jih država izvaja v JZP, je potrebno predhodno presoditi smiselnost vstopanja v JZP z uporabo naslednjih treh kriterijev:

- katere javne storitve mora država zagotavljati uporabnikom neposredno v okviru svoje pristojnosti, kar pomeni presojo, kaj je javno poslanstvo in temeljna dejavnost (the core services question)
- izbira ustreznega projektnega modela, ki zagotavlja najboljše učinke za razpoložljiva sredstva (kriterij presoje, kako dobiti »več za manj«, »value for money question«)
- ali predvideni učinki JZP zadovoljujejo izpolnjevanje javnega interesa, ki ga določa razvojna politika določenega področja javnega sektorja; v primeru negativnega odgovora, ali lahko zagotavljamo javni interes z varovalnimi instrumenti v pogodbenem razmerju ali s pomočjo regulatornih sredstev (the public interest question).

Gre za kombiniran odgovor na navedena tri ključna vprašanja, ki determinirajo model za konkreten projekt. Prevladujoče mnenje dandanes je, da mora država sama zagotavljati javne storitve vedno, kadar je to boljša rešitev za uporabnike, kot da bi jih zagotavljali na trgu, kar Officer (2003) imenuje princip primerjalne prednosti zagotavljanja javnih storitev (Officer, R.R., The respective Roles of Government and the Private Sector and Private Public partnerships, PPP Forum, The Accounting Foundation, The University of Sydney).

### **3.6 Poslovni modeli sodelovanja z zasebnim sektorjem v bolnišnicah**

Avtorja D. Grimsey in M.K. Lewis (Darrin Grimsey and Mervyn K. Lewis, Public Private Partnerships, str. 96-99), navajata primer sodelovanja javnega sektorja z zasebnim v bolnišnicah kot področje, kjer je zasebna pobuda na različnih nivojih koristna in kjer JZP lahko pomembno vpliva na nadzorovanje stroškov in izboljšanja storitev v obstoječem zdravstvenem sistemu s sodelovanjem pri izgradnji in upravljanju javnih bolnišnic. Možnosti za vključitev zasebnega sektorja so različne, od outsourcinga podpornih dejavnosti do privatizacije z odprodajo kapacitet kot skrajno obliko, ter s številnimi možnostmi med navedenima.

Tabela 3.2: Opcije sodelovanja zasebnega sektorja v bolnišnicah

<b>Možnosti</b>	<b>Odgovornost zasebnega partnerja</b>	<b>Odgovornost javnega partnerja</b>
<b>Outsourcing nekliničnih podpornih storitev</b>	Zagotavlja neklinične storitve (čiščenje, oskrba, pranje, varnost, investic.vzdrževanje)	Zagotavlja vse klinične storitve (vključno z osebjem) in bolnišnično upravljanje
<b>Outsourcing kliničnih podpornih storitev</b>	Zagotavlja klinične podporne storitve kot je radiologija in laboratorijske storitve	Upravljanje bolnišnice in zagotavljanje kliničnih storitev
<b>Outsourcing specializiranih kliničnih storitev</b>	Zagotavlja specializirane klinične storitve, kot npr. lithotripsija ali rutinske posege ( odstranitve katarakte)	Upravljanje bolnišnice in zagotavljanje izvajanje kliničnih storitev
<b>Umestitev zasebnega dela bolnišnice znotraj ali ob javni bolnišnici</b>	Izvajanje zasebnega bolnišničnega programa (za zasebne paciente), lahko zagotavljanje le storitev namestitve ali tudi kliničnih storitev	Upravljanje javne bolnišnice za javni del in pogodbeno razmerje z zasebnim delom zaradi delitve stroškov, osebja in opreme
<b>Najem in management javne bolnišnice</b>	Upravljanje javne bolnišnice v skladu s pogodbo z vlado ali zavarovalnico ter zagotavljanje kliničnih, oz. nekliničnih storitev. Lahko zaposluje celotno osebje bolnišnice in je odgovoren za vlaganja, v skladu s pogodbo	Pogodbeno urejanje javnih bolnišničnih storitev z zasebnim partnerjem, plačilo zasebnemu upravljalcu za opravljene storitve, nadzor izvajanja in usmerjanje izvajanja programa
<b>Zasebna izgradnja, financiranje in oddaja v najem javne bolnišnice</b>	Izgradnja, financiranje in razpolaganje z novo javno bolnišnico ter oddaja v najem s postopnim odkupom državi	Upravlja bolnišnico in oblikuje načrt postopnega odkupa zasebnemu partnerju
<b>Zasebna izgradnja, financiranje in upravljanje nove javne bolnišnice</b>	Izgradnja, financiranje in upravljanje nove javne bolnišnice ter zagotavljanje nekliničnih ali kliničnih storitev, lahko oboje	Zagotavlja letno nadomestilo za stroške kapitala in za stroške tekočega izvajanja storitev
<b>Prodaja javne bolnišnice</b>	Vzdrževanje kapacitet in nadaljevanje z dejavnostjo bolnišnice v skladu s pogodbo	Skrbi za plačilo izvajalcu za klinične storitve, usmerja in nadzira v skladu s pogodbo

Vir: Prirejeno po Taylor and Blair, 2002 v Darrin Grimsey and Mervyn K. Lewis, Private Public Partnerships, str. 97

Različne možnosti sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v bolnišnicah so razvidne iz Tabele 3.2., razlikujejo se glede na to, kako se vključuje zasebni sektor, lahko npr. zagotavlja upravljanje medicinskih storitev, ima v lasti ali daje v postopni odkup bolnišnične zmogljivosti, zaposluje osebje ter financira in upravlja investicije.

Primeri storitev, ki jih lahko zagotavlja zasebni sektor v bolnišnicah z zasebnim financiranjem (PFI), so npr. naslednje: vzdrževanje okolja bolnišnice, vzdrževanje stavb in opreme, catering, pranje, odpadki, dezinfekcija, varnostna služba in recepcija, nenujni prevozi pacientov, informacijski sistemi, finančne storitve, parkiranje, telekomunikacije, ogrevalni sistemi, soritve sterilizacije, ponudba trgovskih in gostinskih storitev, poštna storitve, hotelska namestitvev, dnevna oskrba (Felicetti, Cecilia, 2003: Focus on advisory activity of Finlomarda on PF:PPP: experiences in Healthcare sector, dostopno na <http://www.hellaskps.gr/7eppa/files/Finlombarda.ppt>).

Odločitev države o obliki sodelovanja je odvisna od bolnišničnih potreb po storitvah ter od okoliščin, kot so npr. sposobnost države usmerjati in učinkovito nadzorovati kvaliteto zdravstvenih storitev, javnega mnenja o potrebnosti reformnih sprememb ter vloge države pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Pomembno vlogo pri odločitvah o vrsti sodelovanja z zasebnim sektorjem na področju bolnišničnega zdravstvenega varstva imajo nevladne in verske organizacije.

**Primer Avstralije:** obstojijo različni, zelo diverzificirani modeli JZP. Za zdravstveno varstvo je odgovorna država na ravni pokrajin in na federalni ravni; v preko 50 javnih bolnišnicah je vključen zasebni sektor, vključno z BOO oblikami (zasebni sektor zgradi, ima v lasti in upravlja javno bolnišnico), preoblikovanjem (bolnišnica preide v last zasebnega podjetja), konverzijami (v katerih je bolnišnica prodana zasebniku in deluje kot koncern), koncesijami (upravljanje bolnišnice preko zasebnega partnerja, lastnik ostaja država), izgradnja, lastništvo in oddaja v postopni odkup bolnišnice (zasebni partner zgradi javno bolnišnico ter jo ponudi državi v postopen odkup-leasing) in delno zasebno lastništvo javne bolnišnice (zasebni partner zgradi, oz. ima v lasti del javne bolnišnice). Dokončali so 15 BOO projektov, 4 konverzije, 4 transakcije, ki vključujejo zasebno upravljanje javnih bolnišnic, ki so še naprej v lasti države, 3 build-own-leaseback projekte (zasebnik načrtuje in zgradi novo javno bolnišnico, jo preda v leasing državi) in 30 »colocations« (zasebni del bolnišnice deluje znotraj ali ob javni). Te oblike so nastale zaradi potreb po svežem kapitalu, porazdelitve tveganj in povečanja učinkovitosti.

Rob Taylor in Simon Blair opozarjata, da mora država, upoštevajoč dejstvo, da je javno zasebno sodelovanje učinkovito sredstvo za izboljšanje kvalitete storitev in nadzorovanja stroškov, nameniti posebno pozornost naslednjim vidikom:

- univerzalana dostopnost za uporabnike, ne glede na vrsto zavarovanja
- financiranje; javne bolnišnice so običajno financirane iz proračuna ali skladov zdravstvenega zavarovanja, pri čemer se v zadnjih letih spreminja metoda financiranja z vstopanjem zasebnega upravljanja bolnišnic in je iz tega razloga pomembna povezava javnega financiranja z drugimi viri financiranja
- konsolidiranje; v številnih državah, posebej vzhodnoevropskih, morajo prevelik obseg bolnišničnih zmogljivosti ustrezno zmanjšati, oziroma ukiniti. Javno zasebno sodelovanje spodbuja tovrstno konsolidacijo storitev, pri čemer je vloga države, da zagotovi ustrezno raven in obseg kliničnih storitev
- konkurenčnost med bolnišnicami vzpodbuja izboljšave v kvaliteti in učinkovitosti storitev; vloga države je, da vzdržuje ustrezno ravnotežje in preprečuje diskriminatorne rešitve za javne bolnišnice, oz. zasebno upravljane bolnišnice
- reguliranje je v številnih državah omejeno na sistem akreditacij bolnišnic; javno zasebno sodelovanje terja, da država z ustrezno politiko zagotavlja spremljanje, nadzorovanje in ukrepanje v primeru nespoštovanja veljavnih procedur.

Ker se javne bolnišnice praviloma srečujejo s finančnimi omejitvami, povzročenimi z naraščajočimi stroški in javnofinančnimi omejitvami, je javno zasebno sodelovanje lahko uspešno sredstvo za preseganje težav. V praksi prihaja do plemičnih ugotovitev o uspešnosti tovrstnega sodelovanja, zato je s strani države potrebna velika stopnja pozornosti, pripravljenosti in nadzora, posebej tudi zaradi političnega vidika, ki jih imajo te oblike sodelovanja (Rob Taylor and Simon Blair, *Options for Reform through PPP*, 2002, str. 2 - 4).

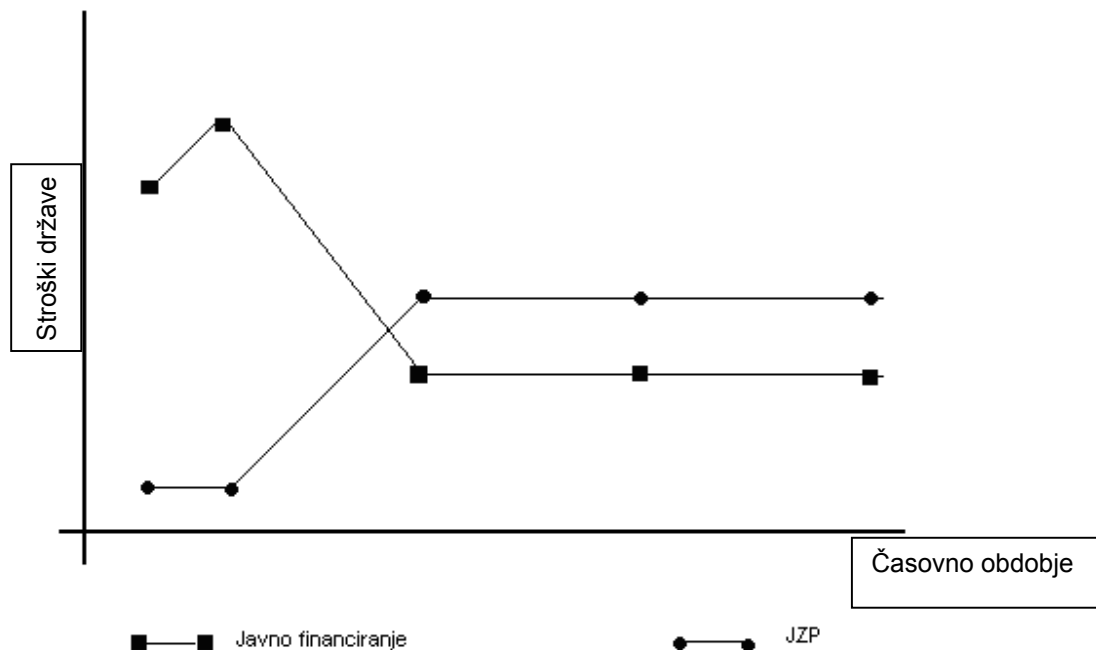
**Primer Velike Britanije:** National Health Service (NHS) je drugi primer različnih načinov uporabe JZP. Model, ki je bil izvorno razvit s pomočjo PFI (Private Finance Initiative) je primer, kako je NHS Trust ostal delodajalec zdravstvenega osebja, ob istočasnem sodelovanju z zasebnim sektorjem, ki je prevzel odgovornost za načrtovanje, izgradnjo, razpolaganje, vzdrževanje in izvajanje podpornih dejavnosti. NHS RazTrusts s pomočjo javnega natečaja izbere zasebnega izvajalca za financiranje in izgradnjo nove bolnišnice, vzdrževanje zmogljivosti, zagotavljanje podpornih dejavnosti bolnišnice (pranje, varnost, parkiranje, oskrbovanje); izbrani zasebni izvajalec prejme letno plačilo za obdobje 15 – 35 let, upoštevajoč



tudi stroške kapitala in stroške vzdrževanja ter izvajanje storitev. Na ta način zasebni partner zagotavlja, da bodo zmogljivosti, ki jih uporablja klinično osebje bolnišnice sodobne, stroškovno učinkovite in zmogljive. V teh pogojih se NHS v Veliki Britaniji osredotoča na zdravstveno politiko kot svojo primarno vlogo. Ostaja odprto vprašanje, kdo mora skrbeti za osnovno zdravstvo; zadnje izkušnje potrjujejo, da mora ostati odgovoren za to področje NHS z razvojem diagnostičnih centrov, ki imajo vlogo osrednjega, zbirnega mesta za zagotavljanje zdravstvenih storitev.

**Finančni vidik** izvajanja projektov v JZP upošteva stroške projekta v primeru javnega financiranja v primerjavi s stroški v primeru izvedbe projekta v JZP. Država je praviloma motivirana za vstopanje v JZP, da ne povečuje davčnih obremenitev in zaradi potrebe po zniževanju proračunskega primanjkljaja zaradi zagotavljanja javnih storitev. V primeru javnega financiranja projekta, poteka financiranje v različnem časovnem okviru. Ko je infrastruktura zagotovljena v JZP, država nima v lasti premoženja, ampak vstopa v pogodbeno razmerje, v katerem ureja tudi zagotavljanje storitev s strani zasebnega sektorja. Operativna plačila morajo pokrivati operativne stroške in zagotavljati izvajalcu povračilo za stroške kapitala. Projekt, ki je izveden v JZP bo imel podoben (vendar ne identičen) učinek na javno blagajno kot če bi projekt financirala država iz javnih sredstev. Razliko v »cashflowu« med javnim financiranjem in financiranjem v JZP prikazuje slika 3.2. Z vidika javnega sektorja JZP zahteva manjše stroške vlaganj, vendar povzroča v času zagotavljanja storitev višje operativne stroške. Nasprotno ima javno financiranje za posledico višja enkratna vlaganja in relativno nižje operativne stroške v določenem časovnem obdobju. JZP projekti so zaradi navedenih razlogov privlačni za države v tranziciji (Taylor and Blair, 2002 v Darrin Grimsey and Mervyn K.Lewis, *Public Private Partnerships, The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*, 2004, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA, str. 96-98).

Slika 3.2: Primerjava javnega financiranja in financiranja v JZP na "cashflows"



Vir: prirejeno po D.Grimsey, M.K.Lewis, Public Private Partnerships, str. 105

Sodelovanje s privatnim sektorjem lahko zagotavlja prednosti, kot so zasebna sredstva in vlaganja v projekte v javnem interesu, know-how in upravljalne izkušnje ter z njimi povezano učinkovitost, vendar morajo zastopniki javnega interesa presojati od primera do primera, ali je mogoče na podlagi sodelovanja z zasebnim sektorjem prispevati k izvajanju javnih storitev več in bolje, kot lahko zmore javni sektor s samostojnim izvajanjem storitev (povzeto Vrhnjak Blaž, JZP v teoriji, Zdravstveni vestnik 2007, str. 76).

V povezavi z zagotavljanjem storitev je pojem »public-private partnership« običajno uporabljen z namenom razločevanja od bolj tradicionalnih oblik, ko država zagotavlja in financira institucije in storitve z lastnimi proračunskimi sredstvi. Z javno zasebnim partnerstvom zasebni partner prevzema pomembnejšo vlogo; sodeluje z državnimi organi pri planiranju in pripravi projektov ter pri različnih oblikah financiranja projektov in za daljše obdobje prevzema odgovornost za izvajanje projektov. Javna in zasebna sredstva se prepletajo na podlagi jasno določenih izhodišč in tveganj. Smisel JZP je v zagotavljanju dodane vrednosti pri izvajanju projektov in v zagotavljanju možnosti, da država zagotavlja kakovostnejše končne produkte za enak obseg sredstev.

### **3.7 Ocene modelov javno zasebnega partnerstva v bolnišničnem zdravstvenem varstvu**

Pri oceni delovanja javno zasebnega partnerstva v bolnišnicah bodo obravnavani modeli, pri katerih gre za gradnjo zdravstvenih zmogljivosti in vzporedno zagotavljanje nekliničnih ter v posamičnih primerih kliničnih storitev v okviru javne zdravstvene mreže. Na podlagi razpoložljivih izkušenj z oblikami javno zasebnega sodelovanja v bolnišnicah v državah, kot je Avstralija, Španija in Velika Britanija Martin McKee, Nigel Edwards in Rifat Atun predstavljajo izsledke uporabe modelov JZP, ko javni partner v javno zasebnem pogodbenem sodelovanju načrtuje, gradi in upravlja bolnišnico. Kriteriji ocenjevanja uspešnosti modela JZP v primerjavi s tradicionalnimi metodami so stroški, kvaliteta, prilagodljivost in kompleksnost .

Model JZP pri izgradnji in upravljanju bolnišnic je najpogosteje uporabljen v sistemih z nacionalnim zdravstvenim varstvom. Avstralija prednjači z najbolj diverzificiranimi modeli JZP. V Veliki Britaniji uporabljen model PFI (Private Finance Initiative) vključuje načrtovanje, izgradnjo, financiranje in izvajanje (DBFO model) ter je bil v zadnjih desetletjih uporabljen za izvedbo pomembnih investicij v zdravstvu, šolstvu in pri izgradnji zaporov. S tem modelom so zagotavljali nove finančne vire za investicije, velik del letih pa je bil izkazan »izvenbilančno« in v vladnih dokumentih ni bil izkazan z novim zadolževanjem. Britanski model JZP, podrobneje opisan v točki 3.6., je bil na podoben način, vendar v manjšem obsegu uporabljen v Kanadi, na Portugalskem, v Španiji ter na Irskem, medtem ko so ga v Grčiji uporabili zlasti na področju druge infrastrukture in redkeje v bolnišnicah.

Švedska in Italija sta preizkusili franšizing, ki predstavlja alternativni model, kjer zasebni partner prevzame upravljanje bolnišnice. Izviren model je bil razvit v Bolnišnici Alzira v Španiji, katerega značilnost je, da zasebni partner zgradi in upravlja bolnišnico s pogodbenim prevzamom odgovornosti za zagotavljanje zdravstvenega varstva posebnih skupin prebivalstva.

Relativno skromne izkušnje z navedenimi modeli JZP v bolnišnični mreži v obravnavanih državah narekujejo pazljivo vrednotenje in merjenje učinkov v primerjavi s tradicionalnimi modeli. Upošteva štiri osnovne kriterije presoje, to je stroške, kvaliteto, fleksibilnost in kompleksnost, so ugotovitve dosedanjega vrednotenja naslednje:

a) **stroški**: zasebni ponudniki v JZP in zdravstveni izvajalci imajo pomembne stroške v postopkih oblikovanja ponudb in postopkih izbire. V britanskem modelu PFI se je izkazalo, da so stroški posojanja denarja višji, kot če bi uporabili klasično javno financiranje projektov; pri tem niso zanemarljivi stroški prenosa rizikov. Stroški izgradnje v JZP so lahko višji kot ob uporabi klasičnih metod. Izkušnje Velike Britanije kažejo, da so bili stroški vzdrževanja in obratovanja bolnišnic pomembno višji, na kar so vplivali

različni vzroki, vključno z višjimi stroški financiranja, pogojenimi z nižjimi kreditnimi »ratingi« in pričakovanji dobička na strani zasebnih partnerjev. Na primerjavo stroškov v primeru JZP glede na tradicionalni način financiranja in izvedbe projektov vpliva upoštevanje celotnega obdobja, oz. življenjskega cikla projekta, saj je potrebno primerjati višje začetne stroške kapitala z nižjimi dologoročnimi obratovalnimi stroški. Podobni izsledki kot v Veliki Britaniji so bili ugotovljeni tudi pri modelih JZP pri financiranju v bolnišnicah v Kanadi. Splošna ugotovitev pa je, da so bili stroški izvedbe projektov JZP podcenjeni. To potrjujejo primeri projektov JZP v bolnišnicah, ki so zašli v finančne težave, kot npr. Alzira Hospital, Valencia, Španija, Paddington Health Campus, London, Velika Britanija in La Trobe Regional Hospital, Melbourne Avstralija.

b) **kvaliteta izvedbe:** v postopkih izvedbe projektov se v primeru nastalih problemov upoštevajo tako stroški, kot čas izvedbe in kvaliteta. V Veliki Britaniji so v letu 2001 76 % vseh projektov izvedenih s PFI dokončali pravočasno in 79 % v okvirih planiranih sredstev v primerjavi s 30 % pravočasnih in 27 % v razpoložljivih finančnih okvirih, ko je šlo za tradicionalne oblike financiranja projektov. Pri bolnišničnih projektih, financiranih z zasebnimi sredstvi pa je nastopil problem kvalitete izvedbe. Pripisati ga je mogoče slabi in pomanjkljivi pripravi v projektni fazi ter vrsti pomanjkljivosti pri izvedbi. Nezadostne izkušnje na strani javnega partnerja in neprimerljive vloge obeh partnerjev glede znanja in moči so v JZP povzročile vrsto pomanjkljivosti pri izvedbi projektov.

c) **fleksibilnost:** zdravstveni projekti so zahtevni zaradi spreminjajočih in vse večjih zahtev, pogojenih z napredkom tehnologije. Partnerji v JZP morajo zato že pri načrtovanju stroškov računati na fleksibilnost, ki jo je neizogibno potrebno predvideti in vključiti v načrte projektov.

d) **kompleksnost:** JZP se je izkazalo kot uspešen model za projekte na področjih izgradnje infrastrukture, zlasti prometne, medtem ko se na področju zdravstva še ni povsem potrdilo. Največja pričakovanja in izziv za JZP so bili primeri večjih bolnišnic z različnimi zdravstvenimi in drugimi dejavnostmi, kot npr. raziskovalno in pedagoško ter različnimi tipi lastniške strukture. Težave pri doseganju sporazuma z lastniki, hkrati z visokimi stroški projekta so vodili v kolaps velikih učnih bolnišnic (primer Paddington Health Campus, London). Zaradi napak pri izvedbi projektov, velikih izgub, zamud ter preplačil se spričo slabih izkušenj pojavljajo vprašanja, ali je model JZP ustrezen za kompleksnejše projekte.

Koncept javno zasebnega partnerstva je v vseh pogledih zahteven. Javno zasebno sodelovanje je prisotno v bolnišničnem zdravstvenem sistemu večine držav, tudi v državah s prevladujočim javnim načinom zagotavljanja zdravstvenih storitev. V sistemih s prevladujočim zasebnim lastništvom zdravstvenih zmogljivosti država okvirno regulira delovanje sistema in zagotavlja finančne vzpodbude; v bolnišničnem

zdravstvenem varstvu pa je zaradi kompleksnosti in zahtevnosti posameznih procesov, kot je npr. izobraževanje zdravstvenih poklicev, raziskovanje in razvoj, vloga javnega financiranja še pomembnejša. Ko gre za sodelovanje javnega sektorja z zasebnim, preko pogodbenega urejanja izgradnje in izvajanja storitev bolnišnic, se je po izkušnjah v opazovanih državah izkazalo, da pričakovanja niso bila dosežena. Nove zmogljivosti, zgrajene z zasebnim financiranjem so bile v splošnem dražje, kot če bi uporabili javno financiranje, hkrati je moral v daljšem obdobju javni sektor pokrivati stroške slabe izvedbe projektov, če je želel preprečiti kolaps delovanja bolnišnic. Pozitivna plat zasebnega financiranja je, da so bile načrtovane bolnišnične zmogljivosti dokončane pravočasno ter ob upoštevanju planirane finančne konstrukcije, kar pa je šlo na račun kvalitete izvedbe. Zdravstvene investicije so v splošnem kompleksnejše, posebej zahtevne za izvedbo v javno zasebnem partnerstvu in zahtevajo temeljito presojo in skrbno pripravo (Martin McKee, Nigel Edwards, Rifat Atun, Public Private Partnerships for hospitals, Bulletin of the World Health Organization, November 2006, str. 890-894).

### **3.8 Izvajanje javnih služb v dokumentih Evropske skupnosti**

Tržno usmerjene, razvite države, ki so se soočale z neugodnimi gospodarskimi rezultati, nezaposlenostjo, proračunskimi primanjkljaji, inflacijo, itd., so izvedle reformo javnega sektorja. Zahteve po učinkovitem poslovanju so prenesle iz zasebnega sektorja v javni sektor. Evropske države so za povečanje učinkovitosti javnega sektorja, oziroma za komercializacijo javnih podjetij uporabile naslednje ukrepe: privatizacijo, koncesije, obvezne konkurenčne javne razpise, komercializacijo infrastrukture, soupravljanje privatnega sektorja, nagrajevanje menedžerjev v javnih podjetjih (povzeto po: PEVCIN Primož, ARISTOVNIK Aleksander, Privatizacija in regulacija javnega sektorja ter podjetništvo 2005, Ljubljana, Fakulteta za upravo, str. 72).

Uvajanje zasebne pobude v spremenjenih družbenoekonomskih okoliščinah v Evropi je v preteklih desetletjih vzpodbudilo procese privatizacije, liberalizacije in deregulacije. V številnih evropskih državah že obstoji trg JZP in članice EU načrtujejo nadaljnji razvoj tega področja. Pojavljajo se tudi možnosti kombinacije JZP s sredstvi evropskih skladov. EU poudarja kompleksen pomen JZP in njegov razvoj s pomenom proaktivnega pristopa, s posebnim pomenom na razumevanju in potrebnem znanju o JZP. Izkušnje Velike Britanije in Nizozemske kažejo, da je mogoče dosežati večjo učinkovitost in prihranke v višini 15 % z izvedbo projektov v obliki JZP, pri čemer obstojijo tovrstne izkušnje pri projektih s področja

javne gospodarske infrastrukture (Developing Public Private Partnerships in New Europe, dostopno na [http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp\\_finance/pwc\\_ppp04.pdf](http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp_finance/pwc_ppp04.pdf)).

Kljub obstoju interesa za JZP v vseh članicah EU, so zkušnje pri izvajanju JZP omejene. Prednjači Velika Britanija z najdaljšo in obsežno tradicijo v zvezi z JZP. Razvoj v drugih državah gre v smeri povečanega interesa za JZP in s krepitvijo politične volje vlad posameznih držav; nekatere države razvijajo pilotne projekte, vendar z omejenimi rezultati. V posameznih državah so projekti v fazi izvajanja in se pospešeno lotevajo izvedbe projektov z JZP. Splošen pregled projektov in aktivnosti v zvezi z JZP v članicah EU po sektorjih in državah prikazuje slika 3.3.

Pravo Evropske unije javno zasebnega partnerstva ne ureja, prav tako ni enotno urejene definicije JZP in koncesij. Kljub temu obstoji nekaj dokumentov na ravni Evropske unije, ki obravnavajo to področje. Države članice so poenotile pravni red na področju koncesij gradenj, medtem ko ostajajo koncesije storitev na evropskem nivoju še neuskajane (Poročilo o sklenjenim oblikah JZP v RS v letu 2007, MF, maj 2008 str. 1). Evropska komisija je sprejela Zeleno knjigo o JZP, s katero je pričela podrobneje urejati institut javno zasebnega partnerstva. Zelena knjiga o javno zasebnem partnerstvu (Green paper on Public Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions. Brussels: European Commission, 2004) je nastala tudi zaradi potrebe, da bi ugotovili, ali je pravo EU potrebno spreminjati, dopolnjevati, oziroma širiti.

Področje zdravstva in socialnega varstva ima v teh dokumentih posebno mesto zaradi spoštovanja načel solidarnosti in temeljnih človekovih pravic ter vzpada krepitve socialne in ozemeljske povezanosti EU. Stališče Komisije je, da bi bilo koristno razviti sistematičen pristop z namenom ugotovitve posebnih značilnosti zdravstvenih in socialnih storitev in vzpostavitve okvira njihove posodobitve.

Svet Evrope v Izhodiščih za uspešno javno zasebno partnerstvo (Zelena knjiga) poudarja vlogo JZP zaradi zagotavljanja:

- dodatnega kapitala
- alternativnih načinov upravljanja in uresničevanja
- dodane vrednosti uporabniku in družbi nasploh
- boljšega prepoznavanja potreb in optimizacije uporabe virov (Anon.Green paper on public-private

partnerships and community law on public contracts and concessions, str. 4, dostopno na [http://europa.eu.int/com/regional\\_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm](http://europa.eu.int/com/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm).

Zasebni sektor lahko sodeluje pri implementaciji in zagotavljanju vlaganj za izvedbo programov na način, ki nujno ne vključuje celotno ali delno zasebno lastništvo objektov, kar je pogosto zadržek pri JZP, ampak je

vloga zasebnega partnerja v delitvi tveganja v zvezi z načrtovanimi prihodki ali v zvezi z drugimi tveganji pri izvedbi projektov.

Pred vstopanjem v javno zasebna partnerstva je posebej pomembno upoštevati dejstvo, da so te oblike sodelovanja izjemno zahtevne, tako v fazi načrtovanja, kot tudi v fazah realizacije in upravljanja. Za javni sektor mora biti pri tem osnovno vodilo, da bo z izvedbo javno zasebnega partnerstva prednost za uporabnika večja, da bo uporabljena ustrezna pravno organizacijska oblika ter da bo tveganje enakomerno porazdeljeno, hkrati pa, da bodo udeleženci partnerstva dosegli zastavljene cilje (povzeto Zelena knjiga o javno zasebnem partnerstvu, z dne 30.aprila 2004).

Slika 3.3: Pregled JZP po državah in sektorjih

	Central Accommodation	Airports	Defence	Housing	Health & Hospitals	IT	Ports	Prisons	Heavy Railway	Light Railway	Roads	Schools	Sports & Leisure	Water & Wastewater (incl solid waste)
<b>Member States</b>														
Austria	○	○			◐	○		○	◐		◐	○		○
Belgium		◐	○	◐					○	○	◐	○		◐
Denmark	○						◐	○	◐		◐	◐	◐	
Finland			○		◐						◐	◐		○
France	◐	◐	○		◐		◐	◐	◐	●	●	○		●
Germany	◐	○	◐		○	◐		◐	◐	◐	◐	◐		◐
Greece	◐	●									◐		◐	
Ireland	○			◐	◐					◐	◐	◐		◐
Italy	○	◐		○	◐		◐	○		◐	◐		◐	◐
Luxembourg		○				◐								
Netherlands	○		○	○	○		○	○	◐		◐	◐		◐
Norway (not EU)	○		○		◐			○	○		◐	◐		
Portugal		○		○	◐	◐	○	○	○	◐	●	○		◐
Spain	○	○			◐		●			◐	●	○	○	◐
Sweden			○		○				○	◐	○			
UK	●	●	●	●	●	●		●		●	●	●	●	●
<b>New Member States</b>														
Cyprus		◐					◐				◐			◐
Czech Republic		○	◐	○	○				○	○	◐	○	○	◐
Estonia					○	○					○	○		
Hungary				○	◐	○		◐		○	◐	◐	◐	◐
Latvia				○							○			
Lithuania										○				
Malta				○	◐									
Poland	○	○		○			◐		○	○	◐			◐
Slovakia		○									○			○
Slovenia														◐
<b>Applicant Countries</b>														
Bulgaria		○									○			◐
Romania				○	◐						◐		◐	◐
Turkey		◐							○	○	○			◐

**Legend**

- Discussions ongoing
- ◐ Projects in procurement
- ◑ Many procured projects, some projects closed
- ◒ Substantial number of closed projects
- Substantial number of closed projects, majority of them in operation



Ob upoštevanju smernic EU in teorije o javno zasebnih partnerstvih govorimo o najmanj štirih stopnjah javno zasebnega partnerstva, pri čemer gre za razlikovanje glede na prenos tveganj na zasebni sektor. Prednosti, slabosti, glavne značilnosti ter možnosti uvajanja so prikazane v Tabeli 3.3.

**Tabela 3.3: Lastnosti, prednosti in slabosti odnosov JZP**

Tip JZP PPP Type	Glavne značilnosti Main features	Možnosti aplikacije Application possibilities	Prednosti Advantages	Slabosti Disadvantages
Pogodbena delegacija Contracting	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pogodba z zasebnim partnerjem, ki zasnuje in zgradi javno infrastrukturo. Contract with private party to design &amp; build public facility.</li> <li>- Projekt je financiran z javnim denarjem in končni proizvod je javna lastnina. Project is financed &amp; owned by public sector.</li> <li>- Glavno gonilo je prenos tveganj snovanja in tveganja izgradnje na pogodbenika. Key driving force is the transfer of design and construction risk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primerno za kapitalske projekte z majhnimi stroški obratovanja. Suited to capital projects with small operating requirement.</li> <li>- Za kapitalske projekte, kjer je javni sektor zavzet za pridržanje odgovornosti obratovanja. Suited to capital projects where the capital sector wishes to retain operating responsibility.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tveganje snovanja in tveganje izgradnje se prenese na pogodbenika. Transfer of design and construction risk.</li> <li>- Potencialno pospešuje izgradnjo samo. Potentially accelerates construction programme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Možen je konflikt med načrtovanjem in okoljskimi zahtevami. Possible conflict between planning and environmental demands / considerations.</li> <li>- Lahko poveča stroške obratovanja. May increase operational costs.</li> <li>- Kritičen je korak delegacije. Commissioning stage is critical.</li> <li>- Omejena je motivacija za t. i. whole life costing pristop k zasnovi. Limited incentive for whole life costing approach to design.</li> <li>- Ne privablja zasebnega kapitala. Does not attract private finance.</li> </ul>
Build-Operate-Transfer (BOT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pogodba z zasebnim sektorjem o zasnovanju, izgradnji in obratovanju predmeta sodelovanja za določen čas, po katerem se predmet sodelovanja vrne javnemu sektorju. Contract with a private sector contractor to design, build and operate a public facility for a defined period, after which the facility is handed back to the public sector.</li> <li>- Predmet sodelovanja je financiran s strani javnega kapitala ter je v javni lasti tudi med časom trajanja pogodbe. The facility is financed by the public sector and remains in public ownership throughout the contract.</li> <li>- Glavno gonilo je prenos tveganj pri obratovanju ob prenosu tveganj snovanja in tveganja izgradnje na pogodbenika.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primerno za projekte z znatnimi stroški obratovanja. Suited to projects that involve a significant operating content.</li> <li>- Posebej primerno za projekte ravnanja z odpadki in vodami. Particularly suited to water and waste projects.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tveganje snovanja in tveganje izgradnje se prenese na pogodbenika. Transfer of design, construction and operating risk.</li> <li>- Potencialno pospešuje izgradnjo samo. Potentially accelerates construction programme.</li> <li>- Prenos tveganj motivira k t. i. <i>whole life costing</i> pristopu k zasnovi. Risk transfer provides incentive for adoption of whole life costing approach.</li> <li>- Vzpodbuja inovativnost zasebnega sektorja ter povečuje plačano vrednost (value for money). Promotes private sector innovation and improved value for money.</li> <li>- Pogodbe so lahko celostne. Contracts can be holistic.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Možen je konflikt med načrtovanjem in okoljskimi zahtevami. Possible conflict between planning and environmental considerations.</li> <li>- Pogodbe so kompleksnejše in proces pogajanj je daljši. Contracts are more complex and tendering process can take longer.</li> <li>- Nastanejo stroški ponovnega zagona projekta, če se partner izkaže za nezadovoljivega. Cost of re-entering the business if operator proves unsatisfactory.</li> <li>- Ne privablja zasebnega kapitala ter zavezuje javni sektor k zagotavljanju financ na daljši rok. Does not attract private finance and commits public sector to providing long term finance.</li> </ul>

Javno zasebno partnerstvo kot možna oblika investiranja v zdravstvene zavode

Tip JZP PPP Type	Glavne značilnosti Main features	Možnosti aplikacije Application possibilities	Prednosti Advantages	Slabosti Disadvantages
Build-Operate-Transfer (BOT)	Key driving force is the transfer of operating risk in addition to design and construction risk.		- Vlada se lahko osredotoči na temeljne odgovornosti javnega sektorja. Government can focus on core public sector responsibilities.	
Design-build-finance-Operate Concession DFBO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pogodba z zasebnim sektorjem o zasnovanju, izgradnji, obratovanju in financiranju predmeta sodelovanja za določen čas, po katerem predmet sodelovanja preide na javni sektor. Contract with a private sector contractor to design, build and operate a public facility for a defined period, after which the facility is handed back to the public sector.</li> <li>- Objekt je last zasebnega sektorja za čas trajanja pogodbe, ki dobiva deloma povrnjene stroške obratovanja s subvencijami.</li> <li>- The facility is owned by the private sector for the contract period and it recovers costs through public subvention.</li> <li>- Glavno gonilo je izraba zasebnega kapitala ter prenos tveganj zasnovanja, izgradnje in obratovanja na zasebni sektor. Key driver force is the utilisation of private finance and transfer of design, construction &amp; operating risk.</li> <li>- Različice se razlikujejo po različnih kombinacijah preazporeditve odgovornosti. Variant forms differ by the various combinations of the principle responsibilities.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primerno za projekte z znanimi stroški obratovanja. Suited to projects that involve a significant operating content.</li> <li>- Posebej primerno za projekte ravnanja z odpadki in vodami ter ceste. Particularly suited to water and waste projects.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kot za BOT plus: As for BOT plus:</li> <li>- pritegne zasebni kapital, attracts private sector finance,</li> <li>- pritegne upnike, attracts debt finance discipline,</li> <li>- predstavlja predvidljivejši profil stroškov, delivers more predictable cost profile,</li> <li>- večji potencial za pospešeno izgradnjo, greater potential for accelerated construction programme,</li> <li>- večji prenos tveganj pomeni večjo motivacijo za t. i. <i>whole life costing</i> pristop, increased risk transfer provides greater incentive for private sector contractor to adopt of whole life costing approach.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Možen je konflikt med načrtovanjem in okoljskimi zahtevami. Possible conflict between planning and environmental considerations.</li> <li>- Pogodbe so kompleksnejše in proces pogajanj je daljši kot pri BOT. Contracts are more complex and tendering process can take longer than for BOT.</li> <li>- Zahtevano je upravljanje pogodb in spremljanje izvajanja. Contract management and performance monitoring systems required.</li> <li>- Nastanejo stroški ponovnega zagona projekta, če se partner izkaže za nezadovoljivega. Cost of re-entering the business if operator proves unsatisfactory.</li> <li>- Lahko so zahtevana poročila za posojila. Funding guarantees may be required.</li> <li>- Potreben je sistem upravljanja sprememb. Change management system required.</li> </ul>
Koncesije Concession	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kot za DBFO, vendar zasebnik dobi povrnjene stroške z zaračunavanjem uporabnikom. As for DBFO except private party recovers costs by charging users.</li> <li>- Glavno gonilo je »plača onesnaževalec« ter izraba zasebnega kapitala ter prenos tveganj zasnovanja, izgradnje in obratovanja. Key driver force is the »Polluter Pays Principle« and utilising private finance and transferring design, construction and operating risk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primerno za projekte, ki ponujajo možnost zaračunavanja končnemu uporabniku. Suited to projects that provide an opportunity for the introduction of user charging.</li> <li>- Še posebej primerno za ceste, projekte za nepitno vodo ter projekte za ravnanje z odpadki. Particularly suited to road, non-domestic water and waste projects.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kot za DBFO plus: As for DBFO plus:</li> <li>- pospeševanje izvedbe »plača onesnaževalec« ter facilitates implementation of the »Polluter Pays Principle«; and</li> <li>- poveča zahtevo po nadaljnjem prenosu tveganja in zasluzkov tretjim osebam. increases level of demand risk transfer and encourages generation of third party revenue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kot za DBFO plus: As for DBFO plus:</li> <li>- je lahko politično nesprejemljiva opcija, may not be politically acceptable.</li> <li>- zahteva učinkovito upravljanje z alternativami oz. nadomestki, npr. prevoznimi potmi, nadomestnimi odlagališči. requires effective management of alternatives/substitutes, eg. alternative transport routes; alternative waste disposal sites.</li> </ul>

Vir: European commission directorate general, regional policy, Guidelines for succesful public-private partnerships, 2003 v Vrhnjak Blaž, JZP v teoriji, Zdravstveni vestnik 2007, str. 76

Opomba: v prikazu so vključeni poleg slovenskega prevoda, zaradi jasnosti izvorni pojmi v angleškem jeziku

### **3.9 Javni sektor v Sloveniji in zблиževanje javne ter zasebne sfere**

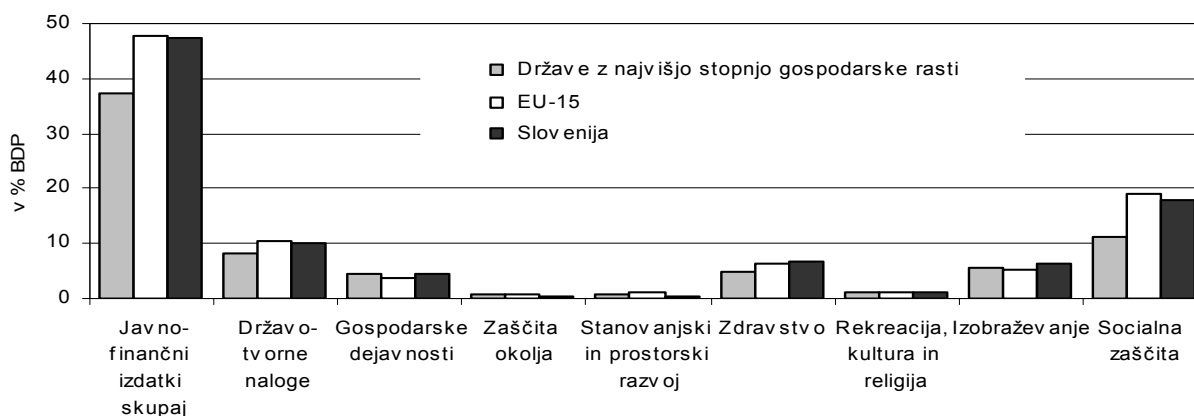
V obdobju globalizacije smo priča procesom liberalizacije v gospodarskem sektorju, ki pa izražajo svoj vpliv tudi na javni sektor. V makroekonomskem okolju zaradi zagotavljanja stabilnih razmer, zlasti na področju javnih financ, težimo k znižanju deleža odhodkov države v bruto domačem proizvodu. Naloge države je, da zagotavlja pogoje za procese akumulacije in gospodarskega razvoja, hkrati pa tudi učinkovito razporejanje virov za doseganje kvalitetnega razvoja in socialne pravičnosti. Pri tem mora država zagotavljati takšna gibanja na področju javnih financ in plač, da dolgoročno zagotavlja uresničevanje razvojnih ciljev Slovenije. Razviti trg in država delujeta v medsebojni povezavi in sodelovanju, pri tem pa se vloga države spreminja v smeri zmanjševanja neposrednega administriranja v posredno upravljanje. Javno zasebno partnerstvo je pojavna oblika sodelovanja, ki je v številnih državah z razvitim gospodarstvom vse bolj prisotno. Ustvarjanje pozitivnih sinergijskih učinkov tovrstnega upravljanja javnega in zasebnega premoženja pa je ocenjeno pozitivno (Andolšek Žiga, Javno premoženje in JZP, Javna uprava, 2007, str. 269).

V Sloveniji namenjamo za javnofinančne izdatke po podatkih za leto 2005 47,2 % družbenega proizvoda<sup>4</sup>. Delež odhodkov sektorja država se je v obdobju upočasnjene gospodarske rasti ohranjal na ravni 48 % BDP, medtem ko se je v času okrepljene gospodarske rasti (2004-2006) enakomerno zniževal in v letu 2006 dosegel za 1,8 o.t. nižji delež kot leta 2003. V proračunih države za leti 2008 in 2009 načrtujemo dodatno znižanje za okoli 2 o.t. K zmanjševanju javnofinančnih izdatkov so prispevali nižji socialni transferi, stroški delovanja države, a tudi zniževanje deleža javno financiranih investicij, kar bo potrebno nadomestiti tudi z večjo vlogo javno zasebnih partnerstev. V primerjavi z državami EU-15 in državami z najvišjo stopnjo gospodarske rasti je Slovenija po deležu javnofinančnih izdatkov po funkcionalni klasifikaciji za leto 2005 v % BDP na ravni držav EU-15; po področjih pa namenjamo večji delež sredstev za izobraževanje, zdravstvo in gospodarske dejavnosti ter nekoliko nižji za socialno zaščito, zaščito okolja ter stanovanjski in prostorski razvoj (UMAR, Poročilo o razvoju 2007, Indikatorji).

---

<sup>4</sup> Vir: Izdatki sektorja država po namenih, 2000-2005 (SURS Prva statistična objava, 28.12.2006), 2006

**Slika 3.4: Delež javnofinančnih izdatkov po funkcionalni klasifikaciji za leto 2004, % BDP**



Vir: Javnofinančni izdatki po funkcionalni klasifikaciji (Eurostat), 2006; Javnofinančni izdatki po funkcionalni klasifikaciji za Slovenijo (SURS), 2006.

Opombe: <sup>1</sup> Podatki za EU-15 so za leto 2003. Med države, ki so v zadnjih petih letih dosegale najvišje stopnje gospodarske rasti, sodijo Estonija (8,3 %), Latvija (7,4 %), Litva (7,0 %), Irska (5,9 %) in Madžarska (5,1 %).

Privatizacija in uvajanje ekonomsko-tržnih kriterijev sta v Sloveniji sestavni del sprememb na področju gospodarstva, katerih namen je povečanje rasti ustvarjenega proizvoda. Slovenijo lahko štejemo med države, ki imajo težave s proračunsko porabo, oziroma s proračunskim primanjkljajem ter deležem javnega sektorja v BDP. Zadnja leta je pomanjkanje proračunskih virov, oz. prihodkov tudi posledica znižanja nekaterih prihodkov, povezanih s približevanjem EU. Na drugi strani pa razmere, povezane z lastninskim preoblikovanjem gospodarstva, prestrukturiranjem gospodarstva, denacionalizacijo, uvajanjem tržnih meril na praktično vsa področja družbe in prilagajanjem EU ustvarjajo nove obveznosti (Stanka Setnikar-Cankar, Centralizacija in decentralizacija javnega sektorja, str. 126, 2005).

Zaradi prepletenosti in povezanosti ter soodvisnosti med gospodarstvom in negospodarstvom, je skoraj nemogoče, da bi ob sistemskih spremembah, ki se dogajajo v enem segmentu družbe, ostajal javni sektor nespremenjen. Zato so se skoraj istočasno pojavile zahteve po privatizaciji in uvajanju elementov trga tudi v javnem sektorju. Vloga države je, da v pogojih postopnih sprememb zagotavlja učinkovito izvajanje javnih služb in s tem uresničevanje javnega interesa. Le-to lahko zagotavlja neposredno preko izvajalcev, zaposlenih v javnih zavodih, oziroma javni administraciji, lahko pa v določenih primerih prepusti upravljanje javne službe javni, oziroma zasebni osebi ali podjetju, ob tem pa mora obdržati nadzor nad izvajanjem.

Argument za določeno stopnjo privatizacije javnih služb je predvsem povečanje ekonomske učinkovitosti, ki ga omogočajo menedžerske in podjetniške metode. Ekonomska teorija je zelo jasna: zaradi lastništva in spodbud državna lastnina ne more biti tako učinkovita kot zasebna; negativna učinkovitost državnega sektorja se pokriva s prerazdeljevanjem dohodkov in tiskanjem prekomerne količine denarja, kar vodi v inflacijo, nezaposlenost in ekonomsko nazadovanje. Stroka praviloma ne nasprotuje uvajanju različnih oblik privatizacije v javnem sektorju. Odločitev države o odpiranju posameznih sektorjev države zasebnemu kapitalu je suverena odločitev države, pri čemer pa je potrebno upoštevati številne vidike in značilnosti družbenega okolja. Privatizacija ne more rešiti vseh težav, saj prinaša vrsto novih socialnih, političnih in tudi ekonomskih težav.

Dosedanja praksa je pokazala, da se Slovenija sooča z velikim pomanjkanjem domačega kapitala, slabo razvitim trgom kapitala in majhnim zanimanjem tujega kapitala za skupne naložbe. Zato se to pozna pri investicijah zasebnega sektorja na področju gospodarstva. Večina investicij se investira še vedno proračunsko.

V vladni politiki v Sloveniji je po mnenju prof. Miroslava Glasa v več pomembnih sektorjih, ki so veliki proračunski porabniki, težava s koncepti njihove transformacije. Ni opredeljeno, na primer, kako vzpostaviti učinkovito in racionalno kombinacijo javnega in zasebnega v zdravstvu, podobno pa je stanje tudi v drugih delih javnega sektorja. Po njegovem mnenju je vse odvisno od tega, kako bodo vodilni ljudje v teh sektorjih sposobni na svojih področjih upravljati procese sprememb in ali bodo lahko oblikovali razvojne koncepte, s katerimi bodo njihove menedžerske sposobnosti prišle do izraza. Našteta dejstva in pogledi nedvoumno potrjujejo, da mora imeti država izdelane strategije razvoja na posameznih področjih družbenega razvoja, ki so potrebne tudi za vzpostavljanje javno zasebnih partnerstev (Glas Miroslav, Sobotno delo, 15.9.2007).

Javno zasebno partnerstvo postaja vse pogosteje uporabljena oblika sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem spričo poglobljanja procesov globalizacije in globalne povezanosti med ekonomskimi subjekti, kot širjenje mrežnih povezav, tokov, transakcij in odnosov, ki prehajajo meje držav in družb v sodobnem mednarodnem gospodarskem sistemu. Globalizacija kot proces širjenja, poglobljanja in pospeševanja procesov svetovnega povezovanja, vključuje hkratno tekmovanje in sodelovanje ter pomeni soodvisnost in zato soodgovornost. Pritiski, s katerimi se soočajo organizacije tako zasebnega kot javnega sektorja, so globalni, globalne pa so tudi možnosti in priložnosti za njihovo delovanje in vplivanje. V pogojih globalizacije

ima obseg javne porabe pomembno vlogo tudi pri oblikovanju konkurenčnosti in izboljševanju uspešnosti nacionalnega gospodarstva. Velik javni sektor namreč ni združljiv z dinamičnim tržnim gospodarstvom. V pogojih globalizacije je partnerska vloga države izjemno pomembna, prav tako medsebojen vpliv javnega in zasebnega sektorja. Pri tem je potrebno sprejeti dejstvo, da glede na stopnjo demokratizacije zasebni sektor pričakuje ustrezno mero sodelovanja pri urejanju skupnih zadev in zagotavljanje čimbolj racionalnega načina izvajanja javnih storitev ter ustrezne ravni kvalitete le-teh. Kljub v osnovi drugačnih interesov javnega in zasebnega sektorja je sodelovanje pogojeno s pobudami zasebnega sektorja, ki ob uporabi različnih ekonomskih instrumentov lahko predstavlja učinkovite načine reševanja problemov infrastrukture v javnem sektorju.

Globalizacija bistveno vpliva na delovanje tako zasebnega kot tudi javnega sektorja ter spreminja odnose med njima. Administrativna učinkovitost upravljalnega procesa, ki usmerja države v racionalizacijo javne uprave in delegiranje nekaterih administrativnih nalog na druge bolj učinkovite institucije, zahteva sodobni menedžment, ki bo zagotavljal nadaljnji razvoj upravnega sistema in vzpostavljanje javnega sektorja, ki bo skupaj z zasebnim sektorjem tvoril sinergijsko celoto, za doseganje večjih in konsistentnejših učinkov (povzeto po: *Ekonomika javnega sektorja in proračunsko financiranje*, Stanka Setnikar-Cankar in ostali, 2005, str. 42-44).

Ob trendih razvoja upravljanja v nepridobitnih organizacijah Rus navaja napoved nadaljnjega zблиževanja javne in zasebne sfere, vendar ne v smislu popolne privatizacije organizacij v javnem sektorju, ker mora biti zagotovljen javni interes z javno kontrolo in odgovornostjo. V smislu združevanja obeh sektorjev se v zadnjih letih razvija t.i. javno-privatno partnerstvo, ki ožje gledano pomeni formalne oblike povezovanja med sektorjema, npr. skupna vlaganja, širše pa gre za sodelovanje zaradi doseganja skupnih ciljev, pri čemer identiteta in odgovornosti posameznega sektorja ostajajo v matičnem okviru. Vzroki za tovrstna povezovanja so finančno-ekonomski (omejena sposobnost javnega sektorja za investicije) in upravno-strateški (javni sektor se z usmeritvijo v poslovne metode in uporabo podjetniškega konw-howa nadeja večje učinkovitosti, privatni pa v sodelovanju z javnim vidi konkurenčno prednost (Kovač Polonca v *Ekonomski vidiki javnega sektorja*, FDV, 2007, *Podjetniški koncepti kot gibalno modernizacije slovenske javne uprave*, str. 126).

Sodelovanje med akterji v javnem in zasebnem sektorju naj bi potekalo postopno, zagovarjata More in Boddy (1999), pri čemer lahko postopen prehod iz ohlapnih neformalnih omrežij v povsem formalno konstituirane organe poteka skozi naslednje faze sodelovanja:

1. z vzpostavljanjem neformalnih vezi, ki nastajajo z občasnimi tržnimi menjavami
2. višjo stopnjo sodelovanja, ki je dosežena z dogovorjenim oskrbovalnim omrežjem
3. s prehodom v licenčna pogodbeno razmerja
4. preko skupnih projektov med akterji
5. z oblikovanjem strateških zavezništev
6. dokler se končno ne izoblikuje formalno konstituirana hierarhična piramida (More in Boddy v Rus V., Podjetizacija in socializacija države, 1999, str. 40).

Sodelovanje javnega in zasebnega sektorja se često posploši s privatizacijo, kar je pretirano poenostavljeno pojmovanje javno zasebnega partnerstva. Trendi razvoja novega upravljanja javnega sektorja postavljajo v ospredje zbliževanje javne in zasebne sfere, a ne v smislu popolne privatizacije družbenih dejavnosti, saj bo v vsakem primeru potrebno zagotoviti javni interes z mehanizmi javne kontrole in odgovornosti. Zbliževanje javnega in privatnega sektorja je nujna posledica njune medsebojne soodvisnosti. Tako opazimo v managementu nepridobitnih organizacij prehajanje od birokratskega administriranja v poslovno vodenje, deregulacijo, oz. nedržavno regulacijo in pojav liberalnega tržnega reguliranja namesto neliberalnega planskega (Rus, Veljko v Ekonomski vidika javnega sektorja, Bogomir Ferfila in drugi..., 2007, str 126 in 137).

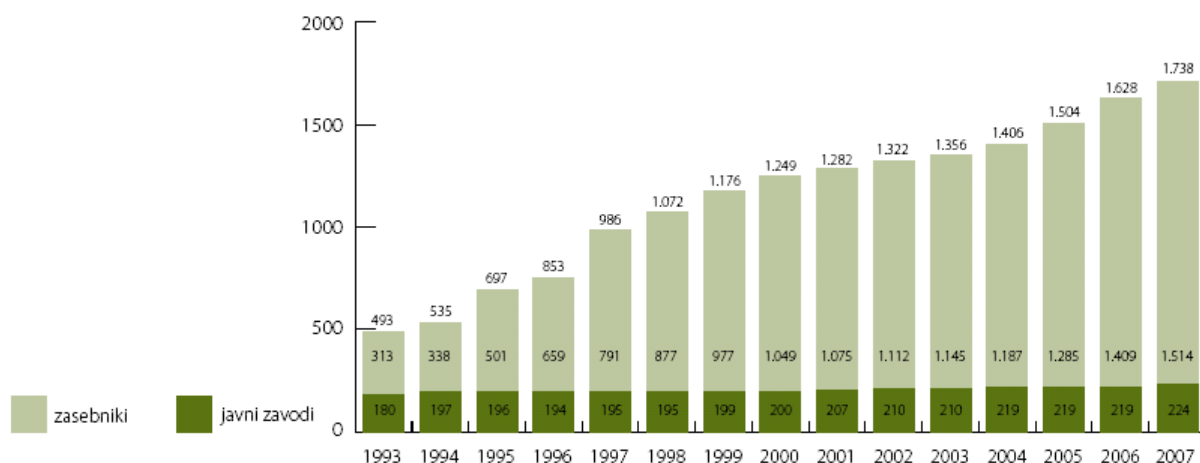


## 4 Pomen javno zasebnega partnerstva na področju zdravstvenega varstva

### 4.1 Mešani javno-zasebni sistem zdravstva v Sloveniji

V Sloveniji je sodelovanje javnega z zasebnim sektorjem v začetni fazi razvoja. Do leta 1992 so izvajali zdravstveno dejavnost javni zdravstveni zavodi. V obdobju od spremembe zdravstvene zakonodaje 1992 smo s podeljevanjem koncesij omogočili zasebno izvajanje zdravstvenih storitev v javni zdravstveni službi. Obseg zasebnega načina izvajanja zdravstvenih storitev s podeljevanjem koncesij se je v tem obdobju povečeval z naraščajočim trendom, kar nazorno prikazujejo podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Sloveniji (v nadaljevanju ZZZS) na Sliki 4.1. V letu 2007 je ZZZS sklenil pogodbe skupno s 1.738 izvajalci, od tega z 224 javnimi zavodi in s 1.514 zasebnimi izvajalci s koncesijo. Poleg zasebnikov v javni zdravstveni mreži, ki imajo pogodbo z ZZZS, opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost tudi "čisti zasebniki", ki niso vključeni v javno zdravstveno mrežo. Vse njihove storitve, razen za nujno zdravniško pomoč, morajo bolniki plačati sami.

**Slika 4.1: Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki v Sloveniji med leti 1993-2007**

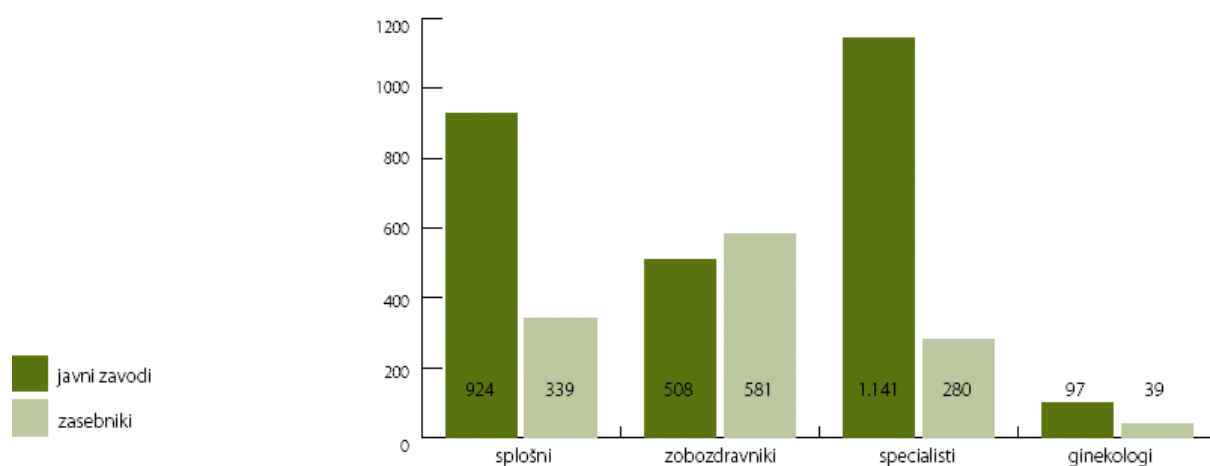


Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, ZZZS, Ljubljana, marec 2008

V celotnem obdobju od spremembe zdravstvene zakonodaje se je število zasebnih izvajalcev povečevalo najhitreje med leti 1994 in 2000 ter ponovno po letu 2004. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organiziranih v samostojne prakse, ki so del sistema javnega zdravstvenega varstva (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, ZZZS, Ljubljana, april 2008).

Število zdravnikov (kalkuliranih iz ur) v javnih zavodih v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov v letu 2007 kaže Slika 4.2.

**Slika 4.2: Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov v letu 2007**



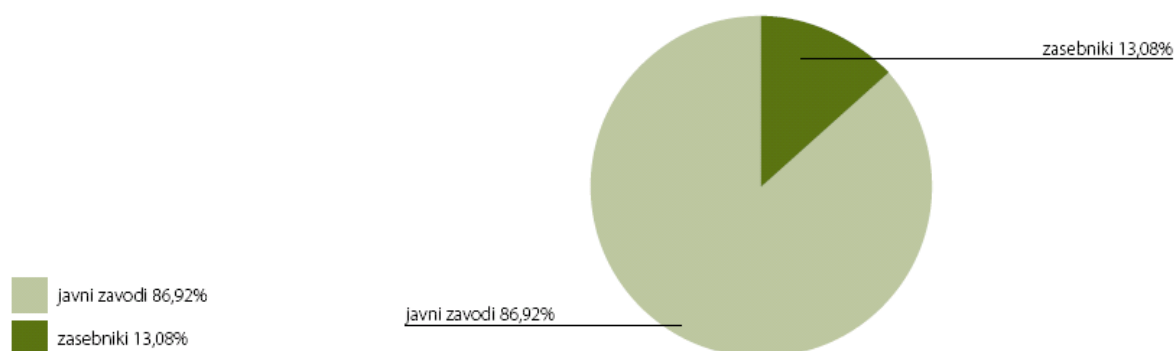
Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, ZZZS, Ljubljana, marec 2008

Poleg števila zasebnih izvajalcev je pomemben obseg storitev, za katerega sklepajo koncesionarji pogodbe z ZZZS; le-ta v delu, ki ga vsako leto opravijo zdravniki s koncesijo in zdravstveni zavodi na račun zdravstvenega zavarovanja, ne sme presegati finančnih okvirov, ki jih za posamezno leto določa dogovor<sup>5</sup> med partnerji in omogoča prispevna stopnja za zdravstvo. To pomeni, da zdravstveni zavodi z odhodom zdravnikov in drugih zaposlenih med zasebnike izgubijo ustrezen obseg dogovorjenega programa dela, ker se izvaja v drugi organizacijski obliki. Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za vse zdravstvene storitve v

<sup>5</sup> Partnerji dogovovarjanja so po ZZVZZ predstavniki izvajalcev (zbornice, združenja), Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ki se pogajajo in dogovorijo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programa na državni ravni. Rezultat partnerskih pogajanj je pisni Dogovor, ki predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki.

letu 2007 po podatkih ZZS izkazuje 13,8 % programa, javni zavodi pa so izvedli 86,92 % vrednosti programa. (Slika 4.3.)

**Slika 4.3: Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2007**



Vir: Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, ZZS, Ljubljana

Izkušnje z mešanim javno zasebnim zdravstvom v Sloveniji nam kažejo, da veljavna področna zakonodaja ni dorekla postopkov in pogojev podeljevanja koncesij, kot tudi izvajanja dejavnosti s podeljevanjem koncesij ustrezno, dovolj pregledno in na način, da bi bilo izvajanje javne službe nadzorovano, nemoteno in usklajeno z delovanjem obstoječe javne mreže v korist zavarovancev. Koncesija predstavlja eno od pravnih osnov JZP, zato bi bil smiseln sprejem Zakona o koncesijah. Osnutek zakona o koncesijah je bil pripravljen že v letu 2001, v letu 2007 je bil posredovan predlog zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistik v javno obravnavo, vendar ni bil sprejet. Predlagatelj zakona je opredelil cilje zakona z bolj učinkovitim izvajanjem javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti s spodbujanjem koncesij in drugih oblik javno-zasebnega partnerstva. Hkrati je cilj zagotovitev preglednega in konkurenčnega podeljevanja koncesij za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti ter svobodno in samostojno delo zdravnikov specialistov v okviru javne službe v zdravstveni dejavnosti. Predlagatelj poudarja, da nobena od oblik uvajanja zasebnosti v zdravstveni dejavnosti ne predstavlja oblike privatizacije zdravstva, saj ta zakon ne ureja prodaje nepremičnin, namenjenih zdravstveni dejavnosti ali privatizacije javnih zavodov na področju zdravstva (Predlog zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistik, Ministrstvo za zdravje, december 2006).

Tovrstna obravnava koncesijskega načina izvajanja zdravstvenih storitev očitno izhaja iz razumevanja privatizacije v smislu prenosa lastništva na zasebnika, oziroma na spremembo organizacijske oblike in statusa izvajalca. Ministrstvo za zdravje podeljuje koncesije za nedoločen čas kljub dejstvu, da tako zakonodaja na področju javno zasebnega sodelovanja v Sloveniji, kot tudi zakonodaja držav z uveljavljenimi modeli javno zasebnega sodelovanja določa sklepanje pogodbe med javnim in zasebnim partnerjem za določen čas.

Med zakoni, ki so poskušali urejati področje zasebnih investicij v javno infrastrukturo, je bil tudi Zakon o izvrševanju proračuna RS za leti 2003 in 2004 (Uradni list RS, št. 118/02, 63/03, v nadaljevanju ZIPRS0304). Ureditev v tem zakonu je predstavljala temelj tudi za državna proračuna za leti 2004 in 2005, kar pa ne moremo reči za dvoletni proračun 2006 in 2007, ki tega področja ni urejal. ZIPRS0304 je urejal zasebna vlaganja v javno infrastrukturo v svojem 21 b. členu, pomemben pa je bil tudi 29 b. člen, ki je urejal zasebna vlaganja v javno infrastrukturo na ravni občine in za katerega so smiselno veljale določbe 21 b. člena ZIPRS0304. Vsebina 21 b. člena je v obdobju 2003-2005 spodbujala vlaganja zasebnega kapitala v projekte javne infrastrukture ter tako omogočala nadomestitev proračunskih izdatkov za investicije z zasebnim kapitalom (Mužina, 2004, str. 374).

Z vidika pravne ureditve je prisotno vprašanje, ali je v zakonu o zdravstveni dejavnosti opredeljen način podeljevanja koncesij brez javnih razpisov skladen s pravno ureditvijo tega področja v ES. Ključnega pomena v zvezi z izvajanjem zdravstvene dejavnosti s podeljevanjem koncesij pa je ugotavljanje javnega interesa; občina na primarni ravni in ministrstvo na sekundarni ravni bi morali glede na temeljna izhodišča za sklepanje JZP predhodno ugotoviti, ali tovrsten način izvajanja dejavnosti zagotavlja zdravstvene storitve uporabnikov na kvalitetnejši, cenejši in za delovanje zdravstvene službe v celoti na določeni ravni ustrežnejši način. Pri tem je vloga države, da opredeli merila za mrežo javne zdravstvene službe in strategijo razvoja področja, kar je tudi predpogoj za sistem podeljevanja koncesij in druge oblike sodelovanja med državo in zasebnim sektorjem.

V Sloveniji smo v dosedanjem obdobju obravnavali sodelovanje med javnim in zasebnim sektorjem zdravstva pretežno kot koncesijo, kjer gre za prenos pooblastila za opravljanje dejavnosti s strani države na pooblaščen organ, oziroma osebo civilnega prava (pravno ali fizično), medtem ko so bila sovlaganja zasebnega kapitala redka, kar je mogoče pripisati dejstvu, da so bila javnemu sektorju javna naročila

prikladnejša, saj za izvajanje projektov z vstopanjem v javno zasebna partnerstva ni bilo vzpostavljenih pravnih in institucionalnih pogojev in vzpodbud, pomanjkanje proračunskih sredstev pa še ni privedlo do uvajanja alternativnih modelov financiranja. Dosedanji procesi na področju zdravstvene dejavnosti vključujejo podržavljenje, ki je definiralo lastništvo, s tem pa tudi upravljalno funkcijo, kar pa ne zagotavlja učinkovitosti gospodarjenja v javnih zavodih; popolna državna regulacija, vključujoč konstitutivno in upravljalno funkcijo, onemogoča poslovno avtonomijo managementa, hromi strokovno avtonomijo in ne vsebuje vzpodbud za vodstva zdravstvenih zavodov za čimbolj racionalno poslovanje. Gorjupova kritično ugotavlja, da bi morala država kot mediator in usklajevalec ustvarjati možnosti za avtonomijo stroke in njeno inovativnost, ki bi bila izpostavljena tržnemu preverjanju, zagotavljati državljanom enak dostop do storitev, spodbujati vlogo uporabnika storitev kot razsodnika med poslovno in strokovno funkcijo, namesto da z avtoritativno regulacijo povzroča, da smo po podržavljenju ukinili samostojnost izvajalcev in managementa (Gorjup Viktorija, *Oblike privatizacije v zdravstvu*, 6. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Brežice 1999).

Negativne učinke dosedanjih procesov komercializacije in privatizacije v zdravstvu v RS v obdobju po zdravstveni reformi leta 1992 ocenjuje Bizjak-Mlakarjeva z vidika vpliva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema. Utemeljuje jih z večanjem obsega dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, prenosa finančnih bremen iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zasebna sredstva prebivalcev, uvajanjem zdravnikov-zasebnikov v zdravstvo ter pomanjkanjem regulacije in nadzora v zdravstvu, kar ocenjuje kot negativne vplive na kazalce uspešnosti zdravstvenega varstva v Sloveniji (Bizjak Mlakar Julijana, *Vpliv komercializacije zdravstva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema*, 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, 2006). Učinki privatizacije in komercializacije se kažejo v prenosu bremena njenega financiranja na prebivalce, tako da se jim zmanjšujejo pravice do zdravstvenih storitev iz javnih sredstev, podaljšujejo čakalne vrste in s tem poslabšujejo izidi zdravljenja. Bizjak-Mlakarjeva ocenjuje reformne procese v zdravstvu po letu 1992 kot odmik od osnovnih strategij zdravstvenih politik držav EU, ki temeljijo na evropskih vrednotah v zdravstvu, ki so poleg dostopa do kakovostnega zdravstva, univerzalnost, enakost in solidarnost (Bizjak Mlakar Julijana, *Zdravstvena politika se odmika od evropskih vrednot*, Delo, 28.4.2008).

Pritrditi je mogoče, da podeljevanje koncesij in izvajanje zasebnega dela ob ne dovolj jasnih pravilih, pomanjkljivem nadzoru in ne dovolj preglednih kazalcih učinkovitosti ter kakovosti dela zasebnikov ne prispeva k doseganju boljših zdravstvenih rezultatov, kar pa ne sme odvracati od oblikovanja javno-

zasebnega sistema zdravstvenega varstva, kot ga ima večina evropskih držav; resen problem je odsotnost strategije razvoja področja zdravstva, v okviru katere morajo biti razvidna poleg strategije sodelovanja javnega sektorja z zasebnim regulacija in nadzor pri uvajanju privatizacije v okviru določitve temeljnih strateških ciljev za doseganje pravičnejše dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti sistema. Kot navaja Fortuna v zvezi s postopno, nadzorovano in premišljeno privatizacijo v zdravstvu, so med temeljnimi problemi odsotnost načrta mreže zdravstvenih zavodov, nesprejemljivo dolge čakalne dobe, neizdelane glavne prioritete razvoja zdravstva in kliničnih poti za najpogostejša obolenja ter ponovna presoja obsega in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Fortuna Marjan, Postopna, nadzorovana in premišljena privatizacija, Delo, november 2007).

Na posledice s strani zdravstvene politike nepripravljenega pristopa k uvajanju zasebnosti in brez opredeljene vizije opozarjajo številni avtorji, tako tudi Židanik v opisu posledic podeljevanja koncesij z vidika javnega zavoda, ko navaja stihijski pristop kot ključno pomanjkljivost pri uvajanju zasebnosti. Namesto da bi zdravstvena politika razpisala program, oz. koncesije na območjih, kjer je obstojal kadrovski deficit v okviru zdravstvene mreže in kjer je dostopnost do zdravstvenih storitev slabša, je potekalo podeljevanje koncesij, zlasti v začetnem obdobju po spremembi zdravstvene zakonodaje, stihijsko. Javni zavodi so bili tako izločeni iz »konkurenčne« ponudbe, saj je ZZS objavil razpis programov le za nove izvajalce. Posledice tovrstnega podeljevanja koncesij se kažejo v neenakomerni obremenjenosti zdravnikov, slabšanju dostopnosti do zdravstvenih storitev na deficitarnih območjih, zmanjševanju programa javnim zdravstvenim zavodom in s tem slabšanje pogojev poslovanja, težav pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, ugodnejši položaj zasebnikov-koncesionarjev v obstoječem sistemu financiranja, ki jim omogoča prelaganje nekaterih dražjih storitev, oz. stroškov na javno zdravstveno službo. V mešanem, zasebno-javnem zdravstvenem sistemu se izkazuje na eni strani kot glavna pomanjkljivost partnerski odnos med zasebniki koncesionarji in javnimi zavodi, po drugi strani pa nujnost izenačitve pogojev poslovanja med javnimi in zasebnimi izvajalci. Za slednje bi morali uvesti razpise za koncesije in izbiro najboljšega ponudnika, določitev kadrovske sestave teama glede na dogovorjene standarde, izenačitev javnih in zasebnih izvajalcev glede možnosti izvajanja samoplačniških storitev, spremembe v obstoječem pravnem okviru glede fleksibilnih oblik nagrajevanja in določanjem obsega delovnega časa v javnih zavodih in sistematičen nadzor (Židanik Anton, Podeljevanje koncesij z vidika javnega zavoda, kot zgoraj).

Podobno ugotavlja tudi Česen, ko poudarja, da bi morali tako pomembni spremembi v zdravstveni zakonodaji, s katero država posega na področje zdravstvenih storitev in načina zadovoljevanja zdravstvenih pravic državljanov, slediti zelo jasna pravna ureditev prehoda iz javne zdravstvene dejavnosti v mešano javno-zasebno zdravstveno dejavnost. Država bi morala odgovoriti na vprašanja zakaj, kako in kje bo nadomestila javno izvajanje zdravstvene dejavnosti z zasebnim. V odsotnosti ureditve teh vprašanj se koncesije še vedno lahko podeljujejo brez natančnih meril in obvezujočih pogojev za koncesionarje in koncendente. Pri podeljevanju koncesij je ključnega pomena zavarovanje zdravstvenih koristi bolnikov-zavarovanih oseb, ki jim jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje in na drugi strani javno finančna vzdržnost plačnikov javnih zdravstvenih storitev (Česen Marjan, Klic v sili dela voljnih zdravnikov, Delo, 30.nov. 2007).

Tako kot v drugih okoljih je tudi v Sloveniji glavni motiv javnega sektorja za projekte javno zasebnega partnerstva zagotovitev sredstev za vlaganja in zagotavljanje kakovostnejših storitev uporabnikom v okviru omejenih javnih sredstev. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, ki je bila posredovana v javno razpravo v januarju 2008 napoveduje, da bomo »sobivanje javnega in zasebnega« zagotavljali z novimi organizacijskimi oblikami, kar ne bo zmanjšalo pomena zdravstvenega doma. Resolucija napoveduje, da je potrebno na novo opredeliti vlogo zdravstvenega doma (ZD), ki mora ostati temelj in organizacijska hrbtenica primarnega zdravstvenega varstva in promocije zdravja v lokalnem okolju. Glede na pozitivne izkušnje z vlogo in poslanstvom ZD ter upoštevanje organiziranosti na primarni ravni, je potrebno poiskati ustrezno rešitev. Današnji pogoji prinašajo novost zaradi omogočanja zasebnega dela. Zdravstveni domovi bodo odigrali **vlogo koordinatorja primarne zdravstvene službe** na območju, za katerega so ustanovljeni. Občine, kot lastnice in ustanoviteljice ZD, naj zagotovijo, da bodo koncesionarji imeli možnost delovanja v prostorih ZD pod enakimi pogoji kot javni zdravstveni zavod ZD, z zagotovitvijo npr.neprofitnih najemnin in enakovredno soudeležbo pri drugih stroških, povezanih z najemom prostorov (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev, NPZV 2008-2013, str. 43).

Predlagane usmeritve so lahko pomemben začetek sistematičnega urejanja mešano javno zasebnega zdravstva v Sloveniji, ki bi jim morala slediti konkretizacija z navedbo razvojnih ciljev, zdravstvene mreže, pogojev izvajanja dejavnosti za zasebnike, zavarovanje interesov bolnikov glede dostopnosti in kakovosti

zdravstvenih storitev ter uvedba učinkovitega javnega nadzora<sup>6</sup>. Glede na pereč problem pomanjkanja zdravnikov in slabo pokritost z zdravniki zlasti na nekaterih območjih v Sloveniji je v povezavi z objavo razpisa programov za koncesije upravičeno pričakovati, da bi država pri napovedi usmeritev na področju podeljevanja koncesij predvidela razpis koncesij za območja, kjer je pokritost z mrežo slabša, s tem pa tudi dostopnost uporabnikov do zdravstvenih storitev, vendar v dokumentu ni jasno razvidnih tovrstnih kriterijev.

## **4.2 Javno zasebno partnerstvo v pogojih normativne ureditve zdravstvenih zavodov**

### **4.2.1 Analiza zakonodaje za področje negospodarskih javnih služb, koncesij in javno zasebnega partnerstva**

S procesi reform v Sloveniji v obdobju po letu 1990 je bila izvedena razmejitev med javnim in zasebnim, kar se je v gospodarstvu odrazilo z lastninskim in pravno organizacijskim preoblikovanjem.

V javnem sektorju opravljajo javne službe in dejavnosti v javnem interesu javni zavodi, javni gospodarski zavodi, javna podjetja, javni skladi in agencije (Zakon o javnih financah, 67.a člen). V zdravstvu kot pomembnem delu javnega sektorja v Sloveniji zagotavljajo zdravstvene storitve v pretežni meri javni zdravstveni zavodi. Pravni okvir delovanja zdravstvenih zavodov določajo zlasti Zakon o zavodih, Zakon o javnih financah, Zakon o računovodstvu, Zakon o stvarnem premoženju države, pokrajin in občin, Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavoarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti ter drugi sistemski zakoni in podzakonski predpisi. Statusna, premoženjska, finančna ter upravljalna vprašanja delovanja zdravstvenih zavodov so ključnega pomena za odločanje o izvedbi projektov v javno zasebnem partnerstvu, zato bodo podrobneje prikazane obstoječe zakonske rešitve z vidika ureditve teh vprašanj v posameznih zakonskih aktih.

#### **4.2.1.1. Zakon o zavodih**

Zakon o zavodih (ZZ) določa, da so zavodi organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti, kot tudi vseh drugih »družbenih dejavnosti« ter da se za opravljanje javnih služb ustanovijo javni zavodi.

---

<sup>6</sup> Država mora zagotoviti, da bodo pri podeljevanju koncesij zavarovane zdravstvene koristi bolnikov, zato mora vzpostaviti vzvode, da bo zasebnik dajal ustrezno prednost učinkovitemu in uspešnemu zdravljenju bolnikov in ne v prvi vrsti profitu



Ustanovitelji javnih zavodov so Republika Slovenija, oziroma občine, mesto in druge, z zakonom pooblašene osebe. Zakon pa dopušča tudi možnost zasebne soudeležbe, ko določa, da so soustanovitelji javnega zavoda lahko tudi druge pravne in fizične osebe. V ZZ je dopuščeno, da lahko zavod opravlja poleg osnovne dejavnosti tudi drugo gospodarsko dejavnost, če je le-ta namenjena dejavnosti, za katero je zavod ustanovljen. Določila 23. člena ZZ pa dopuščajo, da je zasebni sektor soudeležen pri izvajanju javnih služb, ko določa, da lahko javno službo opravlja tudi drug zavod na podlagi koncesije. Tak zavod ima glede opravljanja javne službe pravice, dolžnosti in odgovornosti javnega zavoda (zavod s pravico javnosti). 28. člen govori: »Koncesija za opravljanje javne službe po določbah 25., 26. in 27. člena tega zakona (te določbe razjasnjujejo naravo in vsebino razmerij med koncesionarjem in koncedentom, op. p.) se lahko da tudi podjetju, društvu, drugi organizaciji ali posamezniku, ki izpolnjuje za opravljanje javne službe predpisane pogoje.« Ta člen je še posebej pomemben, saj dovoljuje opravljanje javne službe tudi osebam zasebnega prava, kar je za izpolnjevanje interesov zasebnega kapitala ključnega pomena. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), je drugi izmed zakonov, ki urejajo delovanje zdravstvenih zavodov, v 3. členu pravi: Zdravstveno dejavnost lahko opravljajo na podlagi dovoljenja ministrstva, pristojnega za zdravje, domače in tuje pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo s tem zakonom določene pogoje. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji lahko opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije (3.člen). Vključevanje zasebnikov v javno mrežo zagotavljanja zdravstvenih storitev dopušča ZZDej pod določenimi pogoji za opravljanje zasebne dejavnosti, pri čemer so v zakonu tudi določeni pogoji, ki morajo biti opredeljeni v pogodbi o koncesiji (35. do 38.člen).

Premoženje javnih zavodov, ki je bilo do leta 1991 družbena lastnina v upravljanju organizacij združenega dela družbenih dejavnosti, je bilo podržavljeno. S premoženjem, ki postane lastnina ustanovitelja (države, občine), upravlja zavod in ga uporablja za opravljanje dejavnosti, za katero je ustanovljen (65. člen ZZDej). Zakonsko določilo, da do ureditve vprašanj, glede razpolaganja s premoženjem, ki je kot javna lastnina namenjeno za opravljanje javnih služb s posebnimi zakoni, ni dovoljena odtujitev ali sprememba namembnosti nepremičnin, je nakazovala, da bodo posebni zakoni določili pogoje za opredelitev javnih služb in ustrezno uredili vprašanja razpolaganja s premoženjem, kar pa ni bilo uresničeno. Razpolagalne pravice so bile vse do leta 1999 razvidne iz Zakona o vladi, po sprejemu Zakona o javnih financah in Zakona o računovodstvu pa so sprejete podlage za ureditev razpolaganja in upravljanja s premoženjem, sprejeti pa so tudi podzakonski predpisi za premoženjska vprašanja.

S tem, ko je premoženje javnih zavodov prešlo v lastnino države in občin, je tudi ustanoviteljska in lastniška funkcija istovetna. Pri tem je pomembno, da je s to zakonsko ureditvijo javna lastnina izenačena z državno, oziroma občinsko lastnino. Prenos celotnega premoženja javnih zavodov na državo, oziroma občine je za javne zavode pomenilo, da so le-ti samostojne pravne osebe, ki pa nimajo premoženja (povzeto: Bohinc Rado, Predlog za razmejitev državnih zavodov od samostojnih zavodov, Strok. srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, 2007). Področna zakonodaja za posamezne vrste javnih služb, kot tudi ustanovitveni akti niso posebej uredili lastninskih odnosov. Ker lahko opravljajo javni zavodi poleg izvajanja javne službe tudi drugo dejavnost, se postavlja vprašanje ureditve lastninskih razmerij med ustanoviteljem in javnim zavodom. Sistem javnega financiranja v obstoječem zakonodajnem okviru ne vzpodbuja javnih zavodov k učinkovitemu in racionalnemu izvajanju javnih služb, ker prepušča vse pomembne odločitve o razpolaganju s presežki prihodkov nad odhodki pri poslovanju, kot tudi odločanje o vlaganjih, dodatni delovni uspešnosti ustanovitelju. Razmejitev izvajanja javne službe in tržne dejavnosti je v pogledu poslovanja formalno razmejena, saj zavodi v primeru izvajanja tržne dejavnosti vodijo ločene izkaze finančnega poslovanja, vendar ob nepopolnih ključih za razmejevanje stroškov in odsotnosti kazalcev uspešnosti poslovanja ter slabostih v sistemu financiranja, javni zavodi ne razpolagajo s pravimi vzpodbudami za povečanje učinkovitosti poslovanja.

Kamnarjeva ocenjuje, da razpolagalna pravica javnih zavodov s pridobljenimi "nejavnimi" sredstvi, zlasti v delu, ko gre za usmerjanje teh sredstev za nove investicije, ni urejena na način, da bi javne zavode spodbujala k pridobivanju prihodkov na trgu in zagotavljala javnim zavodom samostojnost razpolaganja z ustvarjenim premoženjem iz tovrstnih virov (Kamnar Helena, Javni zavodi med državo in trgov, 1999: str.47-52). Kot posledica tega ni jasnega razločevanja med izvajanjem nadzorne funkcije ustanovitelja in njegovim neposrednim upravljanjem. Hkrati lahko ugotovimo, da prihaja do mešanja funkcije države kot lastnika premoženja v javnem zavodu in kot regulatorja javne službe. Kamnarjeva nakazuje v tej zvezi rešitev v jasno postavljeni meji med javno službo in drugo dejavnostjo ter v povečani državni regulaciji javnih služb in nadzoru države in ne v povečani regulaciji in nadzoru javnega zavoda – država naj zmanjša vlogo lastnika in upravljalca javnega zavoda, za kar pa mora natančno doreči pravila financiranja javne službe in nadomestila javnega zavoda za uporabo državnega premoženja pri opravljanju dejavnosti, ki ne prestavlja javne službe. Prav tako bi morala biti natančneje regulirana finančna funkcija ustanovitelja, s čimer bi se jasneje porazdelila odgovornost med direktorjem zavoda, organom upravljanja in ustanoviteljem (povzeto: Kamnar Helena, kot zgoraj, str. 144-186).

Zakonodajalec je pri ureditvi načela upravljanja s stvarnim premoženjem izhajal iz določil Zakona o Vladi (Ur. l. RS, št. 4/93, 23/96 in 47/97), ki v 7. členu določa, da vlada zastopa RS kot pravno osebno, če s posebnim zakonom ni odločeno drugače in da upravlja z nepremičninami in drugim premoženjem RS, če glede posameznih nepremičnin ni odločeno drugače. To se razume na način, da vlada razpolaga s premoženjem države, ostali dve lastninski upravičenji, premoženjskopravni in »imeti stvar v posesti« ter je uporabljati sta v tem zakonu v razmerju do Zakona o Vladi RS preneseni na neposredne uporabnike.

#### **4.2.1.2. Zakon o zavodih, gradivo za obravnavo v DZ, 2004**

V obdobju po letu 2000 smo dobili prve zakonske osnutke nove ureditve zavodov, ki jih je Vlada RS v letu 2004 potrdila in predložila Državnemu zboru, a jih Državni zbor ni obravnaval. Predlog nove ureditve javnih zavodov je temeljil na naslednjih pomembnejših ugotovljenih razlogih za zakonske spremembe:

- premoženjsko preoblikovanje in opredelitev premoženja zasebnih zavodov
- upravljanje zavodov
- statusna ureditev zavodov
- financiranje in položaj zaposlenih.

Med najpomembnejšimi razlogi za spremembno zakonske ureditve za področje javnih zavodov je bilo vprašanje podržavljenja javnih zavodov. Le-to je bilo mogoče razumeti kot prehodno zakonsko rešitev, a je sčasoma postajalo v odnosu na procese spreminjanja v ostalih sektorjih, zaradi nespremenjenih zakonskih okvirov, breme za razvojne spremembe v javnem sektorju.

Ker je bil v celotnem obdobju po letu 1990 razvoj posameznih področij podrejen sektorsko določenim politikam, so potekali procesi liberalizacije, privatizacije in deregulacije v odvisnosti od področnih politik. Za področje zdravstva je mogoče ugotoviti, da je bil šele v letu 2000 sprejet Nacionalni program zdravstvenega varstva – Zdravje za vse do leta 2004 in v letu 2003 pripravljen osnutek strategije razvoja ZV v RS – Bela knjiga<sup>7</sup>, v obdobju pred tem pa kljub zakonski obvezi priprave plana zdravstvenega varstva za področje zdravstvenega varstva nismo sprejeli temeljnega planskega dokumenta.

---

<sup>7</sup> Osnutek strategije razvoja ZV v RS – Bela knjiga je MZ posredovalo v letu 2003 v javno obravnavo, da bi ob upoštevanju pripomb in stališč zainteresiranih skupin ter posameznikov oblikovali predlog zdravstvene reforme, ki bi ga obravnaval Ekonomsko socialni svet in sprejela Vlada, čemur bi sledile zakonodajne spremembe; dokument ni bil sprejet.

Zaradi pravne ureditve, ko zdravstveni zavod ni lastnik premoženja in le upravlja s premoženjem, ki je last ustanovitelja, je tudi odgovornost posloводства zdravstvenega zavoda »ohromljena«. Ker ima ustanovitelj pri izvajanju lastniške funkcije pravico odločanja o statusnih spremembah, spremembah v zvezi z dejavnostjo, premoženjskimi vprašanji in investicijskimi vlaganji, prav tako pomembno vpliva na oblikovanje statuta, strateške načrte, programe dela, finančne načrte, uporabo presežka prihodkov nad odhodki, so možnosti za krepitev strokovne odgovornosti in ustvarjalnosti v zdravstvenih zavodih omejene. To se izkazuje pri ključnih razvojnih funkcijah zdravstvenega zavoda, kot so investicije, nabave, postopki javnega naročanja in druge razvojne odločitve. Odgovornost za investicije v zdravstvene zavode, kot tudi pristojnost za ključne poslovne odločitve, ima ustanovitelj zdravstvenega zavoda, to je država, oziroma lokalna skupnost. Tovrstna ureditev premoženjskih, statusnih in upravljalških vprašanj ne vodi k procesom deregulacije in liberalizacije upravljanja.

V predlaganem besedilu novega Zakona o zavodih iz leta 2004 (Zakon o zavodih, gradivo za obravnavo v Državnem zboru, 2004) gre za predlog dveh vrst javnih zavodov, državnih in samostojnih javnih zavodov. Zavodi, ki so neposredno proračunsko financirani in ne izvajajo storitev, ki jih plačujejo uporabniki ter zavodi, ki ustvarjajo prihodke s prodajo na trgu. Samostojni javni zavodi bi po predlaganih zakonskih rešitvah prevzeli odgovornost za premoženje, ki bi se preneslo iz države na samostojne zavode ter za upravljanje, investiranje ter razvoj, saj bi ustanovitelj prenesel tako premoženje, kot tudi odgovornost na posloводство samostojnega zavoda. Za razliko od državnih zavodov, v katerih bi imel ustanovitelj podoben položaj kot ga ima v sedanji obliki javnih zavodov, bi v samostojnih javnih zavodih, v javni lasti, upravljanje prevzel nadzorni svet, država pa bi obdržala nadzorstveno funkcijo; država bi prav tako imenovala direktorja s pooblastili, poverila bi mu odgovornost za gospodarjenje s premoženjem, pri čemer zaposleni niso javni uslužbenci.

Predlagane rešitve v zakonu o zavodih iz leta 2004 bi pomenile v primeru sprejetja zakona za poslovoidenje v zdravstvenih zavodih premik k večji samostojnosti pri upravljanju in hkrati večji odgovornosti vodstev zdravstvenih zavodov. Ustvarjena bi bila večja preglednost pri poslovanju različnih tipov zavodov glede na vrsto izvajanja javnih storitev in način pridobivanja prihodkov ter večja avtonomnost odločanja pri novih vlaganjih.

#### **4.2.1.3. Zakon o investicijah v zdravstvu**

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) v 7. členu določa, da RS za javne zdravstvene zavode, ki jih je ustanovila, zagotavlja sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in z aktom o ustanovitvi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, UL RS, 100/2005).

Da bi smotrneje uredili investicije v javne zdravstvene zavode z vidika zbiranja namenskih sredstev in vlaganj v zdravstveno mrežo, je bil v letu 1994 sprejet Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS za obdobje 1994-2008 (ZIJZ), UL RS, št. 19-782/1994, 111-5493/2001). Zakon določa zbiranje sredstev na posebnem računu pri ministrstvu, namenjena pa so vlaganjem v nove zgradbe kot nadomestne objekte, medicinsko in nemedicinsko opremo do doseganja veljavnega standarda, obnovam obstoječih zgradb za izvajanje programa zdravstvenega varstva, preureditvam zaradi spremembe namembnosti prostorov zdravstvenih zavodov, zahtevnejšemu investicijskemu vzdrževanju, odkupu, obnovi ali izgradnji objektov za izvedbo investicij v zdravstvenih zavodih ter izpolnjevanju kreditnih obveznosti, ki jih je na področju investicij v zdravstvu sprejela Vlada RS. Pomembno je določilo, da morajo biti investicijska vlaganja, ki jih zagotavlja ministrstvo, pristojno za zdravstvo, usklajena z mrežo zdravstvene službe, določene v Planu ZV-a RS ter v skladu s predpisanimi standardi prostorov in opreme, letni program vlaganj pa določa Vlada RS. ZZD-ej (94.člen) je celo določil, da »do sprejema plana zdravstvenega varstva deluje mreža zdravstvene službe največ v obstoječem obsegu ter da do sprejema meril za mrežo ni dovoljeno investirati v nove prostorske zmogljivosti«.

Med ključnimi razlogi za zakonsko ureditev vlaganj v zdravstvene zavode je združevanje namenskih sredstev za investicijska vlaganja, glede na dejstvo, da država z letnimi proračuni določa proračunske vire in namene investicij v zdravstveno mrežo, ki pa niso zadostni za investicijske potrebe zdravstvenih zavodov. Zato je zakon predvidel tudi združevanje sredstev amortizacije zdravstvenih zavodov, ki je kalkulativen element financiranja zdravstvenih storitev in namenjena investicijskemu vzdrževanju, obnovi in vlaganjem v opremo in zgradbe. Za združevanje na posebnem računu so kot viri predvidena tudi darila, volila ter prejemki od sredstev, ki jih osebe zasebnega prava namenijo za investicije v opremo in objekte zdravstvenih zavodov.

Veljavnost zakona, prvotno predvidena za obdobje 1994-1999, je bila dvakrat podaljšana, in sicer do leta 2003 ter ponovno do leta 2008. Za dokončanje investicij v javne zdravstvene zavode je zakon določil skupno višino sredstev 320.789 tisoč EUR (76.873.969.000 tolarjev, cene oktober 2001 z letno valorizacijo

s koeficientom cen v gradbeništvu), pri čemer so za celotno obdobje predvideni proračunski viri v višini 226.625 tisoč EUR (54.308.419.000 tolarjev), ki pa se v letnih proračunih določijo v višini, kot ga za posamezno proračunsko leto določi Vlada RS, glede na letni program investicij v zdravstvene zavode.

V zakon je bila vnesena pomembna sprememba, ki kljub določbi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju o odgovornosti države za investicije v zdravstveno mrežo, dopušča soinvestitorstvo ali investitorstvo v objekte in opremo javnih zdravstvenih zavodov fizičnih oseb ali pravnih oseb zasebnega prava. Hkrati zakon predvideva ureditev razmerij med RS, zdravstvenim zavodom in zasebnim investitorjem v pogodbi, katere namen je lahko najem, nakup na obroke, zakup z možnostjo nakupa ali postopni odkup objektov ali opreme (leasing), ki je lahko vezan tudi na podelitev koncesije za opravljanje javne službe.

Zakonska ureditev investicij v javne zdravstvene zavode je smiselna z vidika pozitivnih plati združevanja razpoložljivih namenskih sredstev za investicije, čeprav lahko ugotovimo, da je pretežni del predvidenih sredstev za vlaganja proračunskih, pri čemer odvajajo amortizacijska sredstva v višini 20 % celotne amortizacije stavb le zdravstveni zavodi, katerih ustanovitelj je RS in so zajeti v program investicij po tem zakonu. Poleg finančnih virov za izvajanje investicij v zdravstvenih zavodih je vsebinsko gledano osrednje vprašanje investicijskih vlaganj v zdravstvu določitev mreže javne zdravstvene službe in standarda prostorov in opreme. Medtem ko je določitev mreže predvidena v Planu zdravstvenega varstva RS, je pristojen za določitev standardov opreme in prostorov minister pristojen za zdravstvo, kar naj bi bilo določeno do 31.12.2000.

#### **4.2.1.4. Zakon o ravnanju s stvarnim premoženjem države, pokrajin in občin (ZSPDPO)**

Premoženje javnih zavodov se je z Zakonom o zavodih 1991 preoblikovalo iz družbene v državno lastnino s pravico razpolaganja po pogojih, ki jih je določal zakon. Za zdravstvene zavode je bilo z ZZVZZ v letu 1992 določeno, da postane premoženje, s katerim so upravljali, lastnina RS. Premoženje je bilo prepuščeno javnim zavodom v upravljanje, z namenom izvajanja dejavnosti, za katero so ustanovljeni. Vse do leta 2000 lastninski odnosi in vprašanja razpolaganja s premoženjem v javnih zavodih niso bili ustrezno dorečeni. Šele s sprejemom Zakona o javnih financah in Zakona o računovodstvu so bila urejena vprašanja razpolaganja in upravljanja s premoženjem.

Premoženje javnih zavodov predstavlja stvarno premoženje, v katero šteje premično in nepremično premoženje ter finančno premoženje kot denar, terjatve, dolžniški vrednostni papirji ter kapitalske naložbe (ZJF, ZSPDPO). Država ali občina za opravljanje javnih služb in dejavnosti v javnem interesu prepusti

premoženje v obliki javnih zavodov, javnih gospodarskih zavodov, javnih podjetij, javnih skladov in agencij (67.a člen ZJF) in nastopa kot lastnica ter ustanoviteljica javnih zavodov, saj ima razpolagalne pravice odtujitve, nakupa, ustanavljanja in ukinjanja zavoda, pravico imenovanja organov upravljanja, določanja poslovne politike in razvoja, razpolaganja s presežkom in dohodkom zavoda ter pravico soglasja na temeljne akte zavoda, kot so statut, program dela, finančni načrt, zaključni račun.

Stvarno premoženje v lasti RS in občin je po vrednosti in številu nepremičnin ter premičnin izredno obsežno (ocena vrednosti presega 8 milijard EUR), postopki pridobivanja, upravljanja in razpolaganja pa so bili urejeni v različnih predpisih; bistveni za ravnanje zdravstvenih zavodov pa so ZJF (Ur.l. RS, št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02-ZJU, 110/02-ZDT-B), Zakon o Vladi (Ur. l. RS, št. 24/05-UPB1) ter Uredba o pridobivanju, razpolaganju in upravljanju s stvarnim premoženjem države in občin (Ur. l. RS, št. 12/03 in 77/03). Z ZSPDPO je sistematično povzeta dosedanja zakonska ureditev v različnih predpisih in določene sistemske novosti. Pri tem velja omeniti vzpostavitev ažurne skupne evidence nepremičnega premoženja države, določitev kroga subjektov, za katere velja zakon, ureditev postopkov ravnanja s stvarnim premoženjem in zagotovitev možnosti hitrejšega prilagajanja razmeram na trgu. Zakon jasno razmejuje uporabo zakona kot generalnega predpisa ter uporabo predpisov specialnih področij. Dolžnost obvezne uporabe načel, postopkov ravnanja s stvarnim premoženjem ter evidence državnega premoženja veljajo enako za lokalne skupnosti in za stvarno premoženje javnih gospodarskih zavodov, javnih zavodov, javnih agencij ter javnih skladov. Javna podjetja pa morajo upoštevati le določbe, ki se nanašajo na načela in postopke.

Zakon uvaja interni trg nepremičnin, s čimer je omogočena večja preglednost potreb udeležencev po nepremičnem premoženju in večja gospodarnost upravljanja z nepremičnim premoženjem. Sistem internega trga je bil v veljavi že na podlagi Uredbe pridobivanju, razpolaganju in upravljanju s stvarnim premoženjem države in občin, novost zakona pa je možnost vpogleda v interni trg za lokalne skupnosti in nevladne proračunske uporabnike (javne zavode), ki pa ne morejo imeti statusa udeleženca na internem trgu.

Zakonska ureditev razpolaganja s stvarnim premoženjem v Sloveniji je po primerjavi ureditve v drugih pravnih sistemih in prilagojenosti ureditve pravu EU dokaj centralistična in ne sledi načelom podjetniške prilagodljivosti, podjetniški organizacijski strukturi in podjetniškemu načinu upravljanja v državni upravi, kot so primeri v številnih evropskih državah. Za upravljanje z državnim premoženjem v državah, kot so Italija, Nizozemska in Avstrija, so po zakonodaji pristojne delniške družbe v 100 %-ni državni lasti ali državne agencije v državni lasti; Zvezna republika Nemčija je v ta namen ustanovila zavod za nepremičninske

naloge kot pravno osebo javnega prava z lastno odgovornostjo, v zameno za dotedanjo upravo za državno premoženje, da bi z upoštevanjem podjetniških načel in odsvojitvijo nepotrebnih nepremičnih zagotovili enotno upravljanje z državnim premoženjem. Švedska, z znano tradicijo upravljanja z državnim premoženjem, je prav tako v težnji za uvajanje podjetniških načel upravljanja v državni upravi ustanovila javno podjetje, za področje premoženja šolstva pa je ustanovljeno posebno komercialno državno podjetje, podobno kot za policijo, vojsko, sodišča ter nekatere dele državne uprave. Portugalska je izjema med primerljivimi državami, s pristojnostjo upravljanja z nepremičnim premoženjem direktorata v okviru Ministrstva za finance, pri čemer pa je večina državnih nepremičnin v lasti in upravljanju posameznih ministrstev. Tudi Velika Britanija prepušča odgovornost za upravljanje z nepremičninami državnim organom. V nekaterih od omenjenih držav vsako večje vlaganje ocenjujejo glede na možnost javno zasebnega partnerstva z namenom, da se uporabijo za vlaganja razpoložljiva zasebna sredstva, kot je to primer na Nizozemskem; financiranje iz javnih in zasebnih virov predvsem z nepremičninskimi ali velikimi gradbenimi podjetji je primer tudi v Avstriji in Italiji (Besedilo predloga ZSPDPO, Ministrstvo za javno upravo, 10.10.2006).

Zakonska ureditev upravljanja s stvarnim premoženjem države, pokrajin in občin v Sloveniji vzpostavlja enotno ravnanje z državnim premoženjem pri vseh upravljalcih, oz. uporabnikih v javnem sektorju, upošteva nespremenjeno lastniško strukturo in še ne posodobljeno pravno ureditev javnih zavodov, ne odpira možnosti za uvajanje podjetniških načel pri upravljanju z državnim premoženjem in ne vzpodbuja v zadostni meri uporabnike – ministrstva, javne zavode in druge uporabnike k racionalnemu ravnanju s stvarnim premoženjem in s proračunskimi sredstvi. Zato je mogoče pričakovati, da bo na tem področju po postopnem preoblikovanju javnega sektorja in uvajanju javno zasebnih partnerstev prišlo do spremenjenih zakonskih rešitev z bolj fleksibilnimi in sodobnimi oblikami upravljanja državnega premoženja.

#### **4.2.1.5. Zakon o javno zasebnih partnerstvih (ZJZP)**

V Sloveniji je bilo zakonsko urejanje področja sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v pripravi od leta 1999. Ob odsotnosti koncepta koncesij je prišlo v tem času do oblikovanja velika števila precej različnih pravnih ureditev teh razmerij.

V javnem sektorju v Sloveniji so z uveljavitvijo ZJZP, ki je začel veljati 7. 3. 2007, omogočene nove možnosti za preoblikovanje in za druge statusne spremembe. Pri tem je potrebno upoštevati, da je ZJZP krovni zakon, ki enotno ureja postopke sodelovanja javnega in zasebnega sektorja, področna zakonodaja pa naj bi podrobneje urejala standarde in normative izvajanja (Poročilo o sklenjenih oblikah JZP v RS v letu



2007, MF, maj 2008). Do sprejema zakona tako v zdravstvu kot tudi v drugih delih javnega sektorja niso bile možne pomembnejše statusne spremembe, kljub temu, da za kakovost in obseg izvajanja javne službe ne bi bilo nujno vztrajati na prepovedi vsakršnih statusnih sprememb javnih zavodov.

Slovenija s tem zakonom sistematično ureja to področje, hkrati pa z njim v slovenski pravni red prenaša direktivo 2004/ES v delu, ki se nanaša na koncesije gradenj. Zakon predvideva vrsto novosti pri razvijanju in izvajanju javnih storitev, predvsem s pomočjo sodelovanja zasebnega sektorja in določa obvezna ravnanja v postopku nastajanja in izvajanja javno zasebnega partnerstva. Pri tem je pomembno dejstvo, da se določila krovnega zakona uporabljajo za JZP, če za določena vprašanja v zvezi s posameznimi oblikami JZP ne bo sprejet poseben zakon ali na zakonu temelječ predpis. Zakon ureja razmerja javno zasebnega partnerstva, zaradi zasebnih vlaganj v javne projekte ali javnega financiranja zasebnih projektov v javnem interesu, prav tako pa tudi projektov, ki so kombinacija obeh vrst partnerstev. Cilj zakona je omogočiti in pospeševati zasebna vlaganja v izgradnjo, vzdrževanje, oz. upravljanje objektov in naprav JZP ter drugih projektov, ki so v javnem interesu ter zaradi racionalnega izvajanja javnih služb, kot tudi vlaganje zasebnih ali zasebnih in javnih sredstev v izgradnjo objektov v javnem interesu. Zakon je predvsem postopkovno uredil ravnanja javnega in zasebnega partnerja, vnaša jasna pravila ravnanja, kar omogoča in vzpodbuja zasebna vlaganja v javnem interesu.

Vsebinska področja, ki jih zakon ureja, so oblike javno zasebnega partnerstva, postopki JZP, koncesije gradenj in storitev ter statusno partnerstvo. Pri povzemanju rešitev zakona bodo predstavljene zlasti tiste, ki so pomembne zaradi obravnavanega vprašanja naloge, to je vlaganj v zdravstvu. Iz tega zornega kota nas zanima zlasti zasebno vlaganje v javne projekte, tako v smislu investiranja, kot tudi vzdrževanja.

Zakon govori o JZP kot razmerju zasebnega vlaganja v javne projekte in/ozroma javnega sofinanciranja zasebnih projektov, s poudarkom na javni interes, sklenjen 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 javnih služb. Javno zasebno partnerstvo je vedno razmerje med javnim in zasebnim partnerjem, pri čemer je javni partner država ali lokalna skupnost, ki v JZP tudi podeli pravico in obveznost izvajati dejavnost. Ob tem zakon govori tudi o tim. drugem javnem partnerju, ki je pravna oseba javnega prava, ustanovljena s strani države ali lokalne skupnosti, oz. druga oseba, ki je javni naročnik po določbah ZJN (povzeto Bohinc Rado, Statusno javno-zasebno partnerstvo in preoblikovanje javnih podjetij in javnih zavodov v ZJZP s pojasnili, 2006) .

Oblike JZP so pogodbene in statusne. Pogodbeni obliki partnerstva sta javno naročilo ter koncesija javne službe; obliki se lahko tudi prepletata. Pri pogodbenem partnerstvu ne gre za sovlaganje kapitala, temveč nastane s sklenitvijo pogodbe. Le-ta mora temeljiti na načelu ekonomske utemeljenosti s poudarjeno nadzorno vlogo države. Pri tem je pomembna porazdelitev tveganja med partnerjema. Če nosi pretežni del tveganja javni partner, zasebni partner pa je pretežno izvajalec, govorimo o javnem naročilu. V primeru, ko zasebni partner prevzame tveganje za izvajanje storitev, gre za koncesijo. Zaradi težnje zasebnega partnerja po čimvišjem donosu na vloženi kapital obstoji nevarnost pritiska na cene javnih storitev, oziroma na možnost zniževanja ravni kakovosti javnih storitev, zato je nadzorna vloga države neobhodna.

Glede na to, da je javni interes pri JZP primaren, zakon veže odločitev o JZP v obliki obveznega javno pravnega akta v postopku nastajanja JZP, in sicer ugotovitev javnega interesa za JZP ter izvedbo projekta v eni izmed oblik JZP, ki jih sprejme vlada, oziroma organ lokalne skupnosti. Pomembna je ureditev načina spodbujanja JZP, ki vsebuje oceno možnosti javno zasebnega partnerstva, kar pomeni, da mora javni partner pri izbiri načina izvajanja projekta oceniti, ali ga je mogoče izvesti kot JZP, pri čemer gre za oceno upravičenosti izvedljivosti investicije ali drugega projekta. Pri tem zakon postavlja prag, ko je mogoče v postopek javnega naročanja ob pogoju, če je ocena možnosti JZP negativna. Natančnejšo vsebino ocene in določitev mejnih vrednosti urejajo podzakonski predpisi v pristojnosti Ministrstva za finance. Zaradi zagotavljanja spodbud za tovrstni način izvajanja projektov je zakon predvidel, da se pri oceni razporeditve poslovnega tveganja med javnim partnerjem in izvajalcem JZP upošteva spodbude za vlaganja, ki naj omogočijo, da se določeno vlaganje v javni projekt izvede na način JZP.

Temeljna načela, ki jih JZP opredeljuje, zavezujejo javnega partnerja, da zagotavlja enakost med kandidati za JZP v vseh elementih in fazah postopka sklepanja in izvajanja JZP (načelo enakosti), transparentnost pri sklepanju JZP s postopki izbire, javnih objav, zagotavljanja dostopnosti do enakih podatkov za prijave (načelo transparentnosti), da je sorazmeren pri ukrepih oblastnega poseganja v JZP in je tak ukrep dopusten le, če je nujen, primeren in sorazmeren za doseg cilja ter ne prizadenejo zasebnega partnerja bolj, kot je primerljivo v posledicah s pomenom cilja (načelo sorazmernosti). Posebej je pomembno načelo uravnoveženosti, ki določa, da je zagotavljanje javnega interesa v pristojnosti javnega partnerja, oba partnerja pa morata zagotavljati interes uporabnikov in drugih udeležencev v vseh fazah projekta JZP. V okviru tega načela je pojem tveganja tisti, ki bistveno označuje JZP; tveganja morajo biti porazdeljena med partnerja, nosil pa naj bi ga tisti, ki jih najlaže obvladuje. Izvajalec JZP mora nositi ustrezen del tveganja, sicer ne moremo govoriti o JZP. Za zagotavljanje javnega interesa je pomembno načelo subsidiarne

odgovornosti, s katerim zakon nalaga javnemu partnerju odgovornost za neprekinjeno, nemoteno in enakopravno izvajanje storitev uporabnikom; prav tako javni partner odgovarja za morebitno povzročeno škodo uporabnikom, ki jo sicer lahko uveljavlja do izvajalca v JZP.

Pri vodenju postopkov JZP je poleg odločitve – akta o ugotovitvi javnega interesa za JZP s strani vlade ali pristojnega organa lokalne skupnosti možen predhodni postopek, da se z investicijskim elaboratom ugotovi izpolnjevanje ekonomskih pravnih, tehničnih, okoljevarstvenih in drugih pogojev za izvedbo postopka JZP in poziv promotorjem, s katerim javni partner ugotavlja obstoj interesa za zasebno vlaganje v javne projekte.

Upoštevanje temeljna načela za JZP se s postopki zasebni izvajalec izbere na podlagi javnega razpisa. Postopek izbire zasebnega izvajalca je najlažje opredeliti v primerih javnonaročniškega partnerstva, vendar je tudi za izbiro statusnega partnerstva zakon predvidel smiselno uporabo zakona o javnih naročilih. Ne glede na obliko JZP se zaradi izbire ekonomsko najugodnejše ponudbe lahko uporablja postopek konkurenčnega dialoga, ki je predviden za kompleksna javna naročila, kjer naročnik ne more objektivno določiti tehničnih pogojev za doseg načrtovanih ciljev projekta.

Pri zakonsko predpisanih postopkih izbire je za področje zdravstvene dejavnosti pomembna ureditev, ki dopušča izjemo – uporabo upravnega postopka za izrecno določene primere; gre za dejavnost, kjer zakon zaradi varovanja javnega interesa izrecno predpisuje izdajo upravne odločbe. Tako je za primer koncesij za zdravstveno dejavnost, upoštevajoč določila Zakona o zdravstveni dejavnosti, akt izbire odločba, na podlagi katere se z izbranim zasebnim partnerjem sklene pogodba o JZP.<sup>8</sup>

To je v zakonu dopustno izjemoma, saj je enostransko poseganje države v sklenjena pogodbeno razmerja z upravnim aktom opravičljivo le, če je zasebniku podeljena posebna ali izključna pravica, kot je to v primeru opravljanja zdravstvene dejavnosti.

S tem je povezana tudi podelitev in izvajanja javnega pooblastila, ko gre pri predmetu JZP za naloge, ki jih izvajalec JZP izvaja kot javno pooblastilo, kar določa zakon. Koncesije storitev, v okviru katerih gre lahko

---

<sup>8</sup> Evropsko sodišče je novembra 2007 odločilo o irski zadevi An Post, ki je postavila pod vprašaj podeljevanje koncesij v zdravstvu po vstopu Slovenije EU. Razsodba za primer Irske, kjer je ministrstvo brez javnega razpisa podelilo koncesijo za poštne storitve in koncesijo za nenujne zdravstvene prevoze navaja, da morajo biti postopki transparentni in objavljeni v primeru možnosti čezmejnega elementa. Za podeljevanje koncesij v zdravstvu, ki se praviloma podeljujejo v pristojnosti občin, oziroma ministrstva to lahko pomeni, da tujec, ki je zainteresiran za koncesijo, preko evropske komisije zahteva, da država podeli koncesijo na podlagi javnega razpisa. Podelitev koncesij v Sloveniji določata Zakon o zdravstveni dejavnosti in ZJZP; na podlagi slednjega mora biti za podelitev koncesije javni razpis, področni zakon pa ne omenja razpisa za koncesije. Razsodba evropskega sodišča postavlja »pod vprašaj« način podeljevanje koncesij v zdravstvu. (Delo, Tudi za koncesije v zdravstvu le z razpisi, Milena Zupanič, 26. november 2007).

tudi za zdravstvene storitve, so v ZJZP urejene na način, da se za izvajanje koncesij smiselno uporabljajo pravila o porazdelitvi tveganj, sklepanju koncesijskega razmerja in druga določila, ki veljajo za koncesije gradenj (pozeto Aleksij Mužina, ZJZP s pojasnili, 2007).

Statusno javno-zasebno partnerstvo se od javno naročniškega pogodbenega razmerja razlikuje glede na nastanek, pravni status in lastninsko strukturo. Statusno JZP je razmerje med javnim in zasebnim subjektom s sovlaganjem kapitala v mešano podjetje za izvedbo projekta. Glede na javno premoženje je statusno partnerstvo zahtevnejše v primerjavi s pogodbenim partnerstvom. Statusno JZP bo npr. v zdravstvenih zavodih težko izvedljivo, ker zasebni vlagatelj z zasebnim vložkom kapitala ob obstoječi zakonodaji ne more pridobiti kapitalskih upravičenj, razen v primeru, če bi se ustanovitelj s tem strinjal. V tem primeru pa bi nastopil problem izvajanja ustanoviteljskih pravic, ki jih v javnih zavodih izvaja ustanovitelj.

Javni in zasebni partnerji lahko vzpostavijo to obliko partnerstva s soustanovitvijo novih oseb javnega in zasebnega prava, možne pa so tudi s statusnim povezovanjem, združevanjem ali preoblikovanjem. Osnovni načini za statusno partnerstvo so ustanovitev pravne osebe s strani države, lokalne skupnosti in osebe zasebnega prava ter s prenosom izvajanja pravic in obveznosti na to pravno osebo, s prodajo deleža države ali občine v javnem zavodu zasebnemu partnerju in s prenosom izvajanja JZP na to pravno osebo ter z nakupom deleža v osebi javnega ali v osebi zasebnega prava. Država nastopa kot družbenik in neposredno upravlja s projektom ter uveljavlja svoje ustanoviteljske pravice. Po uspešni izvedbi projekta gre tovrstno posebno podjetje v likvidacijo, po poplačilu partnerjev in izvedenem prenosu premoženja na javnega partnerja (Andolšek Žiga, Javno premoženje in JZP, Javna uprava, 2007, str. 276).

Tako kot za primere javno naročniških razmerij ter koncesij je tudi za statusno partnerstvo zakonsko določena obveznost javnega razpisa, razen v zakonsko določenih izjemah. Za področje javnih služb je pri partnerstvu s prodajo deleža potrebna uporaba predpisov o javnih finančah, ki urejajo prodajo finančnega premoženja. Dr. Žiga Andolšek navaja, da je ne glede na obliko partnerstva projekt izvenbilančno financiran le v primeru prevzemanja določenih tveganj s strani zasebnega partnerja. Statusno partnerstvo naj ne bi pomenilo privatizacije in poseganja države v gospodarstvo, ampak izvedbo projekta s soudeležbo javnega in zasebnega kapitala v obliki posebnega podjetja (Andolšek Žiga, kot zgoraj).

Prehodne določbe zakona, ki navajajo, da se zakonske rešitve smiselno uporabljajo tudi za preoblikovanje javnih gospodarskih in javnih zavodov, v povezavi z 80.j členom Zakona o javnih finančah, ki je privatizacijo javnih podjetij in zavodov prepovedoval, so pomembne v pogledu možnosti za statusno preoblikovanje

javnih zavodov. Zakonska ureditev javnih zavodov je prepovedovala statusne spremembe javnih zavodov, če te možnosti niso dovoljene z zakoni, ki urejajo izvajanje javne službe na posameznih področjih. Zakon o javnih financah je prepovedoval prenos ustanoviteljskih pravic in deležev države, oziroma občin v javnih zavodih, ali javnih gospodarskih zavodih na drugo osebo, kot tudi vključitev novega ustanovitelja, ki je oseba zasebnega prava v javnem zavodu ali javnem gospodarskem zavodu. Javna infrastruktura, ki služi izvajanju javnih služb ni v pravnem prometu, razen če se prenaša na drugo osebo javnega prava. (Zakon o javnih financah, 80.j člen).

Glede na zakonsko ureditev javno zasebnega sodelovanja se zastavlja vprašanje, kaj le-to pomeni za spremembe v zdravstvu, tako v smislu statusnega preoblikovanja kot tudi na področju vsebinskih razmerij – izvajanju projektov v javno zasebnem sodelovanju. Z zakonsko rešitvijo, da se smiselno uporabljajo določila zakona tudi za javne zavode, se odpirajo možnosti za preoblikovanje obstoječih javnih zavodov v gospodarske družbe, o vrsti preoblikovanja pa odloči ustanovitelj najkasneje v treh letih po uveljavitvi zakona. Dosedanje toge omejitve 80.j člena ZJF lahko nadomesti ustanovitelj javnega zavoda ob uporabi novih zakonskih določb tako, da presodi, ali je za izvajanje javne službe in z vidika učinkovitosti izvajanja nalog primernejša statusna oblika javni zavod ali gospodarska družba. Trpin ocenjuje, da je ZJZP prinesel sodobno ureditev za preoblikovanje javnih služb, ki odpira nove perspektive na področju organiziranja in financiranja javnih služb in celo omogoča ureditev, ki naj bi jo zagotovila nova zakonska ureditev javnih zavodov v Sloveniji (Trpin Gorazd, Deregulacija javnih zavodov – nova priložnost za povečanje njihove učinkovitosti, 14.strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, 2007). O potrebnosti zakonske ureditve JZP, ki daje pravna orodja za sklepanje partnerstev, ne dvomi tudi Bohinc, vendar ocenjuje, da je nedopustno, da se na področjih, kot sta šolstvo in zdravstvo, izvršna oblast sproti in pod pritiski odloča, do kod je mogoče privatizirati ta področja (Bohinc Rado, Smo pripravljene na ZJZP, Finance, 7.11.2006).

Določila ZJZP dajejo vladi, oz. lokalni izvršni oblasti pravico odločanja o projektih JZP. Ker na področjih, kjer je mogoče pričakovati sklepanje JZP in statusna preoblikovanja javnih zavodov ter ustanavljanje podjetij, nimamo sprejetih strategij razvoja in razvidne strateške usmeritve o mejah privatizacije, so dvomi o pripravljenosti okolja na JZP utemeljeni. Ker iz zakona ni razvidno, na katere javne projekte se nanaša, se pojavljajo pravne dileme, predvsem pri partnerstvih preko javnih naročil in koncesij. Deregulacija pri preoblikovanju javnih zavodov na način, da prehodne določbe zakona prenesejo pristojnost odločanja o statusnih oblikah na ustanovitelja, lahko vodi do neenotnega pristopa med področji javnih služb glede

privatizacije področja, kar je posebej občutljivo na tistih področjih javnega sektorja, kjer še ni sprejetih razvojnih strategij.

Pravna ureditev javno zasebnega partnerstva v Sloveniji zagotavlja postopkovno regulacijo javno zasebnega sodelovanja pri izvajanju projektov v javnem interesu, s tem pa še niso zagotovljeni tudi drugi pomembni vzvodi, kot na primer davčni in institucionalni. Zato je mogoče predvideti, da zgolj pravna ureditev področja JZP ne bo bistveno spodbudila javno zasebnega sodelovanja pri izvedbi projektov v javnem interesu, ampak bodo potrebne številne aktivnosti, ki bodo v javnem sektorju pomenile namesto deregulacije sodobne podjetniške pristope. S tem v zvezi velja omeniti izsledke analize sektorjev in projektov, ki jih je v Sloveniji mogoče izpeljati v obliki projektnega financiranja, ki dokazujejo, da je med glavnimi ovirami pri izvajanju in realizaciji projektov v JZP po rezultatih odgovorov 225 institucij javnega sektorja, pomanjkanje finančnih sredstev (91 %) in kadrov za obvladovanje in izvajanje projektov (51 %) ter s tem povezanim znanjem ter izkušenj. Analiza je hkrati pokazala, da neurejen pravni in zakonski okvir ni nepremostljiva ovira in da krovni zakon ni nujno potreben, je pa potrebno področje pravno urediti. Pomembno oviro pri izvajanju pripravljenih projektov predstavlja pomanjkanje širše politične podpore, saj zaradi te ovire v preteklosti ni bilo izvedenih 38 % prijavljenih projektov (Ipmit, Javni sklad RS za regionalni razvoj in ohranjanje poseljenosti slovenskega podeželja, Analiza sektorjev in projektov, ki jih je v Sloveniji mogoče izpeljati v obliki projektnega financiranja, 2005, str. 122 -124)

### **4.3 Financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji**

V Sloveniji imamo javni sistem ZV, ki temelji na dolgoletni tradiciji obveznega zdravstvenega zavarovanja in predstavlja državljanom pomembno vrednoto. Sistem financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na mešanem javno-zasebnem modelu financiranja zdravstvenega varstva. Med javna sredstva uvrščamo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja ter proračunska sredstva države in občin. Zasebne vire financiranja zdravstva predstavljajo sredstva prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in del sredstev nezgodnih zavarovalnic, neposredna plačila prebivalcev za zdravstvene storitve oziroma za zdravila in za medicinske pripomočke. Sistem financiranja ZV mora upoštevati makroekonomske dejavnike, od katerih bo v prihodnosti odvisna njegova dolgoročna finančna vzdržnost. Že sedaj se srečujemo z naraščajočimi potrebami in zahtevami prebivalstva po zdravstvenih storitvah, pogojenimi s staranjem prebivalstva, spremembami obolevnosti, hitrim razvojem znanosti in tehnologije ter povečevanjem osveščenosti prebivalstva o novih možnostih zdravljenja in preprečevanja bolezni.

V mednarodnih primerjavah financiranja zdravstvenega varstva so med najpogosteje uporabljenimi indikatorji delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP, razmerje med javnimi in zasebnimi izdatki ter delež izdatkov za zdravstvo na prebivalca, izražen s standardom kupne moči (SKM)<sup>9</sup>. Hitra rast tako javnih kot zasebnih izdatkov za zdravstvo je v Evropi v veliki meri povezana z večanjem deleža starega prebivalstva, hitrim uvajanjem nove medicinske tehnologije, novih zdravil in načinov zdravljenja ter naraščajočim povpraševanjem ob vse večjih zdravstvenih pričakovanjih prebivalstva. Zaradi zagotavljanja javnofinančne vzdržnosti financiranja zdravstvenega varstva evropske države omejujejo rast javnih izdatkov za zdravstvo in pripravljajo spremembe v načinih financiranja in izvajanju zdravstvenega varstva.

Relativno izraženi izdatki za zdravstvo (glede na BDP) v RS so se v zadnjih letih nekoliko znižali, sicer pa Slovenija nameni za zdravstvo nekoliko višji delež BDP kot v povprečju države EU-27, vendar nižji od držav stare petnajsterice. Delež celotnih izdatkov za zdravstvo v BDP se je v letih 2004 in 2005 znižal na 8,5 % BDP<sup>10</sup> (povp. EU-27 je bilo v letu 2004 8,2 %). Padec deleža izdatkov za zdravstvo v BDP v letih relativno ugodne gospodarske rasti v Sloveniji je po ocenah Statističnega urada RS mogoče pripisati dejstvu, da v obdobju gospodarske konjunktore druge sestavine BDP rastejo hitreje od bruto plač, od katerih so odvisni javni zdravstveni prihodki, posledično pa se delež izdatkov za zdravstvo v BDP v teh obdobjih zmanjšuje. Višje izdatke za zdravstvo kot Slovenija je imelo v letu 2004 13 držav EU-27. Slovenija je najvišji delež izdatkov za zdravstvo v BDP zabeležila v letu 2001, ko je znašal 9,0 %. V letih 2002–2004 je sledila zelo nizka rast celotnih izdatkov za zdravstvo (v povp. realno letno 1,4-odstotna<sup>11</sup>), ki je zaostajala za rastjo BDP za 2,1 odstotni točki. Še zlasti je bila v tem obdobju nizka rast javnih izdatkov za zdravstvo, ki so se letno v

---

<sup>9</sup> Standard kupne moči (SKM) je umetna valuta, ki odraža razlike v ravneh cen v državah, ki jih sicer devizni tečajji ne upoštevajo. Ta enota omogoča pomembne primerjave ekonomskih kazalcev med državami. Vir izračunov v zvezi s SKM je Eurostat (Odločba sveta o sistemu virov lastnih sredstev ES, dostopno na [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2004/com2004\\_0501sl01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2004/com2004_0501sl01.pdf)).

<sup>10</sup> Vir: SURS, Izdatki in viri financiranja zdravstva, Prva objava (22. 12. 2006). Podatki o izdatkih za zdravstvo so bili za Slovenijo za leti 2003 in 2004 prvič zbrani po mednarodno primerljivi metodologiji sistema zdravstvenih računov (metodologija SHA, ki jo uvajajo članice Eurostat, OECD in WHO).

<sup>11</sup> V letih 1997–2001 je bila povprečna letna realna rast celotnih izdatkov za zdravstvo kar 8,7-odstotna.

povprečju povečali komaj za 0,2 %, njihov delež v BDP pa je upadel na 6,4 % (6,9 % v letu 2001). V letu 2005 se je nizka rast javnih izdatkov za zdravstvo nadaljevala, po prvi oceni je bila realno 2,6-odstotna.<sup>12</sup>

Preračun izdatkov za zdravstvo na prebivalca pokaže na precejšnje zaostajanje Slovenije za razvitejšimi evropskimi državami. Izraženo v USD SKM je Slovenija na prebivalca v letu 2005 namenila 1.939 USD SKM (1746 USD SKM v letu 2004), kar je sicer največ od novih držav članic EU, vendar kljub temu nižje od povprečja držav EU-27, ki je v letu 2005 znašalo 2093 USD SKM (EU-15 3070 USD SKM).

Podatki o izdatkih za ZV so razvidni v Tabeli 4.1.

Zasebni izdatki predstavljajo dobro četrtno celotnih izdatkov za zdravstvo, kar je približno na ravni povprečja EU-27. V strukturi celotnih izdatkov za zdravstvo je delež zasebnih izdatkov v letu 2005 dosegel 27,6 %, kar je nekoliko več kot v predhodnih letih, ko se je gibal ta delež okrog 26 % (povp. EU-27 v letu 2000: 27,5 %, v letu 2005 27,4 %). Višji delež zasebnih izdatkov za zdravstvo od Slovenije je imelo v letu 2005 10 držav EU-27, največ Ciper, Grčija, Latvija, Bolgarija in Nizozemska. V obdobju 2000-2005 so vse nove članice EU, z izjemo Malte in Cipra, zabeležile povečanje deleža zasebnih izdatkov za zdravstvo. V večini držav EU 15 pa je delež zasebnih izdatkov ob visoki rasti javnih izdatkov upadel. V strukturi zasebnih izdatkov predstavljajo v Sloveniji 51,7 % izdatki iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. Neposredni izdatki gospodinjstev so v Sloveniji v primerjavi z državami EU nizki in predstavljajo v strukturi zasebnih izdatkov 39,5 %, v državah EU-27 pa v povprečju skoraj 78 %.

---

<sup>12</sup> Vir: SURS, Izdatki sektorja države po namenih, Prva objava (28. 12. 2006). Izdatki sektorja države za zdravstvo so klasificirani po metodologiji COFOG (glej indikator *Javnofinančni izdatki po funkcionalni klasifikaciji COFOG*). Po tej metodologiji se spremljajo le javni, ne pa tudi zasebni izdatki za zdravstvo; tudi pri javnih izdatkih se metodologija COFOG nekoliko razlikuje od metodologije SHA. Po COFOG so javni izdatki za zdravstvo v letu 2004 so znašali 6,6 % BDP, v letu 2005 pa 6,5 % BDP.



Tabela 4.1: Izdatki za zdravstvo v RS, članicah EU in ZDA

	Celotni izdatki za zdravstvo, v % BDP <sup>3</sup>				Javni izdatki za zdravstvo, v % BDP <sup>3</sup>		Zasebni izdatki, delež v celotnih izdatkih, v %		Celotni izdatki za zdravstvo na prebivalca, v USD SKM 2005
	2000	2003	2004	2005	2000	2005	2000	2005	
<b>EU-27</b>	7,3	8,0	8,2	n.p.	5,3	6,3	27,5	27,4 <sup>1</sup>	2093 <sup>1</sup>
<b>EU-15</b>	8,2	9,0	9,1	9,2	6,3	7,1	25,4	24,5	3070
Avstrija	10,0	10,2	10,3	10,2	7,6	7,7	24,1	24,3	3519
Belgija	8,6	10,1	10,2	10,3	6,5	7,4	24	27,0	3389
Bulgarija	6,2	7,6	7,4	n.p.	3,7	4,2	40,6	42,4 <sup>1</sup>	671 <sup>1</sup>
Ciper	5,7	5,7	5,5	n.p.	2,4	2,5	58,4	55,7 <sup>1</sup>	1128 <sup>1</sup>
Češka	6,5	7,4	7,3	7,2	5,9	6,4	9,7	11,4	1479
Danska	8,3	9,1	9,2	9,1	6,8	7,7	17,6	15,9	3108
Estonija	5,3	5,1	5,3	n.p.	4,1	4,0	22,5	24,0 <sup>1</sup>	752 <sup>1</sup>
Finska	6,6	7,3	7,4	7,5	5,0	5,8	24,9	22,2	2331
Francija	9,6	10,9	11,0	11,1	7,5	8,9	21,7	20,2	3374
Grčija	9,3	10,0	9,6	10,1	4,1	4,3	55,8	57,2	2981
Irska	6,3	7,3	7,5	7,5	4,6	5,9	27,1	22,0	2926
Italija	8,1	8,3	8,7	8,9	5,9	6,8	27,5	23,4	2532
Latvija	5,9	6,1	7,1	n.p.	3,2	4,0	46,1	43,4 <sup>1</sup>	852 <sup>1</sup>
Litva	6,5	6,5	6,5	n.p.	4,5	4,9	30,3	25,0 <sup>1</sup>	843 <sup>1</sup>
Luksemburg	5,8	7,6	7,9	7,9	5,2	7,2	10,7	9,3	5563
Madžarska	6,9	8,3	8,1	n.p.	4,9	5,7	29,3	29,5 <sup>1</sup>	1337 <sup>1</sup>
Malta	7,5	8,8	9,2	n.p.	5,6	7,0	25,8	23,9	1733 <sup>1</sup>
Nemčija	10,3	10,8	10,6	10,7	8,2	8,2	20,3	23,1	3287
Nizozemska	8,0	9,1	9,2	n.p.	5,0	5,7	36,9	37,6	3094 <sup>1</sup>
Poljska	5,5	6,2	6,2	6,2	3,9	4,3	30	30,6	867
Portugalska	8,8	9,7	10,0	10,2	6,4	7,4	27,5	27,7	2041
Romunija	5,1	4,9	5,0	n.p.	3,4	3,3	32,7	33,9 <sup>1</sup>	433 <sup>1</sup>
Slovaška	5,5	5,9	7,2	7,1	4,9	5,3	10,6	25,6	1137
<b>Slovenija<sup>3</sup></b>	8,4	8,8	8,5	8,5	6,2	6,2	26	27,6	1939
Španija	7,2	7,8	8,1	8,3	5,2	5,9	28,4	28,6	2261
Švedska	8,4	9,3	9,1	9,1	7,1	7,7	15,1	15,4	2918
Zdr. Kralje.	7,3	7,8	8,1	8,3	5,9	7,2	19,1	12,9	2724
ZDA	13,2	15,2	8,2	8,3	5,8	6,9	56,3	54,9	6401

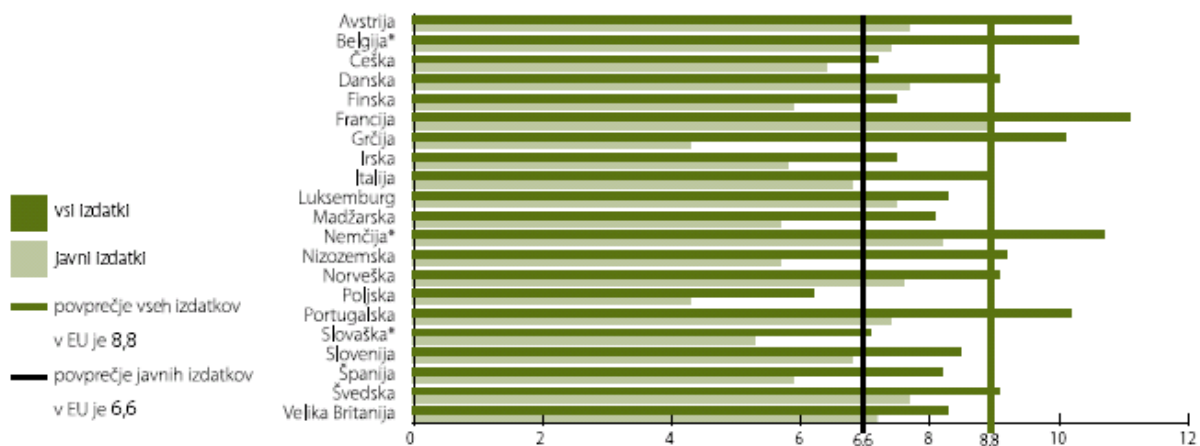
Vir: UMAR

Vir podatkov: *OECD Health Data 2007* za vse države razen za Bolgarijo, Ciper, Estonijo, Latvijo, Litvo, Malto in Romunijo; za navedene države je vir podatkov *WHO The World Health Report, 2007*; za Slovenijo za leta 2002-2005 SURS, *Izdatki za zdravstvo* (Prva objava 20. 12. 2007) ter za leto 2000 prepračun SURS na metodologijo OECD na podlagi podatkov proračunov, ZZZS, ZPIZ in SURS; povprečje za EU-27 in EU-15 izračun UMAR.

Opombe: <sup>1</sup> 2004; <sup>2</sup>Podatki zbrani po novi mednarodni metodologiji SHA (A System of Health Accounts; OECD); <sup>3</sup> upoštevane je BDP po reviziji septembra 2007.

\*Podatek se nanaša na leto 2003

**Slika 4.4 Delež sredstev (javnih in zasebnih) za zdravstveno varstvo v odstotku bruto družbenega proizvoda v letu 2004**



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, ZZZS, Ljubljana, marec 2008

Vir podatkov: OECD Health Data 2007

Slovenija ima danes z državami EU-15 primerljivo strukturo javnih in zasebnih sredstev za zdravstveno varstvo (Slika 4.2). Po razmerju med javnimi in zasebnimi izdatki za zdravstvo se Slovenija lahko primerja s skupino držav, v kateri je Nemčija in Avstrija, ki so občutno posegle v trg zdravstvenih storitev, kar kaže na to, da je Slovenija v fazi sprememb zdravstvenega sistema (Strategija razvoja Slovenije, UMAR, 2005).

Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007 vsebuje podatke o razpoložljivih virih financiranja zdravstva v Sloveniji, iz katerih ugotovimo, da so v letu 2007 celotni izdatki za zdravstveno varstvo na osnovi podatkov in ocen znašali 2.711 milijarde EUR ali 8,17 % BDP. Z javnimi sredstvi je bilo pokritih skupaj 2.050 milijarde EUR izdatkov za zdravstveno varstvo ali 6,18 % BDP. Od tega so sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljala 1.942 milijarde EUR ali 5,85 % BDP, preostala sredstva pa so sredstva občinskih in državnih proračunov (0,33 %). Z zasebnimi sredstvi je bilo pokritih skupno 660,9 milijonov EUR, oz. 1,99 % BDP izdatkov, od česar so po teh ocenah predstavljala sredstva zavarovalnic za prostovoljno zavarovanje 346 milijonov EUR, oz. 1,04 % BDP.

Proračunska sredstva države so znašala za leto 2007 79,06 mio EUR in so bila namenjena za programe nacionalnega pomena, za katere zakon določa, da jih zagotavlja proračun RS ter za investicije v zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS. Večina neporabljenih sredstev se je prenesla v preteklih letih v proračunski sklad, ustanovljen po Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode za obdobje 1994-2008, sredstva le-tega pa so vodena ločeno od proračunskih sredstev Ministrstva za zdravje in so namenjena investicijam v javne zdravstvene zavode. Delež izdatkov za zdravstveno varstvo iz naslova proračunskih sredstev države je v letu 2007 znašal 0,24 % BDP, v letu 2006 pa 0,30% BDP, kar je za 0,06 odstotni točki manj v primerjavi z predhodnim letom, ko je bilo zagotovljenih 92,10 mio EUR.

Pomemben delež izdatkov za zdravstveno varstvo so tudi v letu 2007 predstavljala zasebna sredstva (20,3% vseh izdatkov). Obseg zasebnih sredstev za zdravstvo narašča zaradi prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj in zaradi vse večjega obsega samoplačniških specialističnih in bolnišničnih zdravstvenih storitev kot posledica dolgih čakalnih dob v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Večji del zasebnih sredstev prispevajo zavarovalnice s prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji (Vzajemna d.v.z., Adriatic Slovenica d.d. in Triglav zdravstvena zavarovalnica d.d.), ki so s plačevanjem škodnih primerov preteklo leto pokrile skupno za okoli 12,3% vseh izdatkov. Največji del teh škod se je nanašal na račun dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, s katerimi se pokrivajo tveganja doplačil do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Drugi zasebni odhodki (8,0%) pa so ocena izdatkov, ki jih za različno blago in zdravstvene storitve ljudje v Sloveniji plačajo iz lastnega žepa.

Delež javnih izdatkov za zdravstvo v BDP v Sloveniji od leta 2001 dalje kaže stalno stagnacijo, predvsem zaradi zaostajanja rasti plač (kot osnov za prispevke obveznega zdravstvenega zavarovanja) za rastjo BDP. Realna rast bruto plač na zaposlenega v Sloveniji se je zmanjšala iz 3,2 % v letu 2001 na 2,2 % v letu 2006, med tem ko se je realna rast BDP povečevala iz 2,7 % v letu 2001 na 4,7 % v letu 2006 (UMAR).

Odhodki Zavoda za zdravstvene storitve, preračunani na prebivalca, so v letu 2007 znašali 660 EUR, oziroma 236 EUR v stalnih cenah iz leta 1993. V primerjavi z letom 1993 preračunano na prebivalca, 148 EUR pomeni 59,5 % realno povečanje. Tako visok porast je v glavnem posledica povečevanja plač v zdravstvu od leta 1996, uvedbe davka na dodano vrednost, vsakoletnih širitev rednih programov zdravstvenih storitev in boljšega vrednotenja teh programov.

**Tabela 4.2: Ocena izdatkov za zdravstveno varstvo v Sloveniji 2001-2007 v tekočih cenah in v odstotku od BDP**

Vir in vrsta izdatkov	2003		2004		2005		2006		2007	
	mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP	mio €	% BDP
1. OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE	1.581,00	6,40	1.693,92	6,35	1.749,21	6,19	1.843,35	6,05	1.942,22	5,85
Plaćila za zdravstvene storitve	1.083,46	4,38	1.138,75	4,27	1.177,72	4,17	1.250,13	4,11	1.335,96	4,02
Plaćila za zdravila in medicinske pripomočke	271,03	1,10	308,13	1,16	328,12	1,16	350,36	1,15	334,34	1,01
Delo ZZS	42,27	0,17	45,36	0,17	42,44	0,15	45,07	0,15	45,25	0,14
Denarna nadomestila*****	168,88	0,68	182,06	0,68	183,94	0,65	179,69	0,59	194,72	0,59
Ostali izdatki	15,36	0,06	19,61	0,07	16,98	0,06	18,11	0,06	31,95	0,10
2. PRORAČUNSKA SREDSTVA DRŽAVE	66,52	0,27	61,63	0,23	90,34	0,32	92,10	0,30	79,06	0,24
3. Za investicije v zdravstvo****	35,14	0,14	37,81	0,14	41,10	0,15	47,28	0,16	43,48	0,13
4. Za zdravstvene programe	31,38	0,13	23,83	0,09	49,24	0,17	44,82	0,15	35,58	0,11
5. PRORAČUNI OBČIN	15,77	0,06	13,69	0,05	17,07	0,06	30,05	0,10	29,70	0,09
6. JAVNI IZDATKI SKUPAJ (1+2+5)	1.663,29	6,73	1.769,24	6,63	1.856,62	6,57	1.965,49	6,46	2.050,98	6,18
7. PROSTOVOLJNO ZDRAV. ZAVAROVANJE**	280,17	1,13	288,91	1,08	311,92	1,10	328,71	1,08	346,34	1,04
Čisti odhodki za škode	239,98	0,97	251,08	0,94	265,32	0,94	279,60	0,92	294,59	0,89
Obratovalni stroški	40,20	0,16	37,83	0,14	46,60	0,16	49,11	0,16	51,74	0,16
8. ZASEBNA SREDSTVA***	257,75	1,04	264,25	0,99	298,40	1,06	308,40	1,01	314,57	0,95
9. VSA ZASEBNA SREDSTVA SKUPAJ (7+8)	537,92	2,18	553,16	2,07	610,32	2,16	637,11	2,09	660,91	1,99
10. SKUPAJ (6+9)	2.201,21	8,91	2.322,40	8,71	2.466,93	8,73	2.602,60	8,55	2.711,89	8,17
11. BDP*	24.715,91	100,00	26.677,47	100,00	28.243,49	100,00	30.448,30	100,00	33.177,00	100,00

Vir: Poslovno poročilo ZZS za leto 2007, ZZS, Ljubljana 2008

Opombe:

Tabela vsebuje podatke za obvezno ZZ po zaključnih računih ZZS za vsa leta

Podatki pred vstopom Slovenije v evropsko monetarno unijo 1.1.2007 so preračunani iz slovenskega tolarja (SIT) z uporabo neprekljnega menjalnega razmerja (1 EUR = 239,64 SIT) v evro (EUR). Ta prikaz omogoča primerjavo v državi skozi čas in zagotavlja ohranitev kazalcev razvoja (stopnja rasti).

\* Podatek za BDP za leto 2007 je ocena UMAR, Ekonomsko ogledalo, december 2007, zato so vsi izračunani deleži v BDP za leto 2007 ocene. Podatki za BDP za leta 2003-2006 so po stanju na dan 25.1.2008. Vir: SURS

\*\*Na podlagi OECD metodologije za izračun nacionalnih zdravstvenih računov (NZR) od leta 2007 dalje med izdatki za PZZ prikazujemo odhodke za škode in obratovalne stroške za vse prostovoljne zdravstvene zaarovalnice (Vzajemna, Triglav zdravstvena zavarovalnica in Adriatic). V ta sredstva niso vključena sredstva zasebnih zavarovalnic (npr. Asistenca itd.), ker evidence zanje še niso vzpostavljene.

\*\*\*Plaćila iz žepa: Vir: NZR ta keta 2003-2005; spletna stran SURS – objaa poi COICOP za leto 2006. Za leto 2007 je pdatek ocenjen na podlagi ocene inflacije za 2007.

\*\*\*\* Vir: Ministrstvo za zdravje, zaključni računi; podatki za leto 2007 so preliminarni. Proračunska sredstva občin za leto 2007 so še v fazi usklajevanja metodologije zajemanja podatkov za MF. Zasebne investicije v zdravstvo v tabele niso vključene.

\*\*\*\*\* Nadomestila bolniške odsotnosti, pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice, prevozi.

Po podatkih za leto 2005 se Slovenija lahko po deležu vseh in deležu javnih izdatkov za zdravstvo<sup>13</sup> primerja z ostalimi razvitimi državami Evropske unije in je po podatkih OECD rahlo pod izračunanim povprečjem za deleže vseh sredstev ter malce nad povprečjem za deleže iz javnih sredstev za zdravstvo, pri čemer navedeni OECD podatki ne zajemajo držav EU Litve, Latvije, Estonije in še nekaterih drugih, ki so postale polnopravne članice v zadnjih letih (Tabela 4.1).

V Sloveniji smo namenili za zdravstveno varstvo na prebivalca 1.201 EUR (v tekočih cenah), od tega iz javnih finance 870 EUR in iz zasebnih sredstev 331 EUR. Preračun porabe po metodi PPP v Sloveniji kaže nekoliko višje vrednosti sredstev za zdravstveno varstvo pri nas. Po porabi sredstev za zdravstveno varstvo na prebivalca se med državami EU lahko primerjamo predvsem s Finsko, Portugalsko in Španijo ter Grčijo, ki namenja občutno višja zasebna sredstva za zdravstvo (Tabela 4.3), pri čemer moramo pri primerjavah med državami upoštevati razlike v sistemiz zdravstvenega varstva in določitvi obsega zagotovljenih pravic (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, str. 17).

Struktura izdatkov za zdravstvo kaže, da smo v letu 2005 namenjali za storitve kurativnega zdravljenja 52 %, za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke pa 23 %; za dolgotrajno zdravstveno oskrbo 8 %, za preventivo in javne zdravstvene storitve le 4 %, za investicije 4 % ter za upravljanje v ZV in zavarovanju 4 % vseh zdravstvenih izdatkov (Slika 4.5).

V bolnišničnem zdravstvenem varstvu v Sloveniji, ki predstavlja v pogledu obsega programov in finančnih izdatkov najzahtevnejši del zdravstvenega varstva, so se s spremembo načina financiranja ob koncu devetdesetih let, ko smo prešli od financiranja po bolniško oskrbnih dnevih na financiranje po primerih, pričele krajšati ležalne dobe, istočasno se je obseg ambulantnega zdravljenja in zdravljenja v dnevni bolnišnicah povečal. Vzporedno s temi procesi se je postopno zmanjševalo število bolniških postelj. Primerjava Slovenije po številu bolniških postelj kaže manjše bolnišnične zmogljivosti v odnosu na evropsko povprečje, prav tako se je število bolniških postelj na prebivalca v Sloveniji v obdobju 2000-2005 zmanjševalo hitreje kot v povprečju v državah EU-25. Število vseh bolniških postelj na 100.000 prebivalcev je v letu 2005 znašalo v Sloveniji 483,0, medtem ko je bilo povprečje EU-25 584,6.

---

<sup>13</sup> Vsi izdatki za zdravstvo, vključno z investicijami

**Tabela 4.3: Izdatki z zdravstveno varstvo na prebivalca v letu 2005 v tekočih cenah \$ in po metodi PPP**

Država	Tekoče cene			PPP		
	Celotni	Javni	Zasebni	Celotni	Javni	Zasebni
Avstrija	3.075	2.328	746	2.842	2.152	690
Belgija*	2.931	2.135	796	2.718	1.979	738
Češka	702	622	80	1.194	1.058	136
Danska	3.515	2.956	559	2.510	2.111	399
Finska	2.281	1.774	507	1.883	1.464	418
Francija	3.069	2.450	619	2.724	2.175	549
Grčija	2.090	896	1.194	2.407	1.031	1.375
Irski	2.954	2.303	651	2.362	1.842	520
Italija	2.202	1.686	516	2.044	1.565	479
Luksemburg	4.901	4.443	459	4.322	3.918	405
Madžarska	661	466	195	1.079	761	318
Nemčija*	2.930	2.253	677	2.655	2.041	614
Nizozemska	2.756	1.719	1.038	2.454	1.530	924
Norveška	4.775	3.990	784	3.524	2.945	579
Poljska	398	276	122	699	485	214
Portugalska	1.446	1.051	395	1.643	1.194	449
Slovaška*	506	376	129	918	683	235
Slovenija	1.201	870	331	1.659	1.202	457
Španija	1.734	1.237	497	1.821	1.299	522
Švedska	2.906	2.458	447	2.357	1.994	363
Velika Britanija	2.475	2.155	321	2.199	1.915	284
Povprečje EU	2.358	1.831	527	2.191	1.683	508

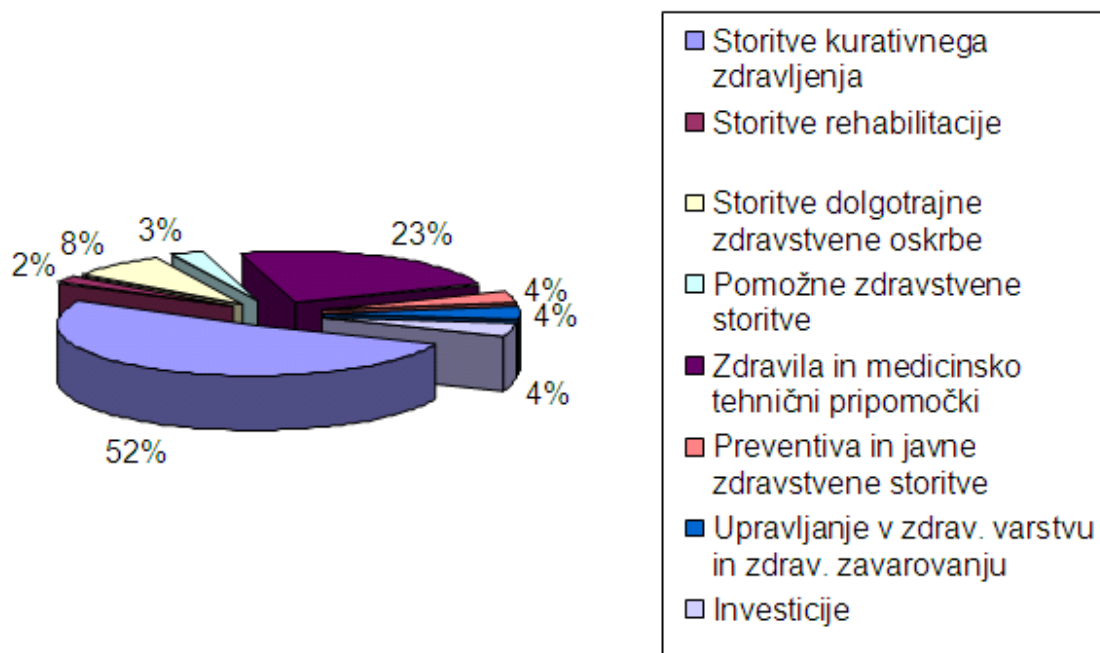
Vir: OECD Health Data 2007, Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, ZZZS, Ljubljana, 2008

Op: Vsi izdatki za zdravstvo vključno z investicijami. Izračun temelji na metodologiji OECD za pripravo nacionalnih zdravstvenih računov.

\* Podatek se nanaša na leto 2004.

Za države EU Litva, Latvija, Estonija, Malta, Ciper, Romunija in Bolgarija ni podatkov

Slika 4.5: Struktura izdatkov za zdravstvo 2005



Vir: Podatki Statističnega urada Republike Slovenije

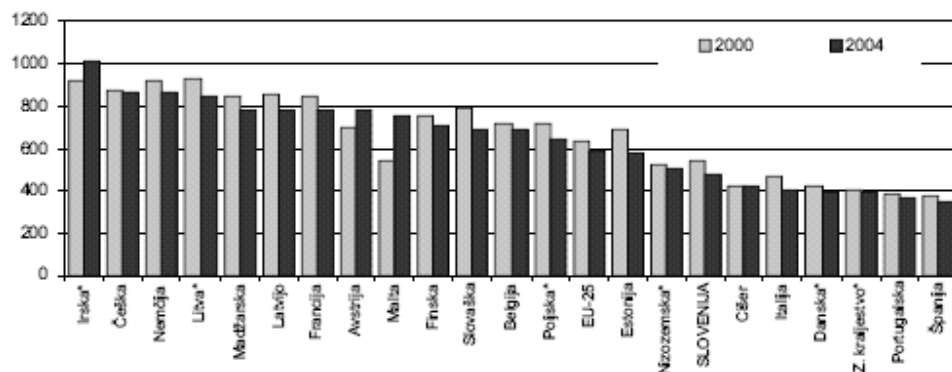
V letih 2000-2004 se je število bolniških postelj v Sloveniji zmanjšalo za 10,5 %, v povprečju v državah EU-25 pa za 7,5 % (Slika 4.6). Hkrati z zmanjševanjem števila postelj v bolnišnicah se povečuje povpraševanja po posteljah za dolgotrajno oskrbo kroničnih bolnikov, starejših oseb in invalidnih oseb (Poročilo o razvoju – Indikatorji UMAR, 2007). Spremembe v načinih zdravljenja in v vrsti zdravstvenih programov se bodo odrazile v nujnih spremembah mreže, tako da je mogoče napovedati, da bodo bolnišnice ob zmanjševanju zmogljivosti bolniških oddelkov in bolnišničnih postelj organizirali dejavnost podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, oziroma neakutne bolnišnične obravnave<sup>14</sup>. V ta namen bi lahko preoblikovali namembnost dela ali celotnih bolnišnic z vzpostavitvijo bolnišnic za dolgotrajno nego ali specializiranih ustanov za neakutne

<sup>14</sup> Neakutna bolnišnična obravnava predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave in obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo; namenjena je bolnikom po končani akutni bolnišnični obravnavi ali bolnikom, ki potrebujejo nadaljevanje zdravljenja, rehabilitacijo, zdravstveno nego ali paliativno oskrbo s ciljem okrevanja oziroma v tistih primerih, ko je zaradi bolnikovega zdravstvenega stanja oskrba drugje težko izvedljiva.

oblike bolnišničnega, oz. izvenbolnišničnega zdravljenja ali nege. S tem bodo povezana tudi investicijska vlaganja v obstoječe bolnišnične zmogljivosti ali gradnja povsem novih v prihodnjem obdobju.

V Sloveniji je delež javnofinančnih sredstev za infrastrukturne naložbe v zdravstvu nizek, saj predstavlja le 4 % javnofinančnih sredstev za zdravstvo (Slika 4.5). Navedene spremembe v načinu izvajanja zdravstvenih programov in potrebah uporabnikov bodo imele za posledico spremembo namembnosti zdravstvenih objektov ali gradnjo novih, kar bo zahtevalo večja finančna sredstva za investicije v zdravstvu, ki jih bo potrebno zagotavljati tudi iz nejavnih virov. Tako npr. Irska s precejšnjimi izkušnjami na področju JZP v planskem obdobju 2007-2012 načrtuje 7,2 % delež investicij, financiranih z JZP (od 13.35 billion EUR naj bi 11.21 billion EUR za JZP izvedli z letnimi plačili v prihodnjih letih in 2.14 billion EUR s plačili uporabnikov storitev).

**Slika 4.6: Število bolniških postelj na 100.000 prebivalcev v letih 2000 in 2004 v državah EU**



Vir: Eurostat Queen Tree, 2006; za povprečje EU-25: Izbrani zdravstveni kazalniki SZO za Slovenijo in EU (Inštitut za varovanje zdravja), 2006

Opomba: \* Leto 2003

Poleg indikatorjev o financiranju ZV-a v Sloveniji, glede na mednarodne primerjave in podatkov ZZS o zdravstvenih izdatkih zdravstvenega zavarovanja, so za celovito sliko pogojev poslovanja izvajalcev zdravstvenih storitev in možnosti vlaganj v zdravstvu, zanimivi podatki o poslovanju zdravstvenih zavodov. Podatki o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov (JZZ) v letu 2006 izhajajo iz analize letnih poročil 100 javnih zdravstvenih zavodov (bilance stanja, stanja in gibanja neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev, izkaza prihodkov in odhodkov), od tega 26 bolnišnic, 59 zdravstvenih



zavodov, 9 zavodov za zdravstveno varstvo ter 6 inštitutov ali drugih zavodov republiškega pomena, oz. skupnosti zavodov. Rezultati poslovanja izkazujejo za leto 2006 presežek odhodkov nad prihodki v tekočem letu v vseh JZZ skupaj v višini 8,581 mio EUR (2,056 mlrd tolarjev), in so bili večji za 20,2 % v primerjavi s preteklim letom (Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije 2006, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Ljubljana, 2007).

#### **4.4 Investicijska vlaganja v zdravstvenih zavodih**

Investicije imajo pomembno vlogo pri razvoju, ker dolgoročno vplivajo na usklajenost ponudbe in povpraševanja v posameznih sektorjih, pomemben pa je tudi vpliv na skladen razvoj narodnega gospodarstva. Investicijske odločitve so najpomembnejše poslovne odločitve, ker bistveno določajo pogoje gospodarjenja v prihodnosti in imajo dolgoročne posledice za nadaljni razvoj in poslovanje pravne osebe. Ker gre pri investicijskih odločitvah, tako na makro kot tudi na mikro nivoju, praviloma za omejena finančna sredstva, je odločanje o investicijskih možnostih potrebno skrbne proučitve (povzeto po: Čebokli Zdravko, Investicije – ocenjevanje investicijskih projektov, AKC d.o.o, dostopno na: <http://www.akc.si/investicije.htm>).

Z investicijami v zdravstveni mreži<sup>15</sup> se oblikujejo pogoji za delovanje, spremembe in razvoj zdravstvenih dejavnosti in programov na državni ravni. Stanje obstoječe zdravstvene mreže, ki je na tem mestu obravnavana kot materialni, prostorski in drugi viri, na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti izkazuje na primarni zdravstveni ravni sorazmerno dobro pokritost. Ob pripravi posnetka stanja investicijskih potreb zdravstvenih zavodov v letu 1994 so zdravstveni domovi načrtovali predvsem investicijske posege v obnovo

---

<sup>15</sup> Mreža zdravstvenega varstva je prostorska in časovna porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključujoč človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država zagotavlja prebivalcem optimalno dostopnost in oskrbo z zdravstvenimi storitvami na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Javna služba na področju zdravstvene dejavnosti je ožji pojem in ga je mogoče opredeliti kot tisti obseg zdravstvene službe, ki po merilih iz 4. člena ZZDej in podrobnejših merilih iz plana zdravstvenega varstva Republike Slovenije določen kot mreža javne zdravstvene službe. To mrežo po 5. členu ZZDej na primarni ravni določa občina, na sekundarni in terciarni ravni pa država, pri čemer jo na sekundarni ravni določa po predhodnem mnenju zainteresiranih občin. Po sedanji zakonodaji mrežo na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina. Če je v gravitacijskem območju dosedanega zdravstvenega doma več občin, se te med seboj-dogovorijo o uresničevanju mreže zaradi potrebe, da dosežejo optimizacijo uporabe vseh virov ob zagotovljeni primerni krajevni dostopnosti. Čeprav je po določilih navedenega člena temeljna razdelitev pristojnosti za zagotavljanje te mreže, pa je država dolžna zagotavljati v določenem delu in v nekaterih primerih tudi mrežo na primarni ravni.

obstojećih objektov, in v posodobitev medicinske in druge opreme. Pretežni del investicij<sup>16</sup> v zdravstvu (nad 80%) so načrtovale bolnišnice. Po vsebini investicijskih programov je bil pretežni del načrtovanih sredstev namenjen dokončanju in nadaljevanju obstojećih začetih investicij ter adaptacijam, modernizacijam ter dograditvam obstojećih zmogljivosti. Investicijska vlaganja v bolnišnicah so bila namenjena zamenjavi iztrošene ali nabavi nove medicinske opreme, ki se v pretežni meri financira iz lastnih amortizacijskih sredstev zavodov, iz sredstev donacij ter v posameznih primerih iz proračunskih sredstev v sklopu investicijskih vlaganj po letnih programih investicij, ki jih skladno z Zakonom o investicijah določa Vlada Republike Slovenije. Vse te investicije morajo biti skladne z zahtevami stroke in temeljiti na utemeljenih programskih zahtevah. Višina in gibanje proračunskih sredstev za investicije v zdravstvene zavode v letih 2002-2007 so prikazani v Tabeli 4.4.

Srednjeročni program investicij v javne zdravstvene zavode za obdobje 1994-1999, ki je bil vsebovan v zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, naj bi omogočil usklajeno politiko investiranja v zdravstvu v odnosu na razpoložljiva proračunska sredstva in po zakonu zbrana sredstva iz drugih virov. Program je bil prenizko ocenjen, saj se je pojavil precejšen porast investicijskih stroškov spričo ostrejših predpisov in zahtev, podaljšanje rokov za dokončanje večjih investicij ter podražitev investicij in potreba po spremembah in dopolnitvah obstojećega zakona o investicijah v zdravstvu, tako da je bil zakon dvakrat spremenjen, oz. dopolnjen z namenom podaljšanja njegove veljavnosti in uskladitve s planom investicij v zdravstvenih zavodih. Zagotavljanje prostorskih in opremskih zmogljivosti je eden ključnih pogojev za izvajanje programov zdravstvenega varstva. Država jih zagotavlja z investicijami v javne zdravstvene zavode na sekundarnem in terciarnem nivoju v skladu z Zakonom o investicijah v javne zdravstvene zavode za obdobje 1994-2008.

---

<sup>16</sup> Investicije predstavljajo potrošnjo denarja zaradi njegovega oplajanja; investiranje ima dve glavni obliki: poraba sredstev za zgradbe, opremo in druga sredstva in posredna poraba za finančne naložbe, kot so skladi, delnice in druge oblike fin.naložb.

**Tabela 4.4: Investicijska vlaganja v primarno zdravstvo in bolnišnice v letih 2002-2007**

V 000 EUR

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007 – plan</b>
<b>Investicijska vlaganja v bolnišnice</b>	25.872,29	40.503,99	37.447,52	27.131,99	41.406,10	47.564,00
Investicijska vlaganja v bolnišnice	14.420,88	28.709,56	30.491,55	27.131,99	34.565,58	41.015,66
Sredstva amortizacije in drugi viri	6.430,29	11.484,08	6.955,97	6.261,74	6.840,52	6.540,45
Izgradnja Pediatrične klinike	5.021,12	0	0	0	0	0
<b>Sofin.investicij v osn. ZV</b>	0	0	820,11	1.851,10	1.952,45	1.619,57
<b>Skupaj</b>	<b>25.872,29</b>	<b>40.503,99</b>	<b>38.267,63</b>	<b>28.983,09</b>	<b>43.358,55</b>	<b>49.183,57</b>

Vir podatkov: Podatki MF, Direktorat za javno računovodstvo in finančni načrt MZ 2007

\* podatki za leto 2007 so uporabljeni na podlagi FN MZ 2007

Pri tem pristojno ministrstvo pri investicijskih vlaganjih upošteva standarde prostorov za posamezne zdravstvene dejavnosti ter razpoložljivost finančnih virov; le-ti so določeni v letnih finančnih načrtih Ministrstva za zdravje, poleg proračunskih sredstev pa so namenjena investicijam v zdravstvene zavode sredstva združene amortizacije<sup>17</sup>, lastni finančni viri zdravstvenih zavodov, sredstva od odprodaje državnega premoženja, ki se združujejo v proračunskem skladu<sup>18</sup> za investicije v javne zdravstvene zavode. Projekti porabe sredstev proračunskega sklada za investicije so določeni z vsakoletnim finančnim načrtom Ministrstva za zdravje, v letu 2006 vključeni projekti pa so v pretežni meri namenjeni novogradnjam in rekonstrukcijam, investicijam Onkološkega inštituta in Kliničnega centra, kar je povezano z nujnostjo dokončanja investicij nacionalnega pomena ter njihovo zahtevnostjo. Zdravstveni zavodi lahko za

<sup>17</sup> Vsi javni zdravstveni zavodi, ki so zajeti v program investicij, obvezno odvajajo na poseben račun pri ministrstvu del amortizacije, ki se nanaša na amortizacij stavb in lahko znaša v povpečju največ 20 % celotne amortizacije, priznane v cenah zdravstvenih storitev.

<sup>18</sup> Proračunski sklad je podračun, ustanovljen na podlagi Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS, za obdobje 1994-2008. Viri financiranja sklada so:

-namenski prihodki proračuna, ki se preko pravic uporabe namenske postavke sredstev amortizacije in drugih virov po ZIJZ izločajo na podračun proračunskega sklada in integralni prihodki proračuna, ki se preko postavke »investicije v javne zdravstvene zavode« izločijo na podračun proračunskega sklada

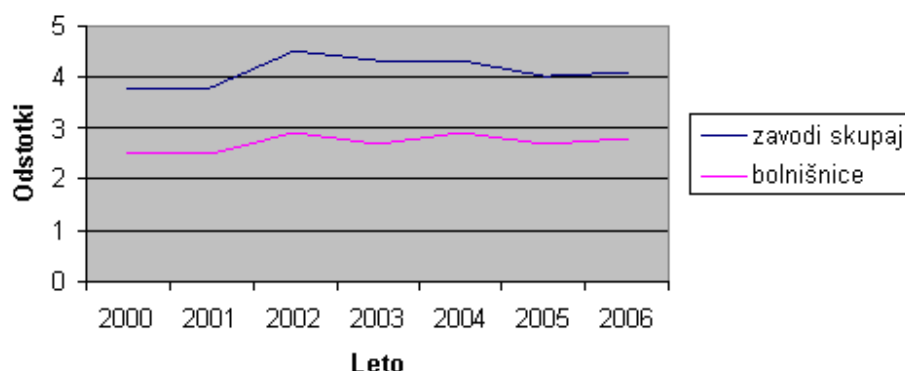
-del amortizacije javnih zdravstvenih zavodov

-darila, volila in druga namenska sredstva

-prejemki od sredstev, ki jih osebe zasebnega prava namenija za investicije v opremo in objekte javnih zdravstvenih zavodov.

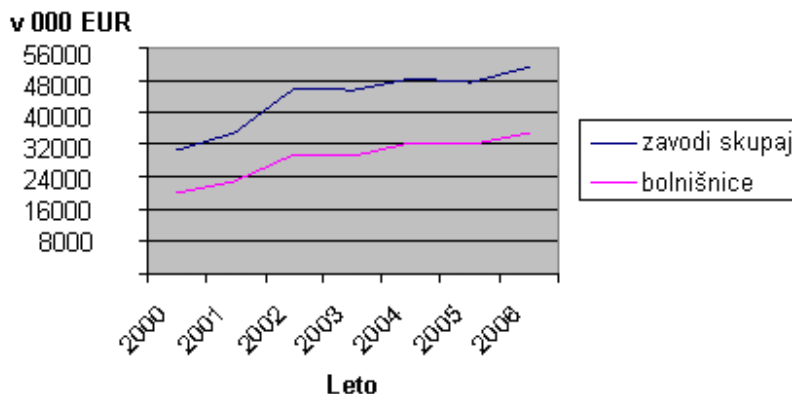
investicijska vlaganja namenijo del amortizacije<sup>19</sup>, ki predstavlja kalkulativen element v cenah zdravstvenih storitev in se v višini priznane amortizacije tudi izkazuje kot strošek. V Dogovoru je določen standard za določitev amortizacije v ceni zdravstvenih storitev, ki je v primeru »akutne bolnišnične obravnave« določen v višini 4,74 % cene zdravstvenih storitev. Glede na strukturo dejavnosti v bolnišnicah obstojijo razlike med bolnišnicami, tako da se giblje % amortizacije v cenah zdravstvenih storitev med 3 % do 5,4 %; v povprečju znaša v bolnišnicah priznana amortizacija 4,8 %.

**Slika 4.7: Delež amortizacije v celotnem prihodku JZZ in bolnišnic v letih 2000 – 2006**



Vir podatkov: Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije 2006

**Slika 4.8: Višina amortizacije v JZZ in bolnišnicah v letih 2000-2006**



Vir podatkov: Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije 2006

<sup>19</sup> Strošek amortizacije je vrednostno izražena »poraba« oziroma »izraba« sredstev v določenem časovnem obdobju, ki je izračunana na podlagi predpostavke o dolžini časovnega obdobja, v katerem bomo sredstvo uporabljali (npr. pričakovana fizična izraba, pričakovano tehnično staranje, pričakovano ekonomsko staranje, pričakovane zakonske in druge omejitve uporabe, zaradi katerih bo potreben hitrejši odpis), ter podatkov o nabavni vrednosti in vseh ostalih stroških, potrebnih za njegovo usposobitev.

Amortizacija je sicer namenjena obnavljanju in izboljšanju osnovnih in drugih sredstev (neopredmetenih dolgoročnih sredstev, nepremičninam, opremljenosti), katerih vrednost se zmanjšuje z odpisanostjo, zato ta vir v zdravstvenih zavodih niti po namenu, niti po velikosti, ne zadošča za večja investicijska vlaganja. Iz prikaza višine in deleža amortizacije v celotnem prihodku javnih zdravstvenih zavodov v obdobju 2000-2006 (Sliki 4.7 in 4.8) ugotovimo zmerno rast tako deleža amortizacije v celotnem prihodku kot tudi višine amortizacijskih sredstev, ki je bila izrazitejša v letih 2002 in 2006. Gibanje amortizacije v zdravstvenih zavodih je v pretežni meri odvisno od pogojev financiranja in dogovorjenega oblikovanja cen zdravstvenih storitev, zato o višini amortizacije ne morejo odločati zdravstveni zavodi.<sup>20</sup> Razpoložljiva amortizacijska sredstva zdravstveni zavodi v pretežni meri namenjajo za najnujnejša investicijska vlaganja za nadomeščanje opreme, investicijsko vzdrževanje, obnavljanje in izboljšave obstoječih prostorskih zmogljivosti, medtem ko za večja investicijska vlaganja za nadomestitev zahtevnejše medicinske in druge opreme ter za vlaganja v nove prostorske zmogljivosti obstoječi finančni viri niso zadostni. Projekcije javnofinančnih odhodkov za zdravstveno varstvo za obdobje 2008-2013 predvidevajo nadaljnje postopno znižanje deleža javnofinančnih odhodkov v obveznem zdravstvenem zavarovanju, zato ni mogoče predvideti večjega deleža javnih sredstev za investiranje v zdravstvene zmogljivosti.

Po napovedih UMAR-ja bo na področju zdravstva razkorak med potrebami in možnostmi, čeprav naj bi se ob načrtovanih gospodarskih gibanjih materialna osnova zdravstva izboljševala. V povezavi z načrtovanimi vlaganji v zdravstvene zmogljivosti v prihodnjem obdobju projekcija sredstev za zdravstvo iz proračuna RS (Tabela 4.5), ki so sicer namenjena za vse aktivnosti iz Plana, nakazuje osnovne finančne okvire za izvajanje zdravstvenih programov in za vlaganja. Pri projekciji sredstev je razvidno, da bo proračunski delež dolgoročno ostal na približno enaki ravni kot v letih 2006 in 2007, namenjen pa bo projektom in programom na področju javnega zdravja in investiranja v zgradbe in opremo (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, str. 108-109).

---

<sup>20</sup> Amortizacija se v zdravstvenih zavodih izkazuje kot strošek v višini priznane amortizacije, ki je vračunana v ceno zdravstvene storitve. V primeru, ko je dejansko obračunana amortizacija višja od priznane morajo zavodi amortizacijo nadomeščati v breme ustreznih obveznosti do virov sredstev. V primeru, če znesek vračunane amortizacije v ceno zdravstvene storitve presega znesek obračunane amortizacije obračunskega obdobja, pa morajo zavodi za ugotovljeno razliko oblikovati namenske prihodke za pokrivanje stroškov amortizacije v naslednjem obračunskem obdobju.

**Tabela 4.5: Projekcija sredstev za zdravstvo iz proračuna RS (v mio EUR in % BDP)**

leta	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>MZ</b>	92,106	88,401	97,312	97,005	117,388	123,493	131,917	144,106
<b>% v BDP</b>	0,30	0,27	0,27	0,25	0,28	0,28	0,28	0,29

Vir: Ministrstvo za zdravje

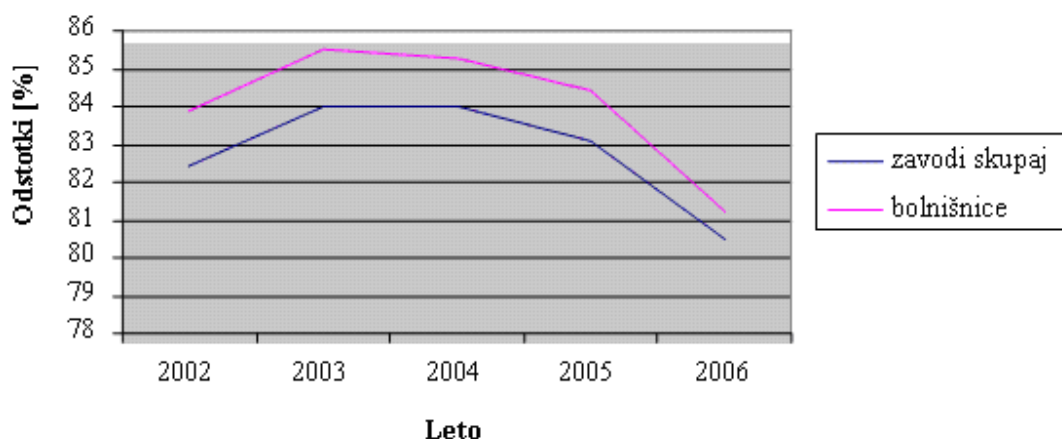
Vse pomembne odločitve vodstev zdravstvenih zavodov o investicijah so vezane na ustanovitelja. Kot je pokazala analiza zakonodaje za področje javnih zavodov, je zdravstveni zavod upravljalec in uporabnik premoženja, zato plan investicij ter investicijskega vzdrževanja prejme v obravnavo in sprejem svet zavoda, ki je oblikovan na način, da večino članov imenuje ustanovitelj. Svet zavoda mora v skladu z določili statutov praviloma odločati tudi o načrtovanih najetjih kreditov, o soglasju k najemu kreditov pa odloča Vlada RS.

Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2006 iz bilance stanja izkazujejo, da se vrednost dolgoročnih sredstev v upravljanju<sup>21</sup> nekoliko povečuje, in sicer v bolnišnicah za 9,2 % ter v zdravstvenih domovih za 5,4%. Povečanje vrednosti je povezano z višjimi vlaganji v opremo in druga osnovna sredstva v primerjavi s predhodnimi leti, kar je vplivalo na stopnjo odpisanosti opreme, ki se je v letu 2006 v povprečju za vse javne zdravstvene zavode zmanjšala in znaša 80,5 %, medtem ko je bila v letu 2005 še 83,1 %. Stopnja odpisanosti sredstev je najvišja pri opremi, kjer je bila v obravnavanem obdobju višja od 80 %, medtem ko je bila odpisanost nepremičnin v letu 2006 35,5 %. V bolnišnicah je stopnja odpisanosti višja od povprečja zdravstvenih zavodov pri opremi in drugih opredmetenih osnovnih sredstvih (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Ljubljana, Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2006). Visoka stopnja odpisanosti govori o iztrošenosti obstoječe opreme in drugih osnovnih sredstev, ki je posledica prepočasnega nadomeščanja in obnove zaradi pomanjkanja finančnih virov.

<sup>21</sup> Zavodi med dolgoročnimi sredstvi in sredstvi v upravljanju izkazujejo predvsem neopredmetena dolgoročna sredstva in opredmetena osnovna sredstva. Največji delež dolgoročnih sredstev in sredstev v upravljanju predstavljajo opredmetena osnovna sredstva, med katere so evidentirane nepremičnine (zemljišča in zgradbe) in oprema ter druga opredmetena osnovna sredstva.

V letih 2002-2006 se je stopnja odpisanosti sredstev javnih zdravstvenih zavodov povečevala vse do leta 2005 (Sliki 4.9, 4.10), zmanjšanje stopnje odpisanosti opreme v letih 2005 in 2006 je rezultat povečane rasti obračunane amortizacije in povečanega deleža stroškov amortizacije v celotnih odhodkih glede na predhodna leta, hkrati pa kaže na večji obseg investiranja v zdravstvenih zavodih. K navedenim podatkom je nedvomno prispeval pomembno povečan obseg investiranja v zdravstvenih zavodih iz proračunskih virov, saj se je višina proračunskih sredstev za investicijska vlaganja v bolnišnice in v primarno zdravstveno varstvo povečala za skoraj 50 % glede na leto 2005. Stopnja odpisanosti nepremičnin se ni zmanjšala, kar je mogoče pripisati prioritnemu vlaganju v opremo pred vlaganji v objekte, ki hkrati zahtevajo znatna finančna sredstva.

**Slika 4.9: Stopnja odpisanosti opreme JZZ in bolnišnic v obdobju 2002-2006**



Vir podatkov: Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije 2006

Iz podatkov in kazalcev poslovanja zdravstvenih zavodov za leto 2006 pri prikazu stanja in gibanja neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev v upravljanju<sup>22</sup> za leto 2006 ugotovimo povečanje nabavne vrednosti vseh zdravstvenih zavodov v višini 136.445 tisoč EUR (32.697.675 tisoč tolarjev). Povečanje nabavne vrednosti sredstev v upravljanju zdravstvenih zavodov se nanaša v pretežnem delu na opremo in gradbene objekte. Bolnišnice so v letu 2006 povečale nabavno vrednost sredstev v upravljanju za 104.994 tisoč EUR (25.160.749 tisoč tolarjev), od tega za gradbene objekte 44.462 tisoč EUR (10.654.967 tisoč tolarjev) in za opremo 56.208 tisoč EUR (13.469.739 tisoč tolarjev)

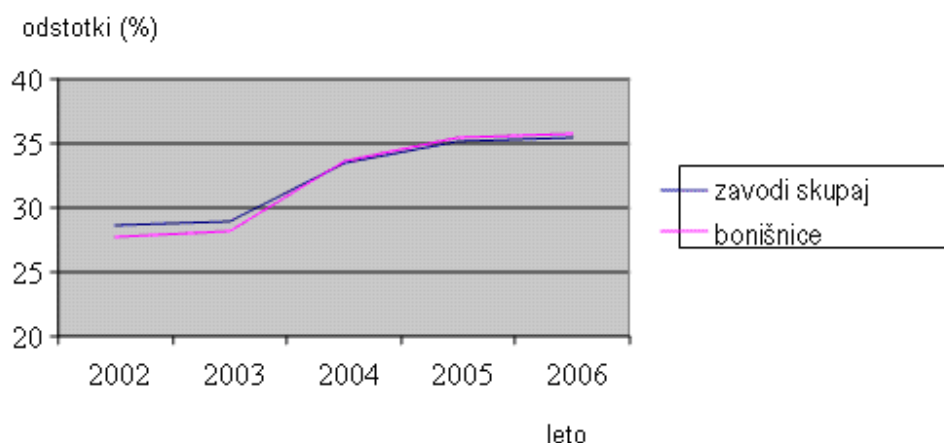
<sup>22</sup> Neopredmetena dolgoročna sredstva in opredmetena osnovna sredstva v upravljanju – skupaj:

dolgoročno vračunljivi stroški, materialne pravice, druga neopredmetena dolgoročna sredstva, zemljišča, gradbeni objekti, oprema in druga opredmetena osnovna sredstva

(Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov za leto 2006, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, str. 141).

Sprejem ZJZP so spremljale strokovne napovedi o valu večjih družbenih sprememb; tako naj bi zakon omogočil vstop zasebnega kapitala v družbene dejavnosti in omogočil večjo privatizacijo. Za področje zdravstva je pristojno ministrstvo napovedalo potrebo po uvedbi javno zasebnega partnerstva zaradi dveh glavnih razlogov: država ni sama sposobna zagotoviti potrebnih investicij, zato pričakuje zasebne vlagatelje,

**Slika 4.10: Stopnja odpisanosti nepremičnin JZZ in bolnišnic v letih 2002 -2006**



Vir podatkov: Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije 2006

in ima premalo zdravnikov glede na delovno pravno zakonodajo, kar naj bi odpravilo zasebno izvajanje zdravstvene dejavnosti, torej koncesije. Javno-zasebno partnerstvo naj bi zagotovilo boljše dostopnost, kakovost in večjo učinkovitost zdravstva (Kaj prinaša JZP v zdravstvo, Delo, 9.11.2006).

Iz zadnjega veljavnega planskega dokumenta za področje zdravstva za obdobje 2000-2004 izhaja, da je cilj zakonskih in drugih podlag za politiko investicij v zdravstvu ustvariti pogoje za razvoj sodobnega zdravstva, z vsebinsko in krajevno uravnoteženimi naložbami v javno zdravstveno mrežo. Investiranje naj bi sledilo racionalni izrabi objektov in drugega premoženja na osnovi izkustvenih standardov prostorov in opreme, oziroma tovrstnih standardov, ki so v pripravi. Pri bolnišnicah naj bi posebej upoštevali skrajševanje ležalnih dob in prilagojene potrebe po posteljnih zmogljivostih. Prioriteta pri investicijah v opremo je, ob upoštevanju



zahtev novih medicinskih tehnologij, smotrna izraba medicinske opreme. Ministrstvo za zdravje v januarju 2008 objavljenem dokumentu, Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013, načrtuje, da bo najkasneje do leta 2013 zaključilo vse trenutno odprte investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS. Hkrati ugotavlja, da le-te že več let obremenjujejo proračun in preprečujejo aktivnejši pristop pri izvajanju novih investicij. Pri projektih novih investicij bo posebna pozornost usmerjana v dokončanje investicij v dogovorjenih terminskih planih in na dosledno spoštovanje načrtovanih, potrjenih in sprejetih strokovnih podlagah za nove investicije.

Usmeritve na področju investicijskih vlaganj v zdravstvenih zavodih nakazujejo večjo stopnjo odgovornosti ter pristojnosti na ravni zdravstvenih zavodov, ki se kaže v nameri, da bodo zdravstveni zavodi načrtovali investicije v svojih finančnih načrtih in izvajali postopke v vseh fazah investiranja, ministrstvo pa naj bi opravljalo funkcijo koordiniranja in nadzora.

Izvajanje tovrstne usmeritve pri investicijskih vlaganjih bi pomenilo sodobnejši in učinkovitejši sistem upravljanja, ki bi menedžmentu zdravstvenih zavodov zagotavljal večjo stopnjo samostojnosti pri upravljanju, odgovornejši odnos do razpoložljivih sredstev, zlasti pa vzpodbudo za najracionalnejše pristope tako pri politiki vlaganj, kot tudi pri upravljanju z drugimi poslovnimi procesi.

Zaradi omejitev proračunskih virov za investicijska vlaganja v zdravstvene zavode resolucija navaja možnost pridobivanja evropskih sredstev, sredstev Evropske kohezijske politike in strukturnih skladov. Dokument navaja tudi priložnosti za vlaganja zasebnega sektorja, ki jih omogoča sprejeta zakonodaja s področja javno zasebnega partnerstva, vendar ne ponuja strateških usmeritev za javno zasebna partnerstva, ki so predpogoj za dolgoročno učinkovita javno zasebna partnerstva.

#### **4.5 Pomen vizije in strategije razvoja področja za dolgoročno učinkovit razvoj javno zasebnih partnerstev**

Za uspešen razvoj javno zasebnega partnerstva je ključnega pomena institucionalna podpora pri pripravi projektov in strategija razvoja področij z opredelitvijo prednostnih projektov. Zakon o JZP odkazuje uporabo specifičnih zakonov za posamezna področja, zato lahko pričakujemo prilagoditev zdravstvene zakonodaje. Ključnega pomena pa je strategija razvoja zdravstvenega varstva, ki s temeljnimi strateškimi cilji, merili za zdravstveno mrežo ter prednostnimi področji opredeljuje razvojne trende.

Za področje zdravstvenega varstva lahko ugotovimo, da kljub zakonsko določeni obveznosti sprejema Plana zdravstvenega varstva, vse do leta 2000 ni bil sprejet temeljni planski dokument, predviden v področnem zakonu. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, sprejet leta 1992, v 6. členu določa obveznost sprejema Plana zdravstvenega varstva, v katerem so opredeljeni poleg ključnih elementov zdravstvene politike, merila za zdravstveno mrežo javne zdravstvene službe. Nacionalni plan zdravstvenega varstva – zdravje za vse do leta 2004 (Ur.l. RS, št. 49/00) je bil sprejet šele v letu 2000. Mreža javne zdravstvene službe temelji na potrebah po obveznem zdravstvenem varstvu državljanov in je določena na podlagi meril, ki izhajajo iz kadrovskih standardov; v ta namen so postavljeni ciljni kadrovski standardi. Investicijska vlaganja v zdravstvene zavode so v zdravstveni zakonodaji urejena na način, da je obveznost razmejena med državo in občino, glede na pristojnost zagotavljati mrežo javne zdravstvene službe. Določitev mreže javne zdravstvene službe je osrednje vprašanje, ki nas zanima z vidika obravnave planskih dokumentov. Pri tem je pomembno dejstvo, da država zagotavlja investicijska vlaganja le v javne zavode, nima pa obveznosti zagotavljanja investicijskih vlaganj pri zasebnih izvajalcih, koncesionarjih, ki so vključeni v javno mrežo.

Kakšne so možnosti za javno zasebna partnerstva v luči sprejetih ali pripravljenih planskih dokumentov, prikazujem z vidika tistih vsebin, ki nakazujejo možnosti za javni sektor na eni strani in za zasebne partnerje na drugi.

#### **4.5.1 Strategija razvoja Slovenije**

Strategija razvoja Slovenije (SRS) kot osnovni strateški razvojni dokument za obdobje 2006-2013 opredeljuje ključne razvojne cilje, vizijo razvoja ter temeljne razvojne prioritete, pri čemer je v ospredju poleg vprašanj konkurenčnega gospodarstva in hitrejše gospodarske rasti, trajnostni razvoj Slovenije. Med ključnimi štirimi razvojnimi cilji za obdobje 2006-2013 je **učinkovita in cenejša država**. Pri zasledovanju navedenega cilja je navedena zmanjšana vloga države in uvajanje javno zasebnega partnerstva pri izvajanju in financiranju javnih služb ter naložb v infrastrukturo. Spremenili naj bi dosedanje razvojne modele in prešli od korporativizma velikih socialnih partnerjev v odprto in široko partnersko sodelovanje, namesto birokratsko-hierarhičnega sistema javne uprave pa upoštevali decentralizacijo in javno zasebno partnerstvo.

Uvajanje JZP pri izvajanju in financiranju javnih služb in naložb v infrastrukturo ter delna privatizacija upravnih nalog preko prenosa z javnim pooblastilom in outsourcingom ter s tem prenosom upravljanja iz zasebnega v javni sektor (novi javni management), je predvideno v okviru tretje prioritete za povečanje

institucionalne konkurenčnosti in učinkovitosti države. Za razvojno prestrukturiranja javnih financ SRS navaja spreminjanje strukture odhodkov v smeri prioritet strategije in absorpcije sredstev EU, postopno zmanjševanje deleža javnofinančnih odhodkov v BDP za 2 odstotni točki in celovito davčno reformo.

Trajnostni razvoj ima v SRS mesto v peti razvojni prioriteti, v okviru katere je zagotavljanje optimalnih pogojev za zdravje z ukrepi in merili za varovanje zdravja v sektorskih politikah in zmanjševanju razlik v zdravju med regijami in skupinami prebivalstva ter spodbujanje zdravih vedenjskih vzorcev. Izboljšanje dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev ter posodobitev zdravstvenih zmogljivosti na vseh ravneh zdravstvenih dejavnosti pa predstavlja enega izmed pomembnih pogojev za ohranjanje zdravja prebivalstva (Strategija razvoja Slovenije, UMAR, 2005, str. 23, 47).

#### **4.5.2 Osnutek zdravstvene reforme – “Bela knjiga”**

V letu 2002 je Ministrstvo za zdravje glede na vse večji razkorak med potrebami prebivalcev po zdravstvenih pravicah, univerzalni dostopnosti in kakovosti na eni strani ter omejenimi možnostmi javnega financiranja na drugi, predlagalo zdravstveno reformo, ki je bila vključena v socialni sporazum, podpisan aprila 2003. Že istega leta je bil pripravljen osnutek Zdravstvene reforme, poimenovan »Bela knjiga«. Dokument je temeljil na analizi stanja zdravstvenega varstva v Sloveniji, opredeljenih reformnih ciljev, temelječih na štirih sklopih vrednot, pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost, iz katerih je izhajalo šest glavnih ciljev reforme:

- pravičnost pri zagotavljanju sredstev za ZV
- razporejanje sredstev po potrebah državljanov
- boljša dostopnost ZV
- razvoj sistema celovite kakovosti
- večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema ZV
- krepitev področja javnega zdravja (MZ, Zdravstvena reforma, Ljubljana, julij 2003, osnutek) .

Realizacija izhodišč in ciljev reforme zdravstvenega varstva v načrtovani strategiji je zastala, saj je prišlo s spremembo vlade leta 2004 na področju zdravstva do spremenjenega koncepta vladnih reform, v tem okviru pa tudi sprememb v odnosu do strukturnih sprememb v tem sektorju.

Predlog reforme zdravstvenega varstva kljub ugotovljenim slabostim na področju upravljanja, financiranja, neustrezne vloge države in pomanjkanja konkurenčnosti, sodelovanju javnega z zasebnim sektorjem kot možnosti za doseganje sprememb v zdravstvu in za ublažitev razkoraka med naraščajočimi odhodki za zdravstveno varstvo in razpoložljivimi sredstvi za zdravstvo ne namenja pozornosti. V okviru poglavja

»Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva« je predlog reforme navajal vrsto slabosti upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, tako pri poslovanju, neustreznem financiranju izvajalcev, proračunskem financiranju, odsotnosti konkurence med izvajalci, neustrezne vloge države kot nezainteresiranega lastnika. Zato so bile predlagane spremembe v smeri večje regulatorne vloge države, s ciljem spremembe zakonodaje zaradi boljše opredelitve kakovosti storitev, akreditacije izvajalcev in opredelitve svežnja pravic, razvijanje konkurence med izvajalci, racionalizacijo nabav ter vzpodbujanje notranjega podjetništva.

Predlagane spremembe niso zasledovale deregulacije v zdravstvenem sistemu, ki so lahko uporabljeni v procesu preobrazbe sektorja s ciljem boljšega upravljanja, kar je mogoče pripisati dejstvu, da so avtorji Bele knjige ocenili stanje nezadostne in neustrezne urejenosti na regulatornem področju. Nakazano je bilo preoblikovanje zdravstvenih zavodov v javna podjetja, kar naj bi jim omogočilo, da bi delovali kot podjetniški konkurenti. Kljub ugotovljenim omejitvam na področju financiranja zdravstvenega varstva na eni strani in naraščajočim potrebam medicine na drugi, predlog reforme ni predvidel možnosti pritegnitve zasebnega kapitala pri vlaganjih v zdravstvene zmogljivosti. Sodelovanje javnega in zasebnega sektorja, ki ima po izkušnjah nekaterih držav, z daljšo tradicijo pri JZP, pozitivne učinke tudi na boljše upravljanje zdravstva, v predlogu reforme ni privzeto kot možnost, ki bi pripomogla k uresničitvi osnovnih reformnih ciljev.

#### **4.5.3 Strateški cilji in ukrepi za Plan zdravstvenega varstva**

V letu 2005 sprejeti SRS je na področju zdravstvenega varstva (v nadaljevanju: ZV) sledilo Ministrstvo za zdravje z delovnim gradivom *Strateški cilji in ukrepi za Plan zdravstvenega varstva*, ki predstavlja strateški dokument za pripravo ukrepov za doseganje reformnih ciljev na nacionalnem, regionalnem in lokalnem nivoju. Gradivo je bilo v razpravi v letu 2007.

Za uresničitve temeljnega cilja na področju zdravja in zdravstvenega varstva, kot ga opredeljuje delovno gradivo *Strateški cilji in ukrepi za področje ZV*, so bili opredeljeni štiri strateški cilji, in sicer krepitev in ohranjanje zdravja, finančna vzdržnost sistema ZV, izboljšanje upravljanja sistema ZV in izboljšanje kakovosti in varnosti v zdravstvu. Zdravje je opredeljeno kot vsesplošna vrednota in pravica ljudi in predstavlja prednostno nalogo pri opredeljevanju in izvajanju politik in dejavnosti Evropske skupnosti, odgovornost za organizacijo zdravstvenega varstva pa je v pristojnosti držav članic.

V dokumentu ocena stanja na področju ZV-a v Sloveniji kaže, da se zdravje prebivalcev ob upoštevanju primerljivih kazalcev izboljšuje; podaljšuje se življenjska doba, tako kot v drugih razvitih evropskih državah pa imamo nizek naravni prirastek, kar ob podaljševanju življenjske dobe vodi k hitremu staranju prebivalstva

in iz tega izhajajočim zdravstvenim problemom. Plan zdravstvenega varstva predstavlja osnovo, na podlagi katere Ministrstvo za zdravje, izvajalci zdravstvenih dejavnosti in druge organizacije prispevajo k uresničevanju strateških ciljev države na področju zdravja prebivalstva (MZ, Strateški cilji in ukrepi za Plan ZV, EVA:2005-2711-0071). V dokumentu je kot temeljna zahteva vladnega programa za sanacijo kumulativnih primanjkljajev na področju zdravstva, ob upoštevanju Konvergenčnega programa za vstop Slovenije v evropsko monetarno unijo ERM II in prevzem evra navedeno, da mora biti zaradi vzdrževanja ravnotežja finančnih virov in zdravstvenih izdatkov v obdobju do leta 2010/2012 ob nespremenjenih javno finančnih pogojih poslovanje brez izgub na vseh ravneh sistema ZV, za kar so načrtovani prilagoditve sistema OZZ, prilagoditev sistema proračunskega financiranja, vzpostavitev pogojev za razvoj ponudbe prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic, zagotavljanje učinkovitejšega upravljanja s sredstvi na mikro ravni ter **reguliranje razmerij med javnim in zasebnim v sistemu ZV-a**.

Strateški cilji predvidevajo, da je potrebno izboljšati upravljanje sistema ZV tudi s tem, da bo začrtana strategija razvoja zdravstvene dejavnosti tako na državni kot tudi regijski in lokalni ravni ter **razvijanje strategije vključevanja zasebnega kapitala in dela v javno zdravstvo**. V tej zvezi je v delovnem gradivu predvidena strategija prilagajanja mreže javne zdravstvene službe potrebam prebivalstva, ni pa konkretnije razvidna javna mreža izvajalcev. Za finančno vzdržnost sistema je pomembna tudi prilagoditev sistema proračunskega financiranja; s tem v zvezi je dokument posebej navajal, da je v mešanih sistemih, t.j. sistemih javno zasebnega financiranja, to moč doseči z jasno določenimi cilji, vsebinami in načini financiranja programov ZV, proračunsko financiranje na ravni ustanovitelja pa prioriteto namenjati za investicije v infrastrukturo in opremo. Konkretni ukrepi v tej zvezi predvidevajo razmejitev pristojnosti pri proračunskem financiranju med državnim, pokrajinskim in lokalnim proračunom, uvedbo načrtnega ocenjevanja novih medicinskih tehnologij, metod zdravljenja, zdravil in medicinskih pripomočkov ter za to potrebnih virov financiranja ter izdelavo prednostnega načrta investicij v zdravstvu.

Za izvedbo ukrepa reguliranja razmerij med javnim in zasebnim v sistemu ZV je bila v gradivu v prvi vrsti navedena enakost položaja izvajalcev; ta se kaže zlasti pri izvajanju zdravstvenih programov, bodisi v javnih zavodih ali pri koncesionarjih, ki morajo biti zagotovljeni vsem prebivalcem pod enakimi pogoji. Da bi dosegli ta cilj, je dokument predvidel ukrepe za dosledno razmejitev zdravstvenih storitev, ki se izvajajo v breme javnih in v breme zasebnih sredstev, sofinanciranje storitev pri zasebnih izvajalcih brez koncesije glede na javne kriterije potrebnosti izvajanja zdravstvenih storitev upravičenca, spremljanje in nadzor cen ter kakovosti storitev pri izvajalcih, ki niso vključeni v javno zdravstveno službo, prav tako pa tudi

vzpodbujanje upravljanja z javno-zasebnimi partnerstvi v zdravstveni dejavnosti ter delno privatizacijo presežnih kapacitet javnih zdravstvenih zavodov.

Do sprejema Strateških ciljev in ukrepov za Plan zdravstvenega varstva ni prišlo; po vladni spremembi je Ministrstvo za zdravje leta 2008 predložilo v javno obravnavo nov planski dokument.

#### **4.5.4 Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013**

Ministrstvo za zdravje je v januarju 2008 posredovalo v razpravo Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 (NPZV 08-13, v nadaljevanju Plan), ki predstavlja planski dokument, predviden po ZZVZZ in upošteva smernice Evropske strategije zdravstvenega varstva. Prednostna področja, strateške usmeritve in ključni cilji na področju zdravstvenega varstva s posebnim poudarkom na mrežo javne zdravstvene službe, investicijska vlaganja ter ureditev razmerij med javnim in zasebnim v zdravstvu, bodo prikazana primerjalno glede na predhodne planske dokumente. Posebna pozornost je namenjena ukrepom, povezanih z mrežo zdravstvene službe glede na predhodne planske akte na področju zdravstvenega varstva.

V dokumentu so predvideni ukrepi za ureditev mreže na posameznih ravneh zdravstvene dejavnosti; na primarni ravni je določena vloga zdravstvenega doma kot koordinatorja primarne zdravstvene službe na določenem območju z navedbo meril za opredelitev mreže. Na sekundarni ravni je poudarjeno načelo, da se omeji stopnja napotitev iz primarne na sekundarno raven, ob istočasnem izboljšanju diagnostičnih in terapevtskih možnosti na primarnem nivoju. Načrtovano je povečanje deleža zasebnih izvajalcev - koncesionarjev na sekundarni ravni in izvajalcev v javno-zasebnem partnerstvu, na področju bolnišnične mreže pa bo uveljavljena specializacija med izvajalci, v tej zvezi pa tudi združevanje bolnišničnih oddelkov in uvajanje ambulantnega načina dela. Podporne dejavnosti bolnišnic se bodo pogosteje oddajale zunanjim izvajalcem. Glede na demografske trende in zdravstvene potrebe prebivalstva je napovedano povečevanje zmogljivosti negovalnih oddelkov bolnišnic, dolgotrajne oskrbe in nege v institucijah ter na domu.

Podeljevanje zdravstvenih koncesij za javno zdravstveno službo, v dokumentu navedene tudi kot javno-zasebna partnerstva, je načrtovano na primarni in sekundarni ravni s ciljem čim lažje in enake dostopnosti zdravstvenih storitev, pri čemer bo ministrstvo na primarni ravni sodelovalo pri izdajanju soglasij h koncesijam in poskušalo zagotoviti podlage za sodelovanje z vsemi izvajalci v mreži javne zdravstvene službe, in sicer na primarni ravni z zdravstvenimi domovi, na sekundarni pa z bolnišnicami. Na sekundarnem nivoju bo podelitev koncesij predhodno preverjena z vidika možnih posledic za izvajanje javne zdravstvene službe v bolnišnicah, pri čemer bo opredeljen način in obseg sodelovanja s

koncesionarji. Podoben pristop bo ministrstvo uporabilo pri podeljevanju koncesij na primarni ravni. Javno zasebna partnerstva na sekundarni ravni v obliki koncesij so načrtovana z vlaganjem v infrastrukturo javne zdravstvene službe, bodisi da gre za investicije v nove prostore in opremo, ali za obsežno prenovo obstoječih prostorov in dodano novo opremo (Resolucija o nacionalnem planu ZV 2008-2013, MZ).

Iz navedenih usmeritev je mogoče sklepati, da je v Planu glavni poudarek na JZP v zdravstvu v neposredni povezavi s podeljevanjem koncesij, čeprav so javno zasebna partnerstva možna in koristna tudi v drugih oblikah sodelovanja v obliki poslovnih modelov, ki nujno ne vključujejo koncesijskega načina izvajanja zdravstvenih storitev.

Reguliranje razmerij med javnim in zasebnim v sistemu zdravstvenega varstva je v Planu umeščeno z vidika vloge države, ki mora ščititi javni interes z dosledno razmejitvijo zdravstvenih storitev, ki se izvajajo v breme javnih ter v breme zasebnih sredstev in zagotovitev preglednosti in nadzora, sofinanciranjem storitev pri zasebnih izvajalcih brez koncesije, glede na javne kriterije potrebnosti izvajanja zdravstvenih storitev upravičenca, spremljanje in nadzor cen ter kakovosti storitev pri vseh izvajalcih ter vzpodbujati upravljanje z javno zasebnimi partnerstvi v zdravstveni dejavnosti.

Ko Plan na področju investicij načrtuje dokončanje vseh trenutnih odprtih investicij, katerih ustanovitelj je RS in izvajanje investicij ob zagotavljanju proračunskih virov ter sredstev s področja EU, Evropske kohezijske politike, strukturnih in ostalih skladov, ne vsebuje strateških usmeritev za vlaganja zasebnega kapitala z navedbo področij, projektov in vrste investicijskih vlaganj, kjer ima država interes zagotoviti dodatna finančna sredstva za investicijske potrebe spričo nezadostnih proračunskih sredstev. Iz Plana ni razvidno, kakšen obseg in vrste vlaganj v objekte država načrtuje v prihodnjem obdobju. Navaja pa, da se po letu 1991 vsako leto sproti določi mreža zdravstvenega varstva s Splošnim dogovorom in v področnih dogovorih, v katerih se podrobno opredeli vsebino zdravstvenih dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni po izvajalcih, količinah, vrednostih in drugih lastnostih (Resolucija o nacionalnem planu ZV-a 2008-2013, MZ, str. 33). Sprotno določanje obsega, vrste in vrednosti programov zdravstvenih dejavnosti, kot je določeno v skladu s 63. členom ZZVZZ, ne more zadostiti strateškim usmeritvam na področju javne zdravstvene mreže, ki bi morale za daljše obdobje nakazovati prednostna področja za programe zdravstvenih dejavnosti in prednostna vlaganja v zdravstvene zmogljivosti. Mreža javne zdravstvene službe, ki predstavlja človeške, materialne, prostorske in druge vire na posameznih ravneh zdravstvene dejavnosti, je v planu konkretnije obravnavana z vidika človeških virov (števila zdravnikov in zdravstvenega ter drugega osebja), za prostorske in opremske vire pa niso opredeljene strateške usmeritve razvoja, ki bi predstavljale podlago za pritegnitev zasebnih vlagateljev za izvedbo projektov v JZP. V Planu je

pripravljalec predvidel potrebe za prestrukturiranje zdravstvenih programov; tako je na primer na področju bolnišničnega zdravstvenega varstva navedeno, da bo potrebno za obravnavo pacientov, ki potrebujejo podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo, vzpostaviti multidisciplinarne time, ustanoviti nove negovalne bolnišnice ter paliativne oddelke v bolnišnicah ter preskrbeti sredstva za njihovo delovanje. Cilj za obdobje 2008 do 2013 je, da bi dobili v vsaki pokrajini vsaj 1 paliativni oddelek in ustanovili vsaj 5 negovalnih bolnišnic na področju celotne Slovenije (Resolucija o nacionalnem planu ZV-a 2008-2013, MZ, str. 48). Te usmeritve nakazujejo na potrebe po večjih investicijskih vlaganjih v zdravstvene zmogljivosti, ki bi jih bilo možno izvesti kot projekte v javno zasebnem sodelovanju.

Iz navedenega izhaja, da planski dokumenti za področje zdravstvenega varstva, ki jih je MZ pripravilo v letu 2007 (Strateški cilji za pripravo Plana ZV) in v letu 2008 (Plan) navajajo javno zasebna partnerstva kot možnost zagotavljanja dodatnih finančnih virov in skupne izvedbe projektov. Pomen reguliranja teh razmerij, nadzorna vloga države in usmerjanje je navedeno kot predpogoj. Plan pa ne vsebuje razvidnih smernic za vrste investicij in projektov, kjer ima država za področje nadaljnega razvoja ZV interes izvedbe projektov v javno zasebnem partnerstvu in pridobitev dodatnih finančnih virov.



## **5 Analiza primerov javno zasebnih partnerstev v zdravstvu**

V zdravstvenih zavodih v RS je bilo v dosedanem obdobju spričo pravne ureditve javnih zavodov, posebej zakonske ureditve premoženjskih in upravljaljskih razmerij le nekaj posamičnih primerov javno zasebnih partnerstev, pri katerih so zasebni partnerji vložili sredstva za izgradnjo infrastrukture, oziroma zdravstvenih zmogljivosti. V mešanem javno zasebnem sistemu zdravstvenega varstva smo priča povečevanju obsega zasebnega dela v zdravstvu, oziroma koncesijskega načina izvajanja zdravstvenih storitev. Poleg koncesij so pogosti primeri outsourcinga, contractinga / oddaje izvajanja javnih storitev, ko se zdravstveni zavodi odločajo za drugačne načine izvajanja zlasti podpornih storitev ter jih oddajajo zunanjim izvajalcem, ki so po seznamu poslovnih modelov sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem označeni kot JZP (D.Grimsey, M..K. Lewis, PPP, The Worldwide Revolution in infrastuture Provision and Project Finance, 2004, str. 54).

Ker je osrednje vprašanje v nalogi, kakšne so oblike javno zasebnega sodelovanja pri investicijah v zdravstvu, bodo obravnavani primeri javno zasebnega sodelovanja pri načrtovanju, financiranju, gradnji in izvajanju projektov, ki predstavljajo investicijska vlaganja. Kakšna je opredelitev glede na model JZP, kako so v obravnavanih primerih JZP vodstva zdravstvenih zavodov vstopala v odnos z zasebnimi partnerji ter kakšne spremembe v delovanju javnega zavoda je mogoče zaznati in oceniti, bo prikazano na štirih primerih, med katerimi bodo glede na razpoložljivost podatkov in dokumentacije podrobneje obravnavni trije: Inštitut za rehabilitacijo invalidov RS, Osnovno zdravstvo Gorenjske in Splošna bolnišnica Brežice.

### **5.1 Bolnišnica Sežana – dializni center Sežana**

Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno bolnišnično nego Sežana je specialna bolnišnica. Ustvarjeni prihodek za leto 2006 je znašal 3.977.833 EUR (953.248 tisoč tolarjev), od tega bolnišnica ustvari s prihodki na trgu 2 % celotnih prihodkov. Za leto 2006 je izkazala pozitiven finančni rezultat. Bolnišnica ima 118 zaposlenih.

Bolnišnica Sežana je leta 2002 začela z aktivnostmi za izgradnjo enote dialize za potrebe bolnikov štirih kraških občin, Postojne in Ilirske Bistrice, hkrati pa so predvideli tudi določeno število dializnih mest za morebiten interes zaradi bližine letovišč ob slovenski obali. Do pobude je prišlo s strani dializnih bolnikov, ki

zaradi posebnih potreb zdravljenja potrebujejo dnevno dostopnost do dializnega zdravljenja. Bolnišnica je v ta namen izvedla anketo o pripravljenosti bolnikov, da se vključijo v zdravljenje v novem centru, hkrati pa tudi oddaljenost bolnikov in časovno odsotnost od doma. Zbrani podatki so potrdili, da se število prevoženih kilometrov pri dializnih bolnikih bistveno zniža (iz 16.200 na 2.544 km), vzporedno s tem pa tudi zdravstveni izdatki ZZZS. Dejavnost dialize je bolnišnica pridobila s strani Ministrstva za zdravje, ZZZS pa je zagotovil plačilo zdravstvenih storitev dializnega zdravljenja.

Bolnišnica Sežana glede na obseg in vsebino dogovorjenega zdravstvenega programa ni imela možnosti za pridobitev proračunskih sredstev za investicijo s strani MZ, prav tako tudi razpoložljivi finančni viri bolnišnice niso omogočali pričetka investicije v izgradnjo centra, ker je imela bolnišnica finančne težave pri poslovanju. Z elaboratom o ekonomski upravičenosti investicije in določitvi velikosti dializnega centra je bolnišnica v letu 2004 pričela s projektom adaptacije gospodarskega dela bolnišnice. Investicija je bila ocenjena v vrednosti 2,5 mio EUR. Bolnišnica je poslovala z izgubo v tekočem poslovanju, prav tako je izkazovala nepokrite izgube iz preteklih let, zato ni bilo možnosti za izvedbo projekta z lastnimi sredstvi. Najem kredita je bil glede na javnofinančno zakonodajo pogojen s soglasjem ustanovitelja, ki so ga ocenili kot vprašljivega. Zato se je Bolnišnica Sežana, kljub zakonski določbi, da investicije v javne zdravstveno mrežo zagotavlja ustanovitelj, zatekla k rešitvi, da je pridobila investitorja, ki je bil pripravljen izvesti gradbena dela in nabaviti opremo za dializni center; investicijo je bolnišnica končala v letu 2005. Postopek izbire izvajalca za gradbena dela in za dobavo opreme so izvedli z javnim naročilom. Sredstva za izvedbo projekta je bolnišnica zagotovila na način, da je pridobila donacije za izdelavo projektov ter kritje deleža stroškov za nadomestne prostore. Na največje težave so naleteli pri pridobivanju garancije. Izkazalo se je, da je za pridobivanje zasebnih vložkov v javne zavode problem v lastninskih upravičenjih in v pristojnostih javnega zavoda. V primeru Bolnišnice Sežana jim je kljub navedenim oviram uspelo doseči soglasje z investitorjem in zgraditi dializni center, za katerega odplačujejo sredstva na podlagi pogodbe z investitorjem<sup>23</sup> (Šonc Silvana, Javno zasebna investicija pri izgradnji in opremi prostorov Dializnega centra Sežana, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci, 2007).

---

<sup>23</sup> Pogodba z investitorjem avtorici ni bila na voljo, zato prikazan primer zasebnih vlaganj temelji na prispevku o javno zasebni investiciji Bolnišnice Sežana na strokovnem srečanju ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, 2007

## **5.2 Osnovno zdravstvo Gorenjske – javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske**

Primer sodelovanja javnega in zasebnega sektorja v gorenjskem osnovnem zdravstvu je poseben v prvi vrsti zaradi vzpostavitve dolgoročnega sodelovanja vseh pristojnih institucij pri skupnih vlaganjih v opremo in prostore v pogojih mešanega javno zasebnega zdravstva na primarni ravni. Osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG) ima status javnega zdravstvenega zavoda, ki so ga ustanovitelji, t. j. pet gorenjskih občin, ustanovili kot pravno osebo za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni s sedmimi relativno samostojnimi organizacijskimi enotami (ZD Jesenice, ZD Bled-ZD Bohinj, ZD Radovljica, ZD Tržič, ZD Kranj, Zobna poliklinika Kranj in ZD Škofja Loka), zaposluje 730 ljudi, od tega več kot 200 zdravnikov in zobozdravnikov.

V letu 2006 so ustvarili 28.930.896 EUR prihodka (6.933 mio tolarjev), za investicije v opremo, objekte ter za investicijsko vzdrževalna dela letno namenijo med 7 in 9 % celotnega prihodka. V letu 2006 je bilo za te potrebe porabljen 2,45 mio EUR (588 mio tolarjev), kar je 8,4% celotnega prihodka. V zadnjih desetih letih je bilo poslovanje zavoda vedno zelo uspešno.

Načrt za projekt je upošteval zatečeno stanje na področju osnovnega ZV, kjer je obstojal problem zagotavljanja urgentnega ZV-a. Z razvojem zasebnitva so občine ustanoviteljice, v sodelovanju z vodstvom osnovnega zdravstva, načrtovale povezavo javnega dela izvajanja zdravstva z zasebniki. Ker država ni zagotovila pogojev za ustrezno povezavo javnega in zasebnega dela zdravstva pri izvajanju urgentne dejavnosti in neprekinjenega zdravstvenega varstva, so občine v ta namen pripravile dogovor o vključevanju javnega zavoda in zasebnih izvajalcev. Nadgraditi so želeli zdravstveno dejavnost s spremljajočimi. Izvedli so objavo o gradnji objektov in z javnim razpisom zbrali ponudbe. Med razpisnimi pogoji je bilo določeno, da je predmet izvajanja dejavnost zdravstva, ni bil pa pogoj koncesijski način izvajanja storitev. Na podlagi postavitve vsebine objekta in obsega je koordinacijo prevzela občina, ki je s postopkom javne objave izbrala izvajalca del. V postopek so bili vključeni poleg predstavnikov ustanovitelja tudi predstavniki javnega in zasebnega dela zdravstva. V odnosu do izbranega izvajalca investicije je bila na strani javnega partnerja občina Kranj (v primeru izgradnje zmogljivosti za osnovno zdravstvo občine Kranj), na osnovi te krovne pogodbe pa je občina sklenila posebne pogodbe tudi z Zdravstvenim domom Kranj in z zasebnimi vlagatelji – koncesionarji, zasebnimi podjetji, oz. etažnimi lastniki. V primeru izgradnje kapacitet v Škofji Loki so vlagatelji sklenili pogodbo z izbranim izvajalcem.

### **5.2.1 Javno zasebno partnerstvo pri vlaganjih v OZG**

Večina zdravstvenih domov na Gorenjskem je bila zgrajena v sedemdesetih letih, kar pomeni, da so zgradbe stare 40 let in več. Razvoj medicinske stroke, številne nove dejavnosti tudi na primarnem področju in pa zlasti velik razvoj in širitev nujne medicinske pomoči ter možnost izvajanja zdravstvene dejavnosti tudi v obliki zasebnega dela, na podlagi koncesij, so bili razlogi, da so v OZG v sodelovanju z ustanovitelji in lastniki že v letu 1987 pričeli razmišljati o izgradnji prizidkov k obstoječim zdravstvenim domovom. Pri pripravi podlag za izgradnjo prizidkov so v soglasju z občinami, kot lastniki in upravljalci premoženja privzeli pristop, da naj lastnik zagotovi sredstva za izgradnjo poslovnih prostorov, OZG kot izvajalec storitev pa vso potrebno opremo in kader. Ker so bila razpoložljiva proračunska sredstva občin omejena, so občine uporabile možnost prijave na letne razpise Ministrstva za zdravje za sofinanciranje investicij iz proračuna MZ v mrežo zdravstvene službe na primarni ravni. Na ta način so občine pridobile del proračunskih sredstev za zagotavljanje nujne medicinske pomoči na demografsko ogroženih območjih.

V gorenjski regiji so vzpostavili dobro sodelovanje javnih zdravstvenih domov z zasebniki koncesionariji, za razliko od večine drugih okolij v Sloveniji, zato se je tudi zasebna dejavnost na podlagi koncesij izvajala v okviru obstoječih poslovnih prostorov zdravstvenih domov. Tudi pri načrtovanih investicijah so gorenjske občine ravnale tako, da so k sodelovanju pri investiranju v zdravstvene objekte pritegnile zainteresirane zasebne izvajalce. Prva skupna javno zasebna investicija je bil prizidek k ZD v Škofji Loki, ki je na podlagi razpisa v občinskem glasilu ugotovila pripravljenost za investiranje zasebnih sredstev v skupen, večnamenski zdravstveni objekt. Na podlagi prijave Občine Škofja Loka na javni razpis Ministrstva za zdravje in pozitivnega soglasja, se je ob koncu leta 1998 pričela zagotovo prva skupna večja javno zasebna investicija na področju primarnega zdravstva v Sloveniji, tj. izgradnja večnamenskega zdravstvenega objekta v Škofji Loki. 6. aprila 2000 je bil objekt odprt. V pritličju so bili zagotovljeni novi sodobni prostori za delo službe nujne medicinske pomoči, v prvi etaži so bile tri sodobne zasebne splošno družinske ambulante, v drugi etaži pa so namenili poslovne prostore Območni enoti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Ideja o skupnem javno zasebnem investiranju na Gorenjskem se je nadaljevala v Radovljici, kjer so decembra 2002 odprli nov prizidek k ZD Radovljica, ki se je prav tako gradil v sožitju javnega in zasebnega sektorja; v pritličju so bili zagotovljeni prostori za nujno medicinsko pomoč, v prvi etaži pa dve zasebni splošno družinski ambulanti in ambulanta za otroke, v okviru javnega zavoda OZG.

Februarja 2006 je bil dokončan tretji objekt, tj. prizidek k ZD Kranj, ki ima poleg pritličja še tri etaže. Vključenih je bilo dvanajst (12) zasebnih soinvestitorjev in sicer zobozdravniki, splošni družinski zdravnik, specialist internist, zobni protetik, zobna tehnika, družba za prodajo slušnih aparatov in družba, ki je ustanovila diabetološki center, ki vključuje diabetološko ambulanto, očesno ambulanto, edukacijski center, prodajo diabetičnih pripomočkov in prehrane za diabetike. V kleti je tudi zasebna parkirna hiša, v večinski lasti zasebnih izvajalcev, ki imajo svoje ambulante v prizidku. V pripravi je že četrti načrt in sicer v občini Trzič, ki naj bi ga dokončali v letu 2008.

### **5.2.2 Finančni viri in vključevanje zasebnih sredstev**

Vse tri investicije so bile finančno precej zahteven projekt, saj je bila vrednost objekta v Škofji Loki 1,1 mio EUR, v Radovljici 450.000 EUR in v Kranju 5 mio EUR. Finančna struktura sredstev je bila naslednja:

- Škofja Loka - skupaj 1,1 mio EUR, od tega 10% Ministrstvo za zdravje v dobi treh let, torej skupaj 110.000 EUR, zasebni investitorji 200.000 EUR skupaj z opremo, OZG za opremo 150.000 EUR, ostalo tj. 640.000 EUR pa proračun občine Škofja Loka. Delež zasebnih sredstev je bil 20%.

- Radovljica- skupaj 450.000 EUR, od tega zasebni investitorji 150.000 EUR skupaj z opremo, OZG skupaj z opremo 150.000 EUR, ostalo tj. 150.000 EUR pa proračun občine Radovljica. Delež zasebnih sredstev je bil 33%.

- Kranj- skupaj 5 mio EUR, od tega zasebni investitorji 2,5 mio EUR skupaj z opremo, OZG skupaj z opremo 250.000 EUR, ostalo tj. 2,25 mio EUR pa proračun Mestne občine Kranj. Delež zasebnih sredstev je bil 50%.

Pri vseh treh projektih je bila nosilka projekta občina, ki je tudi urejala vse formalnosti med investitorji in izvajalci. V Škofji Loki so zasebni investitorji, na podlagi gradbene knjige in mesečnih situacij, svoje deleže neposredno plačevali izvajalcu del, v Radovljici in Kranju pa je bila pogodba med izvajalcem del in investitorjem (občino) le ena, zasebni investitorji pa so svoje deleže, na podlagi posebne pogodbe, plačali občini.

### **5.2.3 Status zasebnih lastnikov**

Vsi trije objekti so v celoti namenjeni izvajanju zdravstvene dejavnosti, zato je bilo potrebno pred pričetkom sodelovanja z zasebnimi investitorji jasno opredeliti njihov status. Ker gre za zasebna sredstva v del skupnega javno zasebnega objekta, imajo zasebni lastniki status etažnega lastnika z vsemi pravicami in obveznostmi, ki jih prinaša status etažne lastnine. Pred pričetkom sodelovanja je bila podpisana skupna pogodba, kjer se je tudi določila namembnost prostorov, ki so v lasti zasebnih investitorjev. Svoje lastne

prostore lahko uporabljajo le za izvajanje zdravstvene dejavnosti, kar je zapisano v zemljiški knjigi. V primeru prodaje svoje lastnine ima predkupno pravico občina, kot lastnik večinskega deleža v objektu in kot ustanovitelj javnega zavoda. Predvideno je, da bo imel skupni objekt upravljalca. Med vsemi lastniki je podpisana medsebojna pogodba o delitvi skupnih obratovalnih stroškov, ki ureja deleže pri delitvi skupnih stroškov, to so stroški ogrevanja, čiščenja, električne energije in vode v skupnih prostorih, vzdrževanje skupnih površin, vzdrževanje parkirišča, strehe, fasade itd. Ker so vsi prostori sestavni del obstoječih zdravstvenih domov, je ogrevanje zagotovljeno iz skupne kotlovnice, zato OZG na podlagi te medsebojne pogodbe mesečno odčitava porabo tople vode in porabo toplotnih kalorij pri ogrevanju prostorov posameznega lastnika in ta delež mesečno zaračuna etažnemu lastniku. OZG zaračunava tudi določene manipulativne stroške etažnim lastnikom (Veternik Jože, Javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007).

#### **5.2.4 Ugotovitve v zvezi z javno zasebnim partnerstvom v OZG**

Izgradnja skupnih zdravstvenih objektov v obliki JZP financiranja se je izkazala kot pravilna v pogojih mešanega javno zasebnega zdravstva na primarni ravni na območju gorenjskih občin. S tem načinom sodelovanja so pridobili občina, zasebniki – koncesionariji in OZG kot javni zdravstveni zavod nove sodobne prostore. Zasebna sredstva so skupno s proračunskimi omogočila realizacijo investicije, pri čemer je bil uveden boljši nadzor izvedbe investicije. Z izgradnjo novih prostorov za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je bila omogočena koncentracija vseh zmogljivosti na eni lokaciji, s tem pa tudi razpoložljivost zdravstvenih dejavnosti za paciente na skupni lokaciji. K uspešni realizaciji projekta je v veliki meri prispeval sprejem premoženjskega sporazuma med občino in OZG o razdelitvi premoženja, tako da sporazum med 18 gorenjskimi občinami in OZG zavezuje občine, da na tej podlagi uredijo svojo lastnino v zemljiški knjigi in jo oddajo v upravljanje OZG. Sredstva v upravljanju – vrednost premičnin in nepremičnin ter najemnina je last OZG, kar predstavlja pomembno vzpodbudo za javni zavod, saj lahko prihodek iz tega naslova namenja za vlaganja v objekt in za nagrajevanje zaposlenih.

Ugotovljene težave pri tovrstnem partnerstvu so se izkazale v obliki občasno slabših medsebojnih odnosov med zasebnimi izvajalci – lastniki in zasebnimi izvajalci – najemniki ter zaposlenimi v javnem zavodu, težave so pri urejanju pravic iz naslova etažne lastnine, delitvi skupnih obratovalnih stroškov in upravljanju premoženja.

### **5.3 Inštitut RS za rehabilitacijo invalidov – izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov**

Inštitut za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani je zdravstvena institucija terciarnega nivoja. V letu 2006 je inštitut ustvaril 19.916.866 EUR (4.772.878 tisoč tolarjev) celotnega prihodka. Na trgu je ustvaril 8,51 % prihodkov. V devetdesetih letih je zavod izvedel obsežno investicijo v program rehabilitacije invalidov. Investicija je bila nacionalnega značaja in pretežni del finančnih sredstev je zagotavljala država, oz. skladi zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja. Glede na zahtevnost investicije, program izgradnje in predviden idejni načrt, projekt ni bil povsem zaključen. Za dokončno funkcionalno in vizualno dokončanje objekta je bilo potrebno dograditi nov vhod v inštitut s Tomačevske ceste. Funkcija "vhoda" sledi prilagojenosti ustanove invalidom, da bi zagotovili tudi vse podporne dejavnosti, ki bi lahko uporabnikom na enem mestu zagotovili tako zdravstveno obravnavo v inštitutu, kot tudi ostale vzporedne storitve. S tem namenom je inštitut preko javnega natečaja izbral arhitektonsko rešitev za projekt celostne ponudbe storitev za obiskovalce, paciente in invalide, ki jih potrebujejo za samostojno življenje. Poimenovali so ga "Novi vhod".

Glede na naravo in funkcijo novega vhoda inštitut ne načrtuje finančnih virov s strani ustanovitelja, Republike Slovenije, prav tako ne predvideva zagotavljanja sredstev za izgradnjo novega vhoda iz lastnih finančnih virov iz opravljanja dejavnosti. Ocenili so, da je narava projekta in njegova funkcija primerna za iskanje investicijskih virov v javnozasebnem partnerstvu.

#### **5.3.1 Opis investicije**

Novi vhod je koncipiran kot dvorišče (rondo) s širokim napuščem brez stebrov in drugih arhitektonskih ovir, pri zasnovi pa je v največji možni meri upoštevana humanost. Dvorišče je na sredi s fontano in drevesi ter nadomešča klasični vzorec vhoda v javno zgradbo. Avtomobilski prevoz je predviden le v izjemnih primerih (prestopanje invalidov v slabem vremenu iz avtomobila na voziček, intervencija, servis, gasilci, itd.). Novi vhod se navezuje na obstoječ bolnišnični objekt na eni strani in vezni hodnik na drugi strani. Snovalec je objekt zasnoval tako, da se ne zgublja svetloba v prostorih bolnišničnega objekta in je upošteval, da tako ali drugače vstopa v inštitut letno preko 30.000 ljudi (11 tisoč pacientov, 8 tisoč obiskovalcev, 11 tisoč obravnavanih na invalidski komisiji, zaposleni, študenti, udeleženci seminarjev in drugi). Predvideno je tudi, da bi se lahko v avli novega vhoda izvajali sprejemi pomembnih osebnosti. Snovalec je upošteval veliko frekventnost novega vhoda, pomembnost in veličino inštituta kot vodilne institucije na področju rehabilitacije

v Sloveniji, vključevanje v obstoječo arhitekturo in bližnjo okolico, kjer prevladujejo Plečnikove Žale, hkrati pa je zasnova moderna, s katero bo inštitut naredil pomemben korak naprej k drugačnosti in razlikovanju od drugih že obstoječih objektov. Programsko je funkcija vhoda zasnovana tako, da bo zadovoljevala nekatere vzporedne interese uporabnikov inštituta ter drugih, ki ne sodijo v redne dejavnosti inštituta in zavarovalne pravice iz javnih virov. Ob novem vhodu bodo poleg glavne recepcije inštituta locirane dejavnosti, ki dopolnjujejo temeljne naloge inštituta, kot so: zobna ambulanta za paciente na vozičkih, frizerski salon, ki bo dostopen uporabnikom na vozičkih, servis za transport invalidov na invalidskih vozičkih, prostori za funkcionalni inženiring, ki se bo ukvarjal z odpravljanjem klasičnih ovir in adaptacij stanovanj za invalide ter ostali komplementarni programi, s pomočjo katerih bodo vzpostavljene nekatere nujne in tržno zanimive servisne dejavnosti za invalidsko populacijo. Objekt bo imel klet, pritličje s pokritim dovozom in vhodom ter eno nadstropje, v skupni izmeri 2000 kvadratnih metrov.

### 5.3.2 Vsebina objekta

Objekt predstavlja naslednje prostore:

- kletni prostori, kjer so nameščena parkirna mesta in skladiščni prostori za dejavnosti opisane v pritličju (površina 1000 m<sup>2</sup>)
- pritličje, kjer so nameščeni prostori recepcije za potrebe inštituta, trgovina za ortopedsko obutev, frizer za invalide, pedikura, agencija za transport in turizem uporabnikov na vozičkih, zobna ambulanta za invalide, pisarna za funkcionalni inženiring, avla itd. (površina 1000 m<sup>2</sup>)
- nadstropje, kjer so nameščeni pisarniški prostori (površina 1000 m<sup>2</sup>)

**Tabela 5.1: Prikaz vrednosti investicije in deleži vložkov javnega in zasebnega partnerja**

Vrednost investicije	EUR
Strošek izdelave javnega natečaja	30.000
Strošek priprave dok. JZP	50.000
Strošek izdelave projektov	200.000
Strošek gradnje in opreme	3.600.000
Strošek prispevkov	210.000
Ostali stroški (nadzor, nepredvideni stroški)	50.000
Strošek zemljišča	
2000 m <sup>2</sup> 300 EUR/m <sup>2</sup>	600.000
<b>SKUPNO</b>	<b>4.740.000</b>



### Vložki javno zasebnega partnerstva

<b>Vložek koncudenta</b>	
Izdelava javnega natečaja	30.000
Vložek zemljišča	600.000
Strošek priprave dok. JZP	50.000
<b>SKUPAJ</b>	<b>680.000</b>

<b>Vložek koncesionarja</b>	
Izdelava projektov	200.000
Gradnja in oprema	3.600.000
Prispevki	210.000
Ostalo	50.000
<b>SKUPAJ</b>	<b>4.060.000</b>

Vir: Inštitut za rehabilitacijo invalidov Ljubljana, Robert Cugelj, 2006

#### 5.3.3 Način skupnega upravljanja z vložkom

Glede na več možnih načinov upravljanja z vložkom, opisanih v posameznih poglavjih naloge, je inštitut za projekt novega vhoda kot najprimernejšega izbral sistem, ko objekti in naprave postanejo last javnega partnerja po določenem času (BOT), saj se s tem prenese celotna investicija, upravljanje in vzdrževanje objekta na zasebnega partnerja. Odločitev je smiselna glede na to, da bi bilo v tem primeru sklenjeno koncesijsko JZP, katerega predmet bi bila koncesija gradnje in bi zasebni partner lahko zagotovil povrnitev vloženih sredstev iz naslova prihodkov za oddajo prostorov, v katerih bi potekalo izvajanje storitev, pri čemer je potrebno upoštevati maksimalen rok za podelitev koncesije. Sicer bi lahko v tem primeru izbirali med oblikami JZP, kot so BTO, BOT in BOO (Tabela 1, lestvica JZP).

#### Pričakovani donosi javnega in zasebnega partnerja

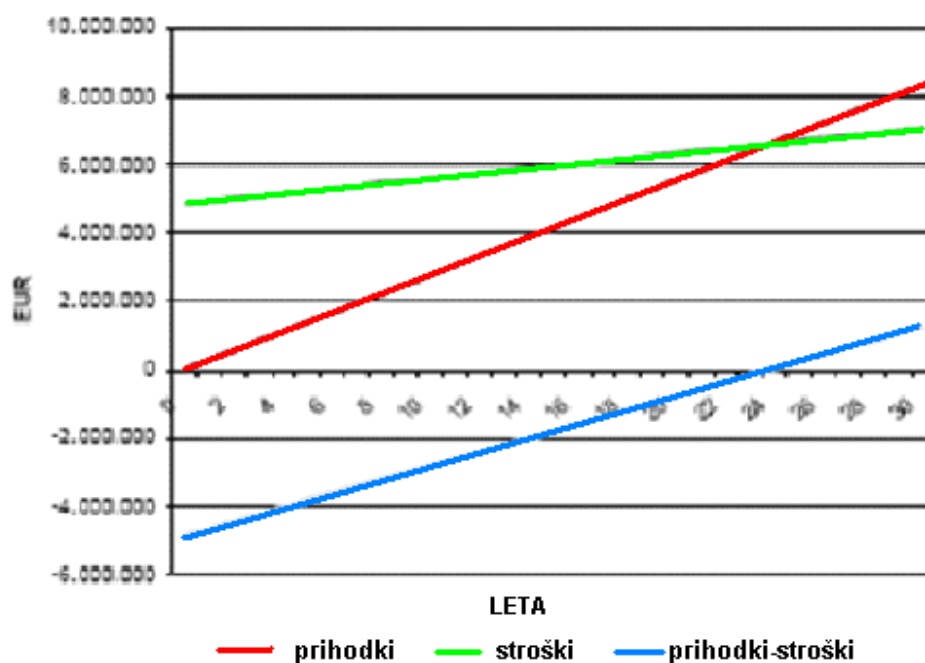
Pri izračunu donosnosti je bilo upoštevanih več predpostavk, ki pridejo v poštev pri odločitvi o dejanski realizaciji projekta in morajo biti zelo natančno razdelane:

- vložek koncudenta v investicijo se obračuna kot vračilo uporabe prostorov znotraj novega vhoda,
- v izračunu niso bile upoštevane podražitve najemnine in se je najemnina za vsa leta obračunavala glede na veljavno najemnino v letu 2007 (v izračunu je upoštevana najemnina na m<sup>2</sup> po ceni 10 EUR za pisarniške prostore in trgovino, 7 EUR/m<sup>2</sup> za avlo in recepcijo in 6 EUR/m<sup>2</sup> za garažne prostore),

- v izračunu niso bile upoštevane podražitve energije in so upoštevane cene v marcu 2007,
- vzdrževalni stroški in stroški upravljanja so upoštevani za vsa leta pavšalno in z enako vrednostjo,
- upoštevana je povprečna vrednost teh stroškov ob predpostavki, da v prvih letih ne bo večjih vzdrževanj, v nadaljnjih letih pa se bodo stroški vzdrževanja povečevali,
- ocenjeno je, da je možnost napake pri izračunih v obdobju 30 let cca.  $\pm 10\%$ .

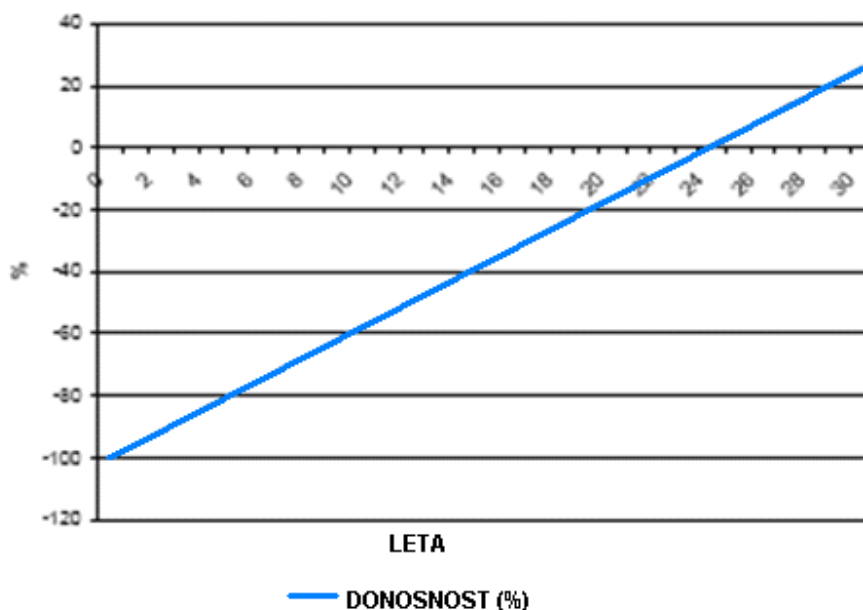
Izračun upravičenosti investicije je pokazal, da bi se investicija začela vračati po preteku 24 let, kjer je tudi prelomna točka, prikazana na Sliki 5.1.

Slika 5.1: Prikaz prelomne točke upravičenosti investicije



Vir: Inštitut za rehabilitacijo invalidov Ljubljana, Robert Cugelj, 2006

Slika 5.2: Prikaz donosnosti investicije po letih



Vir: Inštitut za rehabilitacijo invalidov Ljubljana, Robert Cugelj, 2006

Po grobih predpostavkah je načrtovano, da bo prelomna točka pri 26 letih in bo investicija v nadaljnjih 5 letih dosegla pričakovano donosnost. IRI je ob predpostavki izračunov donosov (Slika 5.14) ugotavljal, da je prelomna točka, ko investicija postane smiselna za vlagatelja, po 24 letih delovanja.

Ob pričakovanih donosih zasebnih investitorjev med 20 in 30 % je izračun pokazal, da je donos v 30 letih 25 %, kar bi zasebnega vlagatelja prepričalo v smiselnost vlaganja v projekt "Novi vhod" IRI.

IRI bi ob primerno opredeljeni pogodbi za izvedbo projekta z zasebnim partnerjem v javno zasebnem sodelovanju zagotovil celostno in funkcionalno zaključeno podobo inštituta, možnost uporabe prostorov v novem vhodu in avle, ki bi bila namenjena pacientom in obiskovalcem ter bi zagotavljala širšo in kvalitetnejšo ponudbo storitev. Tveganje je v primeru pripravljenega projekta v prvi vrsti na strani zasebnega vlagatelja, ob predpostavki, da bo moral zgrajene prostore oddajati, kar pa mu bo lahko zagotavljalo pričakovani donos, če se bodo v novih prostorih uspešno izvajale predvidene dopolnilne in podporne dejavnosti. Inštitut bo v primeru odločitve za JZP sklenil koncesijsko JZP s predmetom koncesija gradnje. Na strani javnega partnerja je po zakonu RS, lahko pa bi Vlad RS to vlogo prenesla na IRI. Kot svoj vložek načrtuje IRI v vlogi javnega partnerja vrednost zemljišča, ocenjeno na 600.000 EUR, ker je inštitut vpisan v zemljiško knjigo kot lastnik (Cugelj Robert, Možnost javno-zasebnega partnerstva pri

izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007).

Za projekt JZP pri izgradnji »novega vhoda IRI« se bo inštitut predvidoma odločil, ko bo izkazan interes s strani zasebnih vlagateljev in na drugi strani ustrezna stopnja pripravljenosti, oziroma podpore s strani ustanovitelja.

#### **5.4 Splošna bolnišnica Brežice – pogodbeno partnerstvo na področju pogodbenega zagotavljanja prihranka energije in dobave energentov – rekonstrukcije kotlarne**

Bolnišnica Brežice je splošna bolnišnica z letnim obsegom poslovanja, izraženim z 9.211.376 EUR (2.207.415 tisoč sit) letnih prihodkov; na trgu je v letu 2006 ustvarila 3,02 % prihodkov. Vrednost dolgoročnih sredstev in sredstev v upravljanju je znašala 2.188.336 EUR (524.413 tisoč tolarjev). Bolnišnica je poslovala v letu 2006 s presežkom prihodkov nad odhodki, število zaposlenih je 280. Glede na splošne kazalce se uvršča med manjše splošne bolnišnice v Sloveniji.

Bolnišnična stavba je stara 120 let, adaptacije in preureditve so bile izvedene leta 1974 in kasneje; kotlovnica in naprave v njej so bile leta 2006 starejše od 35 let.

Vodstvo bolnišnice se je zavedalo okoliščin, da kot manjša splošna bolnišnica ne bo uspela pridobiti proračunskih sredstev za vse načrtovane investicijske potrebe; pristojno ministrstvo se je opredelilo do prioritete vlaganj v temeljne bolnišnične dejavnosti in ne za vlaganja v podporne, nemedicinske dejavnosti, kot je kuhinja, ogrevalni sistem, dializa. Za izvedbo projekta v JZP je bila pomembna okoliščina, da je vodstvo bolnišnice ocenilo možnost najetja kredita s strani bolnišnice za izvedbo investicije kot bistveno zahtevnejši in dolgotrajnejši postopek. V skladu z določili Zakona o javnih financah bi morala bolnišnica zadostiti vsem zahtevam za najetje kredita (izdelava elaborata, projekti, potrebna soglasja), kar bi bil sorazmerno dolgotrajen postopek do pridobitve soglasja MZ, oz. MF z nepredvidljivim izidom. Obstoječe okoliščine v zvezi z možnostjo pridobitve javnih virov za investicijo so vzpodbudile vodstvo bolnišnice k iskanju alternativnih načinov za uresničitev načrtovane investicije.

#### **5.4.1 Ugotovitve in razlogi za odločitev o investiciji s pogodbenim partnerstvom**

Energetski sistem v bolnišnici je bil zaradi proizvodnje pare, ki se je uporabljala predvsem v kuhinji in pralnici in njene uporabe tudi za ogrevanje, izjemno energetsko potraten in drag za vzdrževanje. V času odločanja o prenovi je bil sistem dotrajan in je zahteval stalna draga popravila, sistem upravljanja pa je zahteval stalno prisotnost upravljavca sistema. Z oddajo pranja perila zunanjemu izvajalcu in prehodom kuhanja na novejša naprave, tudi ni bilo več potrebe po pari kot energentu v kuhinji in pralnici. Ko se je v letu 2002 v brežiški občini pričel izvajati projekt izgradnje plinovoda, je SB Brežice s koncesionarjem dosegla dogovor, da le-ta na svoje stroške pripravi študijo prednosti in slabosti ob morebitnem prehodu na nov energent. Bolnišnica je uporabila tudi obstoječe priložnosti na področju zagotavljanja prihrankov energije, zlasti projekte pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije, ki jih je podpirala Agencija RS za okolje in prostor, ki je subvencionirala stroške energetskih pregledov in investicijskih študij. V zvezi s podporo projektom pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije je Vlada RS v letu 2004 sprejela Resolucijo o nacionalnem energetskem programu (Ur. l. Rs, št. 57/04), ki za javni sektor postavlja cilj povečanja energetske učinkovitosti do leta 2010 za 15 %, Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za okolje in prostor pa sta sklenila dogovor o sodelovanju na področju učinkovite rabe energije. Zaradi omejenosti investicijskih sredstev je poseben poudarek podan tudi spodbujanju JZP v obliki izvajanja energetskih naložb s financiranjem s strani tretje stranke (Third Party Financing; v nadaljevanju TPF). Izvedba projekta TPF tako poleg financiranja praviloma zajema tudi načrtovanje in vgradnjo novih naprav, vodenje in nadzor obratovanja, vzdrževanje in motiviranje porabnikov energije.

Ob upoštevanju tlorisne površine sedmih ogrevanih objektov bolnišnice (7.484 m<sup>2</sup>) je znašala raba toplotne energije 420 kWh/m<sup>2</sup>, oziroma 24 kWh/posteljo, ki pa so se bistveno razlikovale od priporočenih vrednosti (330 do 345 kWh/m<sup>2</sup>), ki jih navaja strokovna literatura. Na podlagi navedenih dokumentov in ugotovljenega stanja porabe ter trenda zviševanja vseh stroškov, je bil februarja 2004 izdelan Idejni projekt kotlarne s predstavitvijo slabosti sistema in možnih rešitev v dveh variantah. Predlagane rešitve so kazale, da je z rekonstrukcijo kotlarne in ogrevalnih sistemov ter prehodom na zemeljski plin kot energent, mogoče sanirati obstoječe stanje in prihraniti najmanj 1/4 finančnih sredstev, ki jih je SB Brežice letno porabila za kurilno olje.

SB Brežice je v planu investicijskih potreb v zavodu do leta 2008, ki ga je 6. 2. 2003 posredovala Ministrstvu za zdravje v okviru drugih planiranih investicij (skupna intenzivna terapija, adaptacija bolnišničnih prostorov do standardov, rekonstrukcije za nadstandard) in odpravi kritičnih točk po študiji požarne varnosti, znotraj teh planirala tudi rekonstrukcijo kotlarne in ogrevalnih sistemov. Hkrati je bolnišnica spremljala vsa

dogajanja v Sloveniji na področju zagotavljanja prihrankov energije, zlasti še projekte pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije, ki jih podpira in načrtuje tudi Agencija RS za učinkovito rabo energije. Pri izvajanju projekta "Vzpostavitev borze za pogodbeno znižanje stroškov za energijo v vzhodni Evropi" v Sloveniji deluje kot svetovalni center za pogodbeno znižanje stroškov za energijo Center za energetska učinkovitost Instituta "Jožef Štefan". Bolnišnica je ocenila, da je glede na zastarelost objektov in naprav ter glede na stanje predvsem ogrevalnih sistemov, stroške, ki nastajajo s porabo energentov in vzdrževanjem naprav, znanem pomanjkanju sredstev za investiranje ter ob planiranju vlaganj v te sisteme, verjetno edina možnost, da se k projektu pristopi z načinom, kot je pogodbeno znižanje stroškov za energijo.

Ministrstvo za zdravje je na deklarativni ravni podprlo posodobitve energetskih naprav in druge ukrepe za varčno rabo energije, ki so uresničljivi z investicijami iz zasebnih virov ter s financiranjem investicijskih vlaganj iz prihrankov in pristop SB Brežice k prenovi ocenilo kot pravilen (Zorko Tone, Primer javno zasebnega partnerstva na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije v Splošni bolnišnici Brežice, 14. strokovno srečanje ekonomistov in posovodnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007).

#### **5.4.2 Cilji projekta pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije v SB Brežice**

SB Brežice je za pogodbeno zagotavljanje prihrankov energije opredelila naslednje cilje:

1. Prihranek energije in znižanje stroškov za energente.
2. Obnova in rekonstrukcija zastarelega in dotrajanega ogrevalnega sistema za ogrevanje prostorov in pripravo tople sanitarne vode.
3. Zagotavljanje primerne ogrevanja vseh prostorov v poslovnih stavbah.
4. Zagotavljanje varnosti obratovanja kurilnih naprav, naprav za kuhanje in pranje perila.
5. Nadomestitev energetske potratnega parnega sistema za ogrevanje tehnološke vode v pralnici in kuhanja v parnih kotlih v kuhinji ter ogrevanje stavb.
6. Zamenjava energenta (ELKO) z zemeljskim plinom za potrebe ogrevanja, priprave tople sanitarne vode in kuhanja.
7. Prihranek stroškov dela, upravljanja in vzdrževanja ogrevalnega sistema.
8. Izgradnja sistema iz naslova prihrankov stroškov za energijo, brez dodatnih vlaganj in angažiranja finančnih sredstev naročnika.
9. Oddaja izvajanja rekonstrukcije kotlovnice, upravljanja in vzdrževanja sistema zunanjemu izvajalcu po sistemu javno zasebnega partnerstva.

10. Ekološko sprejemljiva naložba z zmanjšanjem izpustov CO<sub>2</sub>.
11. Prihranek električne energije in vode.
- 12.

Sprejeli so tehnično tehnološko rešitev za rekonstrukcijo in izvedbo štirih samostojnih toplotnih podpostaj za zagotavljanje oskrbe s toplo sanitarno vodo v času gradnje in možno ločeno delovanje kurilnice samo za ogrevanje prostorov in le v času ogrevalne sezone. Skladiščna naprava za kurilno olje ni bila predmet obnove, ampak je bila nadomeščena z manjšo, novo. Obnovljena je bila kuhinja s preходом na termični sistem.

### **5.4.3 Ekonomska upravičenost investicije**

S stališča ekonomske upravičenosti je pri obravnavani investiciji ključno vprašanje, ali bodo iz sredstev prihrankov stroškov energije lahko pokriti stroški investicije in kako bodo dogovorjene cene energetskih storitev. Bolnišnica je hkrati z idejnim projektom za prehod ogrevanja na zemeljski plin izdelala analizo zmanjšanja porabe energenta in oceno stroškov ob realizaciji projekta (Ekonomska analiza zmanjšanja porabe energenta in ocena stroškov ob realizaciji idejnega projekta SB Brežice, SB Brežice, 2005). Izračunani so bili prihranki zaradi posodobitve naprav, toplotnih postaj in preostalih posodobitev ter prihranki zamenjave energenta. Predhodna analiza je izkazala skupni prihranek v višini 50,5 %, kar bi predstavljalo letni prihranek bolnišnice v višini 72.658 EUR (17.411.826 tolarjev) letno. Ob upoštevanju končnega izračuna prihrankov (Tabela 5.2), ki temelji na referenčni porabi ELKO in propana v letu 2005, s spremembo energenta in preходом na zemeljski plin, sanacijo rezervoarjev ter investicijo v termični del kuhinje s prezračevanjem, pa je bilo ocenjeno, da bi v letu 2006 bolnišnica letno zmanjšala stroške ogrevanja za 26,6 %.

**Tabela 5.2: Prihranki energije v KWH in pričakovan prihranek v naslednjih letih**

Ime energenta	Količina/l	kurilna vr. kwh/l	kWh	%prihranka
Elko <sup>24</sup>	319985	9,73	3113454,05	
Propan	3840	6,8	26112	
skupaj			3139566,05	
<b>Leto 2006</b>				
Elko	158559	9,73	1542779,07	
zemeljski plin	80083	9,5	760788,5	
Skupaj			2303567,57	
Prihranek			835998,48	26,63
<b>Pričakovan prihranek v naslednjih letih h (količina zp je poraba 2006/5*12)</b>				
Naslednja leta	192199	9,5	1825890,5	
Referenčno leto			3139566,05	
Prihranek			1313675,55	41,85

Vir: Energetsko knjigovodstvo, SB Brežice, 2006

Podatki o stroških investicije in načinu plačil izhajajo iz pogodbenega razmerja v času izvajanja, upravljanja in vzdrževanja sistema ter dobave energenta. Določeni so na naslednji način:

- zjamčeni znesek (zagotovljen prihranek 25,9 %) v celoti pripada izvajalcu
- izvajalcu pripada 25 % bonus (dodatek prihranka), zavodu pa 75 %, če je prihranek višji kot je zagotovljen
- dodatno letno plačilo izvajalcu
- neto vsota naložbe (skupni investicijski stroški brez DDV) 532.048 EUR (127.500.000,00 tolarjev)
- delež tehničnih aparaturnaprav znaša pri neto obsegu naložbe v odstotkih 90,82 %
- upravljanje in vzdrževanje sistema 15 let, pričetek izvajanja storitve 2006, konec trajanja pogodbe leta 2021.

<sup>24</sup> Elko – ekstra lahko kurilno olje



Velikost bolnišnice ni omogočala poplačila investicije iz prihrankov energije. Zato sestojijo plačila iz treh delov plačila SB Brežice, in sicer:

- osnovno fiksno plačilo za glavno storitev, ki se nanaša na Petrolovo jamstvo prihranka okoli 25 %;
- odstotek bonus-a - variabilno plačilo, kot dodatna stimulacija za doseg višjih prihrankov od zagotovljenih (25 % Petrol, 75 % SB Brežice) in
- dodatno fiksno plačilo za zagotavljanje izvedbe celotnega projekta.

Letni stroški so dotedaj znašali skupaj z DDV 198.631 EUR (47,6 mio tolarjev), izračunani bodoči pa 211.567 EUR (50,7 mio tolarjev), s tem da so v investiciji zajeti tudi stroški termičnega dela kuhinje skupaj s prezračevanjem (vezan na spremembo energenta - zemeljski plin) v skupni višini 77.199 EUR (18,5 mio tolarjev) in stroški sanacije rezervoarja za ELKO v višini 27.123 EUR (6,5 mio tolarjev). Z vsemi tremi viri plačil je SB Brežice za kompletno energetske oskrbo plačala manj kot v letih pred investicijo, saj je z vgrajeno novo tehnologijo ogrevanja, pripravo tople sanitarne vode in kuhanja dosegla energetske prihranke nad 25 % (po pogodbi zajamčen prihranek 25,9 %) glede na referenčno obdobje, to je leto 2005, v katerem je znašala poraba energije 3.139.566 kWh (319.985 l ELKO in 3.840 UNP). Predvideno znižanje porabe energije za 812.594 kWh pomeni letno rabo 244.944 m<sup>3</sup>, oziroma 103.511 EUR (24.805.422,00 tolarjev) po cenah v referenčnem letu zemeljskega plina (prihranki iz naslova razlik v porabi in ceni goriva gredo takoj v celoti SB Brežice). Na uspešnost projekta oziroma prihranke kaže tudi podatek, da je SB Brežice v letu 2006, ko je nov ogrevalni sistem deloval pet mesecev, za energente za ogrevanje izkazala 154.815 EUR (37,1 mio tolarjev) stroškov, v letu 2005 pa 198.631 EUR (47,6 mio tolarjev). Tudi trend naraščanja cen kurilnega olja v zadnjih treh letih nakazuje, da bi se stroški za ogrevanje ob enaki porabi strmo zviševali, saj je bila povprečna cena kurilnega olja v letu 2005 0,556 EUR (133,26 tolarjev), v letu 2006 0,610 EUR (146,26 tolarjev) in v prvih štirih mesecih leta 2007 0,978 EUR (234,29 tolarjev).

#### **5.4.4 Ekološka sprejemljivost naložbe**

Zaradi vgrajenih sodobnih naprav (kotli, plinska trošila, regulacijski sistemi ipd.) poleg pozitivnega ekonomskega učinka ima investicija tudi ugoden ekološki učinek, saj se bodo letne emisije CO<sub>2</sub> znižale za najmanj 372 t. Znižanje izpusta CO<sub>2</sub> prikazuje Tabela 5.3. Znižala se je tudi poraba električne energije ter vode. Pričakovati je tudi, da bo cena bivšega energenta (ELKO) rasla hitreje kot cena zemeljskega plina, kar že velja za leta 2005, 2006 in 2007, kar dodatno povečuje prvotno načrtovane finančne učinke prehoda na zemeljski plin kot emergent in s tem na ekonomsko upravičenost naložbe.

Odločitev, da se projekt izvede po sistemu javno zasebnega partnerstva, je imela za posledico delno v letu 2005 ter v letih 2006 in 2007 v celoti že ustvarjen prihranek tudi iz naslova stroškov za plačo vzdrževalca - kurjača v višini 6802 EUR (1,63 mio tolarjev) na leto, ki ni bil nadomeščen z drugim delavcem, saj pogodba zajema tudi stroške upravljanja in vzdrževanja sistema.

**Tabela 5.3: Znižanje izpusta CO2 in pričakovani izpusti v naslednjih letih**

Ime energenta	Količina/l	kurilna vr. kwh/l	kWh	%prihranka
ELKO	319985	2,8	895958	
propan	3840	1,51	5798,4	
skupaj			901756,4	
<b>Leto 2006</b>				
ELKO	158559	2,8	443965,2	
Zemeljski plin	80083	1,9	152157,7	
skupaj			596122,9	
Znižanje izpusta			305633,5	<b>33,89</b>
<b>Pričakovani izpusti v naslednjih letih (količina zp je poraba v letu 2006/5*12)</b>				
Naslednja leta	192199	1,9	365178,1	
			901756,4	
			536578,3	<b>59,50</b>

Vir: Energetsko knjigovodstvo, SB Brežice, 2006

#### 5.4.5 Ureditev pogodbenega razmerja med SB Brežice in zasebnim partnerjem

Na podlagi projektov je bilo gradbeno dovoljenje za rekonstrukcijo kotlarne izdano julija 2005. Bolnišnica je izvedla javno naročilo storitve in blaga po odprtem postopku za pogodbeno zagotavljanja prihranka energije in dobavo energenta konec leta 2005 (Razpisna dokumentacija – Oddaja naročila po odprtem postopku za pogodbeno zagotavljanje prihranka energije in dobavo energenta, SB Brežice, 2005). Razpisno dokumentacijo je dvignilo pet potencialnih ponudnikov, maja 2006 pa je bila z izbranim izvajalcem PETROL d. d. podpisana pogodba za izvedbo del.

Predmet pogodbe so storitve upravljanja in vzdrževanja sistema ter blago - sukcesivne dobave energenta za pogodbeno znižanje stroškov za energijo. Določene so kot tehnične aparature, naprave, stvari ter storitve za nadomestitev energetske potratnega parnega sistema za ogrevanje tehnološke vode ter ogrevanja stavb bolnišnice z vgradnjo dveh kotlov Buderus Logano GE 615, moči 1,11 MW in plinska trošila Buderus Logmax plus GB 112 (5 kosov moči 0,49 MW), ki skupaj zagotavljajo vse potrebe za ogrevanje

prostorov, pripravo tople sanitarne vode in kuhanje z vso spremljajočo opremo (gorilci, plinska trošila, kotlovski varnostni sistem), rekonstrukcija za menjavo celotnega razvoda nizekotlačne pare, zamenjava cevi in centralna priprava tople sanitarne vode. Merila ugotavljanja višine in strukture investicije so dejanske storitve, ugotovljene v okviru prevzema na podlagi cen za enoto, ki jo je naročnik potrdil v obliki seznamov storitev. Hkrati je v pogodbi dogovorjena izrecna pravica naročnika, da do konca trajanja pogodbe zahteva izvedbo ukrepov za prihranek energije, ki jih je navedel v analizi.

Neto vsota naložbe predstavlja 532.048 EUR (127.500.000,00 tolarjev) - (skupni investicijski stroški brez DDV). Delež tehničnih naprav znaša pri neto obsegu naložbe 90,8 %. Po pogodbi je bil predvideni pričetek izvajanja glavne storitve 1.10.2006, konec trajanja pogodbe je 30.9.2021. Upravljanje in vzdrževanje sistema je predvideno za dobo 15 let. Po pogodbi je zajamčeni znesek - zagotovljen prihranek 25,9 % in v celoti pripada izvajalcu. Izvajalcu pripada 25 % bonus (dodatek prihranka), zavodu pa 75 %, če je prihranek višji kot je zagotovljen. Izvajalec prejme dodatno plačilo v višini 23.855 EUR (8.716.500 tolarjev) letno (Pogodba za pogodbeno zagotavljanje prihranka energije in dobavo energenta, SB Brežice, 2005).

Pri pogodbenih določilih sem posebno pozornost namenila vprašanju **tveganja** za uspešnost projekta na strani javnega partnerja. V tej zvezi je mogoče ugotoviti, da sta oba partnerja, tako javni – SB Brežice kot zasebni – Petrol, d.o.o. Ljubljana odgovorno in podrobno opredelila tveganja. To je mogoče ugotoviti na podlagi pogodbenih določil, s katerimi je bolnišnica posebej opredelila pravico veta za primere ravnanj ali stanj, da bi bili ukrepi za prihranke energije nezdružljivi z zakoni ali predpisi, da bi bili v nasprotju z osnovnim namenom pogodbe ali če bi se pri naročniku pojavil dvom o ukrepih za prihranek energije glede izpolnjevanja zahtev glede kakovosti ali o transparentnosti. Za primer, da ne bi bil dosežen vnaprej opredeljen obseg investicije, lahko naročnik do konca trajanja pogodbe uveljavlja zmanjšanje v obliki znižanja udeležbe, ki pripada izvajalcu za odstotek, sorazmeren neizvršenemu obsegu investicije. Za naročnika je glavno tveganje, da ne bi bilo doseženo zmanjšanje porabe in stroškov energije. Pogodba vsebuje jamstvo prihranka, ki ga izvajalec garantira kot glavno storitev, in sicer na način, da bodo za čas pogodbe prihranki zagotovljeni v vnaprej opredeljeni višini. Določilo pogodbe, da v primeru popolnega nedoseganja zastavljenih ciljev ne bo prejel osnovnega plačila niti bonusa ter bo moral povrniti vrednost negativne razlike do osnovnega plačila za celotno obdobje izvajanja glavne storitve, daje naročniku zagotovilo, da bo izvajalec izpolnjeval svojo odgovornost, saj se bo "poplačeval" tudi iz prihranka stroškov energije. V pogodbi si je naročnik dogovoril pravico prenehanja dobave energenta, če naročnik dobi na trgu

cenejši energent. Tveganje na strani bolnišnice je za primer likvidacije ali stečaja izvajalca, za kar pogodba predvidi predkupno pravico naročnika na neamortiziranem delu naprav in stvari, ki jih je vgradil izvajalec.

Zasebni partner je za preprečitev tveganj na svoji strani v pogodbi dogovoril odškodninske zahteve, če so razlogi za preprečitev izvajanja ukrepov nastali zaradi nepoznavanja ovir ter jih izvajalec ni poznal. Naročnik nosi tveganje, če izvajalec ne doseže vsote investicije ali pride do odstopanj pri strukturi investicije, saj naročniku v tem primeru ne pripadajo zahteve za zmanjšanje, ker so odstopanja nastala po njegovi krivdi. Izvajalec se je ustrezno zavaroval za primer odsvojitve stavbe, pravnega nasledstva ali opustitve stavbe, saj je v tem primeru v pogodbi predvideno, da se z odsvojitvijo ali prepustitvijo, prenesejo na novega lastnika obveznosti iz pogodbe.

**Lastništvo** vseh naprav in stvari, ki jih vgradi izvajalec, ostaja do polnega poplčila vseh finančnih obveznosti naročnika do izvajalca iz te pogodbe, pri izvajalcu, Petrolu, d.o.o. Po preteku pogodbenega obdobja preidejo vse naprave in stvari, vključno z dopolnitvami v času trajanja pogodbe, v last naročnika, SB Brežice.

#### **5.4.6 Koristi in pričakovanja v zvezi z izvedbo investicije s pogodbenim partnerstvom**

Če upoštevamo prve aktivnosti iz leta 2002 kot začetek projekta, priprave projektov in gradbenega dovoljenja, javno naročilo za izvedbo del, upravljanje in vzdrževanje sistema ter objava razpisa konec leta 2005, izbor izvajalca v začetku leta 2006 in maja 2006, podpis pogodbe za izvedbo del ter nato prevzem sistema v upravljanje oktobra 2006, je trajal proces od ideje do izvedbe 4 leta.

Rezultati po izvedeni investiciji v obnovo kotlarne in zamenjavi energenta v letu 2006 kažejo, da je SB Brežice prvi zavod v zdravstvu v Sloveniji, ki je na tem področju dosegel ugoden napredek, tako v porabi energentov, kot tudi stroških za energente ter bistvenem zmanjšanju izpustov CO<sub>2</sub>, kljub dejstvu, da se je v zadnjih treh letih obseg opravljenih storitev v zavodu vsako leto povečal za 4 do 8 % letno, in da so cene na trgu za energijo naraščale še hitreje.

V zavodu se je poraba električne energije od leta 2005 do leta 2007 povečala za 12 %, njena skupna nabavna vrednost pa kar za 34 %. Skupna poraba energentov v kWh je v tem obdobju padla za 31 %, skupni stroški pa so se kljub zviševanju cen energentov v tem obdobju znižali za 12 %. Skupne emisije CO<sub>2</sub> so se znižale za 27 %, poraba vode pa za 11 %. Glede na porabo energentov za ogrevanje, toplo sanitarno vodo in kuhanje so se porabe energentov in stroški zanje znižali že v letu 2006, še bolj pa v letu 2007 nad planiranimi, ki so po pogodbi z izvajalcem dogovorjeni na 25,9 %. Pričakovano in doseženo je tudi znižanje porabe vode. Bolnišnica na osnovi spremljanja podatkov o porabi energije v letih 2005-2007 ugotavlja, da se je nepričakovano, kljub nekaterim že izvedenim ukrepom za znižanje porabe električne energije, le ta

povečala več, kot pa se je v tem obdobju povečal program izvedenih storitev. Ocenjujejo, da gre večji del porabe električne energije na račun na novo vgrajenih hladilnih naprav.

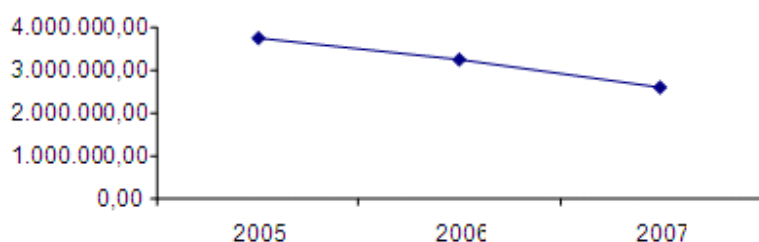
Podatki kažejo, da bi ob enaki porabi ELKO (v referenčnem letu 2005 je bila poraba 319.985 l) v letu 2007 samo za ta energent stroški znašali 197.110 evrov, dejanski strošek za zemeljski plin pa je bil 113.070 evrov, kar je skoraj 43 % manj. Ob upoštevanju stroška za propan (3840 kg), ki je bil v preteklosti uporabljan za kuhanje v znesku 2.185 evrov in stroškov upravljanja in vzdrževanja sistema ogrevanja, ki so znašali 14.495 evrov, so se skupni stroški znižali za 100.420 evrov oziroma za 51,2 %.

**Tabela 5.4: Gibanje porabe energije v SB Brežice v letih 2005-2007**

	Količinska poraba energentov		
	2005	2006	2007
Elektrika (kWh)	560.240,00	564.848,00	633.756,00
ELKO (kWh)	3.199.850,00	1.934.140,00	0,00
Z. plin (kWh)	0,00	760.788,50	1.976.076,00
Voda (m <sup>3</sup> )	15.342,00	13.910,00	13.729,00
Skupaj (kWh)	3.760.090,00	3.259.776,50	2.609.832,00

Vir: Podatki energetskega knjigovodstva, SB Brežice

**Slika 5.3: Gibanje porabe energije v SB Brežice v letih 2005-2007**



Vir: Podatki energetskega knjigovodstva, SB Brežice

Ob upoštevanju vrednosti vračila okoljske dajatve po Pogodbi o zmanjšanju onesnaževanja zraka z emisijo ogljikovega dioksida sklenjeno z MOP, ki za leto 2007 znaša 3.091 evrov, so se skupni stroški za delovanje

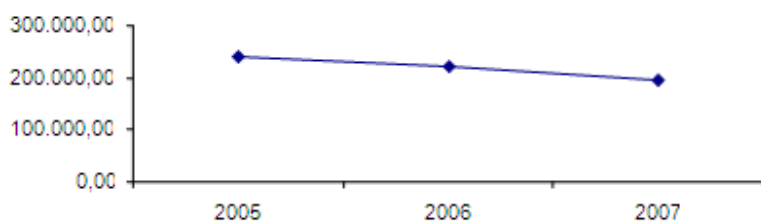
sistema glede na stroške, ki bi nastali, če bi še imeli prejšnji sistem za ogrevanje v letu 2007, znižali za 52,51 %. Na ugoden trend nižanja stroškov za energijo kaže tudi podatek, da je bil v letu 2006 delež stroškov za energente v vseh stroških zavoda 2,41 %, v letu 2007 pa 1,92 %. Ocena, da je vrednost naložbe v obnovo kotlarne po pogodbi z izvajalcem mogoče v celoti pokriti iz prihrankov stroškov, je bila pravilna. Končni obračun za leto 2007, ki ga je opravila SB Brežice, izkazuje čisti prihranek 52.172 EUR, v kar pa niso všteti prihranki bolnišnice pri stroških, ki bi jih imeli, če bi sami upravljali s kotlovnico in seveda vrednost celotnega ogrevalnega sistema, ki po 15 letih preide v bolnišnično last, oz. v last ustanovitelja.

**Tabela 5.5: Gibanje skupnih stroškov energentov v SB Brežice v letih 2005-2007**

Energent	Skupni stroški vseh energentov		
	2005	2006	2007
Elektrika (EUR)	42.889,49	47.391,69	63.244,31
ELKO (EUR)	165.164,92	111.932,60	0,00
Z. plin (EUR)	0,00	42.588,05	113.070,16
Voda (EUR)	30.341,07	20.016,22	19.797,83
Skupaj	238.395,48	221.928,56	196.112,30

Vir: Podatki energetskega knjigovodstva, SB Brežice, 2007

**Slika 5.4: Gibanje stroškov za energijo v SB Brežice v letih 2005-2007**

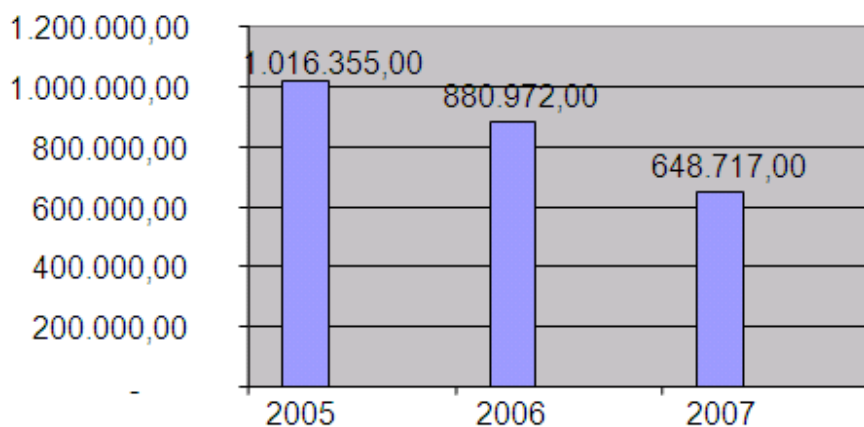


Vir: Podatki energetskega knjigovodstva, SB Brežice, 2007

Bistveno zmanjšanje izpustov CO<sub>2</sub> v obdobju po izvedbi investicije je bolnišnica izkazala s podatki o izpustih CO<sub>2</sub> v letih 2005-2007 ter s podatki o stanju skupnih specifičnih emisij (CO<sub>2</sub>) glede na obveznosti iz

2.čl. Pogodbe o zmanjšanju onesnaževanja zraka z emisijo oglj.dioksida, kot je razvidno iz Slike 5.5 in Tabele 5.6.

**Slika 5.5: Izpusti CO<sub>2</sub> v kg/leto**



Vir: podatki energetskega knjigovodstva SB Brežice, 2007

**Tabela 5.6: Stanje skupnih specifičnih emisij (CO<sub>2</sub>) glede na obveznosti iz 2.čl. Pogodbe o zmanjšanju onesnaževanja zraka z emisijo oglj.dioksida**

<b>STANJE SKUPNIH SPECIFIČNIH EMISIJ OGLJIKOVEGA DIOKSIDA</b>		
<i>Leto:</i>	<i>Specifične emisije [kg CO<sub>2</sub>/enoto]:</i>	<i>Zmanjšanje specifične emisije glede na referenčno leto [%]:</i>
1999 (referenčno leto)	182,4601	/
2005	179,3778	1,6894
2006	131,9447	27,6857
2007	108,5355	40,5155
2008		
<b>CILJ:</b>		<b>≥ 2,5 %</b>

Vir: podatki energetskega knjigovodstva SB Brežice, 2007

## **5.5 Analiza primerov JZP v zdravstvenih zavodih z vidika poslovnih modelov, intervjujev z vodstvi zdravstvenih zavodov in ugotovitve o prednostih in slabostih**

Na osnovi izvedbe nestrukturiranega intervjuja z direktorji treh zdravstvenih zavodov, SB Brežice, Osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG) in Inštituta za rehabilitacijo invalidov Slovenije (IRI) so bili pridobljeni dodatni odgovori o motivaciji vodstev za izvedbo projektov v javno zasebnem sodelovanju, razlogih za iskanje možnosti zasebnih vlaganj v projekte s področja zdravstva, pristopih vodstva za izvedbo projektov ter ovirah pri realizaciji.

V intervjujih so bila postavljena naslednja osnovna vprašanja:

1. Kateri so bili glavni razlogi in motivi za iskanje možnosti zasebnih vlaganj v projekte s področja zdravstva?
2. Kako so v institucionalnem okolju realizirali idejo in na katere ovire so naleteli?
3. Kateri od naslednjih razlogov so privedli do odločitve za izvedbo projekta v JZP:
  - osredotočenost na strateške cilje organizacije in poslanstvo zavoda
  - omejeni javnofinančni viri za izvedbo projekta
  - velike spremembe v programu zavoda in zahteve poslovnih procesov
4. Ali ste razpolagali s potrebnimi znanji o JZP?
5. Kako ocenjujete uspešnost projekta?

Pridobljeni odgovori so uporabljeni pri analizi JZP z vidika uporabljenih poslovnih modelov, prednostih in slabostih ter pri ugotovitvah o motivih, ovirah in ocenah uspešnosti izvedbe projektov v JZP.

### **5.5.1 Osnovno zdravstvo Gorenjske**

Model JZP v primeru OZG je specifičen, saj gre za skupno javno zasebno investiranje s končnim ciljem, zagotoviti poslovne prostore na skupni lokaciji zaradi ohranitve zdravstvenega doma kot načina, oziroma oblike za izvajanje zdravstvenih storitev na primarni ravni v mešanem javno zasebnem zdravstvu. Pri tem gre za javno zasebno sodelovanje na eni strani pri zagotovitvi zainteresiranih vlagateljev, pogodbenem urejanju financiranja gradnje, uporabi in vzdrževanju zgrajenih objektov, na drugi pa za javno zasebno sodelovanje pri izvajanju dejavnosti, kjer zasebni vlagatelji nastopajo v vlogi etažnih lastnikov poslovnih



prostorov. Nekateri med njimi imajo status zasebnikov – koncesionarjev, drugi so zasebna podjetja, ki izvajajo z zdravstvom povezano dejavnost.

V primeru uvrstitve JZP OZG v poslovni model ob upoštevanju lestvice javno zasebnih poslovnih modelov po Grimsey in Lewis (Tabela 3.1) bi lahko govorili o modelu BOO (build own operate) v kombinaciji s koncesijo izvajanja storitev. Za ta model je značilno, da ostajata javni in zasebni partner trajneje povezana, ob izteku koncesije pa običajno javni partner prevzame odgovornost za uporabo in upravljanje objekta, z namenom, da ohrani izvajanje koncesijske dejavnosti s katerim od modelov, kot npr. s pogodbo O&M (operate&mantain – izvajanje in vzdrževanje), OM&M (operate, maintain and manage – izvajanje, vzdrževanje, upravljanje) ali LROT (lease, renovate, operate, transfer – leasing, obnova, izvajanje, prenos). Vendar nam natančna struktura zasebnih partnerjev v primeru OZG pove, da ne gre v celoti za zasebne vlagatelje – koncesionarje, temveč tudi za druge zainteresirane zasebnike, pri katerih gre za interes financiranja, izgradnje, lastništva ter uporabe (BOO). V najširšem smislu razumevanja projekta izgradnje skupnih prostorov za delovanje osnovne zdravstvene dejavnosti bi lahko projekt pojmovali kot primer »joint venture ->skupno vlaganje«, glede na število udeležencev in večstopenjsko sodelovanje javnih in zasebnih partnerjev.

Če uporabimo smernice EU in teorijo o JZP, kot jo ponazarja Tabela 3.3: Lastnosti, prednosti in slabosti odnosov JZP, bi lahko primer JZP v OZG uvrstili v model BFO in koncesije. Z vidika značilnosti tega modela lahko za primer JZP pri izgradnji objektov OZG ugotovimo, da potrjuje značilnost, da je glavno gonilo izraba zasebnega kapitala ter prenos tveganj zasnovanja, izgradnje in obratovanja na zasebni sektor, v primerih, ko so vlagatelji tudi koncesionarji, pa dobi zasebnik deloma povrnjene stroške vlaganj s plačili storitev ZZZS, oziroma uporabnikov. Potrditi je mogoče tudi primernost modela glede možnosti aplikacije, saj se običajno uporablja za projekte z znanimi stroški obratovanja in možnostjo zaračunavanja uporabnikom. Prednosti modela so povezane s pritegnitvijo zasebnega kapitala in večjim prenosom tveganj ter motivacijo za »whole life costing« pristop. Slabosti modela, kot so možni konflikti v fazi pogodbenega urejanja, upravljanja pogodb in spremljanja izvajanja ter stroški ponovnega zagona, če se partner izkaže za nezadovoljivega, so bili izkazani tudi z izkušnjami z JZP v OZG; vodstvo OZG ocenjuje slabosti modela zlasti v povezavi z vzpostavljanjem in reguliranjem medsebojnih odnosov, tako na strani javnega sektorja, kot tudi v odnosu na zasebne partnerje in jih označujejo kot problem "kulture dialoga". Tveganje pri projektu obstoji na strani javnega partnerja in večinskega lastnika v primerih, ko koncesionar prekine koncesijsko razmerje (ali izgubi koncesijo, primer smrti koncesionarja). Vodstvo zavoda je za tovrstno situacijo

predvidelo, da bi morale izvesti razpis za odkup ali oddajo v najem. Javni partner je predvidel tveganje in določil v pogodbi obveznost, da je v primeru morebitne prodaje prostorov le-ta lahko namenjen izvajanju zdravstvene ali z zdravstvom povezane dejavnosti. To tveganje je zavarovano z vpisom v zemljiško knjigo, kot tudi z ureditvenim načrtom občine.

Vodstvo zavoda ima pozitivne izkušnje s projektom. Poglavitni motiv za investicijo je bil pogojen s ciljem, zagotoviti pogoje za delo izvajalcem na področju osnovnega zdravstva in s tem obdržati izvajalce-zdravnike v obstoječem okolju in na združeni lokaciji. Hkrati so sledili cilju, omogočiti tudi zasebnikom možnosti sovlaganj, če s svojo dejavnostjo prispevajo k zaokroženosti storitev, povezanih z osnovnim zdravstvenim varstvom. Vodstvo zdravstvenega zavoda in ustanovitelji so bili motivirani, da v pogojih mešanega javno zasebnega zdravstva združijo prednosti obeh načinov izvajanja, interes za vlaganja za pridobitev ter razpolaganje s prostori ter da z reguliranjem načina izvajanja zdravstvenih storitev vplivajo na čimboljše pogoje zagotavljanja zdravstvenih storitev uporabnikom na tem območju. Če sledimo Hoodu, ki poudarja različne dimenzije novega načina upravljanja javnega sektorja, v primeru projekta OZG ugotovimo obstoj večje konkurence med javnimi organizacijami ter med javnimi in zasebnimi organizacijami in izmenjavo managerskih metod med sektorjema. Gotovo je tudi koncept sodelovanja z zasebnim sektorjem prispeval k učinkovitemu načinu uporabe virov ter iskanja alternativnih, stroškovno učinkovitih načinov zagotavljanja javnih storitev (Hood 1995).

Koristnost vključevanja zasebnih sredstev kot dopolnitev javnih sredstev ocenjujejo kot dobre in koristne, saj prinašajo številne prednosti. Največja prednost je prav gotovo ta, da se s tem, ko se javna sredstva dopolnjujejo z zasebnimi sredstvi pri istem objektu, zagotovi dolgoročno medsebojno sodelovanje in ohranjanje zdravstvene dejavnosti v javni mreži, na skupni lokaciji za območje občine. Ob upoštevanju izkušenj z JZP v ZDA in uporabe 6 priporočenih načinov, s pomočjo katerih lahko JZP vnaša spremembe v javni sektor (Linder, S.H., 2000, *Coming to Terms with the PPP*), lahko na podlagi izkušenj s projektom OZG in na podlagi intervjuja z vodstvom zavoda ugotovimo, da je na tem primeru mogoče pritrditi večini ugotovljenih načinov za spremembe; porazdelila so se finančna tveganja med javne in zasebne vlagatelje, na področju managementa v zavodu in pri drugih udeležencih v JZP, vodstvo zavoda ugotavlja spremenjen pristop in koristno prepletanje izkušenj pri upravljanju, kar je sprožilo postopno preoblikovanje in spreminjanje odnosa do mešanega javno-zasebnega izvajanja zdravstva na primarni ravni. Primer OZG dokazuje, da lahko JZP pomaga preseči omejitve in se soočiti z vstopom zasebnega sektroja in z zasebnimi vlaganji. Nadaljevanje JZP v primeru OZG, ko so skupno dokončali 3 objekte in pristopajo k četrtemu,

potrjuje tudi tezo, da naj bi sodelovanje med akterji v javnem in zasebnem sektorju potekalo postopno, kot navajata More in Boddy (1999), od ohlapnih neformalnih omrežij v formalno konstituirane organe. Postopnosti v smislu vseh navedenih oblik sodelovanja, ki naj bi se izoblikovale v formalno konstituirano hierarhično piramido v primeru JZP v OZG, ni mogoče v celoti identificirati, vsekakor pa lahko govorimo o trendu postopnega sodelovanja med OZG, občinami, zasebnik i- koncesionarji in drugimi zainteresiranimi vlagatelji, v katerem so uspeli zblížiti interese javne in zasebne sfere, z vzporedno kontrolo in odgovornostjo javnega partnerja za zagotavljanje osnovnega zdravstvenega varstva v korist uporabnikov. Primer JZP v OZG je mogoče oceniti kot uspešno izveden tudi zaradi usposobljenosti managementa, obvladovati spremembe in iskanje najbolj učinkovitih načinov za zagotavljanje zdravstvenih programov, kar Hood navaja med dimenzijami novega načina upravljanja javnega sektorja (Hood, C. 1995, *The new public management in the 1980s: Variations on a Theme*).

Projekt so pripravljali in izvajali skupno z občino(ami) kot ustanoviteljem zdravstvenega zavoda. Kljub nepoznavanju pristopov za projekte JZP, so z jasno opredeljenimi cilji, skrbnostjo priprave javnega razpisa, izbire izvajalca, pogodbenih razmerij in izvajanja javno zasebnega sodelovanja uspeli izvesti projekt in zagotoviti uspešno delovanje mešanega javno zasebnega izvajanja zdravstvenih storitev na primarni ravni. Strokovno znanje, priprava in spremljanje izvedbe je bila v največji meri zagotovljena s strani vodstva Osnovnega zdravstva Gorenjske, ki povezuje osnovno zdravstvo gorenjskih občin.

### **5.5.2 Izgradnja novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo invalidov**

Primer je izdelan v obliki projektne naloge. Motiv za pripravo projekta je vodstvo inštituta opredelilo s ciljem, zagotoviti invalidom in drugim uporabnikom celostno ponudbo vseh storitev, ki jih potrebujejo za samostojno življenje. Želijo omogočiti komplementarne dejavnosti, ki z dosedanjim obsegom delovanja inštituta še niso zaokrožene, bi pa v primeru izvedbe projekta in izvajanju dejavnosti v novem "vhodu" izboljšale ponudbo storitev. Priprave projektne naloge so se lotili temeljito, izvedli so natečaj za pridobitev najustreznejše natečajne zasnove in pri snovanju novega vhoda v največji možni meri upoštevali povezanost z bolnišnico in ostalimi zdravstvenimi dejavnostmi ter povezanost s širšim okoljem. Zelo podrobno je projekt predvidel način skupnega vlaganja z vložki, upošteval različne možne načine upravljanja in kot najprimernejši način predvidel model BOT, ko objekti in naprave postanejo last javnega partnerja po določenem času. Zelo podrobno so bili izračunani pričakovani donosi javnega in zasebnega partnerja. Izračun izkazuje dobičkonostnost investicije šele po 24 letih obratovanja.

Projekt JZP za izgradnjo novega vhoda inštituta še ni bil realiziran. Inštitut je izvedel poizvedbo interesa pri zasebnih vlagateljih za projekt in ocenil, da za javno zasebno izvedbo projekta z vložki zasebnih partnerjev ni pričakovanega interesa; zasebni partnerji bi bili pripravljene na vlaganja v primeru pridobitve koncesij za izvajanje zdravstvenih storitev, kar projekt ni predvidel.

V primeru nadaljevanja projekta bi inštitut pripravil investicijsko dokumentacijo in predložil projekt v potrditev pristojnemu ministrstvu.

Poslovni model BOT (built, operate, transfer), ki bi bil uporabljen v primeru izvedbe projekta novega vhoda IRI, izkazuje po Smernicah EU za uspešno JZP poglobitno prednost, da je tveganje snovanja in izgradnje preneseno na pogodbenika ter da vzpodbuja inovativnost zasebnega sektorja ter povečuje plačano vrednost (value for money). V primeru obravnavanega projekta se je izkazalo, da bi bil prenos tveganja na potencialnega zasebnega partnerja nezanimiv za potencialne vlagatelje, če sklepamo po tem, da še niso pridobili zainteresiranega vlagatelja. Pritegnitev potencialnega vlagatelja k zasnovanju objekta že v fazi načrtovanja bi zmanjšala tveganje in motivirala potencialne vlagatelje k vplivanju na celostne stroške investicije. Kot slabost poslovnega modela BOT je v Smernicah za uspešno JZP navedeno, da ne privablja zasebnega kapitala ter zavezuje javni sektor k zagotavljanju financ na daljši rok, kar bi se lahko izkazalo kot slabost v obravnavanem primeru. Projekt JZP za izgradnjo novega vhoda inštituta še ni bil realiziran, ker po fazi poizvedbe pri potencialnih zasebnih vlagateljih ni bil izražen interes za skupna vlaganja. V primeru nadaljevanja projekta bi inštitut pripravil investicijsko dokumentacijo in predložil projekt v potrditev pristojnemu ministrstvu. S projektom bo inštitut nadaljeval v primeru večje stopnje interesa na strani zasebnih vlagateljev.

### **5.5.3 Splošna bolnišnica Brežice**

SB Brežice je prva ustanova s področja javnega zdravstva, ki bo cilj iz resolucije o učinkoviti rabe energije presegla s pomočjo pogodbenega zagotavljanja prihranka energije. Omenjeni model uvrščamo med oblike izvajanja energetskih naložb s financiranjem s strani tretje stranke (Third Party Financing; TPF projekt). Glavna prednost modela je, da tehnično tveganje, ki je povezano z vgradnjo, obratovanjem, vzdrževanjem in zanesljivostjo naprav prevzame izvajalec, ki naložbo tudi financira, po preteku, pogodbeno določenega obdobja, pa oprema brezplačno preide na naročnika. V primeru Splošne bolnišnice Brežice se je Petrol, kot izvajalec, pogodbeno zavezal, da bo obstoječi energetski sistem, ki vključuje sistem ogrevanja, priprave

topele sanitarne vode in hrane najprej zgradil, nato pa ga naslednjih 15 let vzdrževal in upravljal. Bolnišnica kot naročnik bo zaradi novega energetskega sistema plačevala nižje stroške energenta.

Projekt pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije v primeru SB Brežice predstavlja model pogodbenega financiranja, ki zajema tudi načrtovanje in vgradnjo novih naprav, vodenje in nadzor obratovanja, servisiranje in vzdrževanje, odpravo motenj ter motiviranje porabnikov energije. Z vidika poslovnega modela JZP gre za skupno načrtovanje, izgradnjo, obratovanje in financiranje za določen čas ter koncesijo v smislu vnaprejšnjega pogodbenega zagotavljanja energenta (DFBO). Značilnost modela ob upoštevanju smernic EU in teorije o JZP, ki govori o najmanj štirih stopnjah JZP (Tabela 3.1), je lastništvo objekta za čas trajanja pogodbe s strani zasebnega partnerja, glavno gonilo je izraba zasebnega kapitala ter prenos tveganj zasnovanja, izgradnje in obratovanja na zasebni sektor. Prednosti so povezane z motiviranostjo zasebnega sektorja za vložke, kar omogoča večji potencial za pospešeno gradnjo, večji prenos tveganj pa pomeni večjo motivacijo za t.i. whole-life costing pristop. Za ta model je značilno, da terja kompleksno pogodbo in vključuje zahteven proces pogajanj med partnerjema ter terja sistem upravljanja sprememb. Slabost modela je v možnih konfliktih med načrtovanjem, pri pogajanjih, v primeru nesolidnega izvajanja projekta s strani zasebnega partnerja pa se lahko pojavijo stroški ponovnega zagona. Na primeru projekta SB Brežice je mogoče s študijem primera, dodatno pa tudi na osnovi intervjuja z vodstvom potrditi obstoj navedenih lastnosti, prednosti in slabosti odnosov JZP. Kot je razvidno v podrobnem prikazu projekta v nalogi, je dejansko obstojal motiv zasebnega partnerja za vložek v ogrevalni sistem bolnišnice, ki se je izkazal tudi s pripravljenostjo za pripravo projektne naloge, oz. s sodelovanjem v procesu planiranja in priprave investicije. Zasebni partner je bil pripravljen prevzeti odgovornost za ustvarjanje prihrankov pri ogrevanju in tveganje. Posebej zahteven postopek načrtovanja prihrankov in cene energentov so v fazah pogajanj o pogodbi izvedli v daljšem obdobju, zavedajoč se pomembnosti opredelitve vseh tveganj, skrbne ocene stroškov in koristi. Vodstvo bolnišnice se je prvič srečalo s tovrstnim načinom izvedbe investicije; poleg lastnih strokovnjakov so pritegnili k sodelovanju zunanje eksperte. Rezultati projekta in podatki o načinu priprave pogodbe izkazujejo veliko mero uspeha pri pogajanjih. Zagotovili so si dodatna ekspertna mnenja pri pogajanjih o vsebini projekta in oblikovanju pogodbenega razmerja. V ta namen so pritegnili k sodelovanju eksperta s strani Inštituta J. Štefan, Ljubljana. Pri pogajanjih z zasebnim partnerjem so skrbno proučili vsak del ponudbe, komunikacija je potekala v pisni obliki in s preudarnim odločanjem. Kljub posebnostim pogajanj v neprofitnem sektorju (Svetličič M., Pogajanja v neprofitnem sektorju), med katerimi velja omeniti drugačne motive delovanja neprofitnega sektorja in drugačne pristope pogajalcev neprofitnega

sektorja (manjša agresivnost, večja popustljivost, večje razumevanja za interese drugih, moralno-etični kriteriji), so izidi pogajanj v primeru projekta SB Brežice s Petrolom ugodni.

Če na primeru projekta JZP v SB Brežice ocenimo, kakšne spremembe na področju menedžmenta je prineslo javno zasebno sodelovanje, kot jih navaja Linder, lahko govorimo o dobrem primeru, kako lahko managerji v javnem sektorju presežejo omejitve in se soočijo z vstopom zasebnega sektorja. Javno zasebno sodelovanje je v tem primeru porazdelilo finančna tveganja in delno spremenilo sistem upravljanja na določenem segmentu delovanja bolnišnice; sodelovanje med partnerjema vključuje delitev odgovonosti, znanja in tveganja. Nedvomno lahko ocenimo, da je javno zasebno sodelovanje v tem primeru pomenilo izziv za vodstvo, sodelovanje pa prineslo prednosti za obe strani (Linder, S.H., 2000, *Coming to Terms With the PPP*).

Tovrstni projekti so v zahodni Evropi eden pomembnejših načinov vlaganja v nove ali izboljšane energetske sisteme povsod tam, kjer za to ni na voljo dovolj lastnih sredstev. Partnerstvo z zasebnim sektorjem je glede na izkušnje doma in v svetu najprimernejše za gospodarske subjekte, ki delujejo na trgu in nimajo lastnih služb in strokovnjakov ter finančnih sredstev za področje oskrbe s toplotno energijo, imajo zastarele ogrevalne in druge toplotne sisteme ter možnosti za prehod na cenejše, okolju prijaznejše ali alternativne energente. Izkušnje kažejo, da je v teh organizacijah take investicije mogoče od ideje pa do uporabe sistemov izvesti v nekaj mesecih, največ v enem letu, v SB Brežice pa je ta proces zaradi nedorečenosti, nejasnosti in poplave predpisov na tem področju, njihovi zahtevnosti in potrebnim postopkom trajal štiri leta. V javnem sektorju je ob enakih predpostavkah takšno partnerstvo gotovo najbolj primerno za objekte v javnem sektorju kot so šole, vrtci, upravne zgradbe in več stanovanjske zgradbe ter soseske. To potrjuje tudi podatek o projektih JZP zaradi zagotavljanja prihrankov energije v še dveh slovenskih bolnišnicah, SB Jesenice in Psihiatrični bolnišnici Begunje, kar je mogoče pripisati odmevnosti pozitivnih rezultatov projekta rekonstrukcije ogrevalnega sistema in pogodbenega zagotavljanja prihrankov energije v SB Brežice.

Javno zasebna partnerstva gotovo ni mogoče uporabiti za vse investicijske primere v javnem zdravstvu, kot tudi ne za izvajanje vseh zdravstvenih in spremljajočih dejavnosti. V vsakem primeru gre za dolgoročne pogodbene odnose, ki morajo že v osnovi temeljiti na principih partnerstva in ne na čistih kupoprodajnih odnosih. Za javne zavode je tako partnerstvo verjetno najbolj sprejemljivo in koristno če ne povečuje obstoječih stroškov poslovanja zavoda ali če daje druge koristi, ki jih zavod sam ne more zagotoviti, zato so projekti, ki se lahko financirajo iz prihrankov stroškov verjetno najbolj sprejemljivi, teh pa je seveda v praksi manj, kot je želja in potreb za izvedbo posameznih projektov. V vsakem primeru je cilj zasebnega partnerja

poleg širitve svoje dejavnosti ustvariti višji donos na vložena sredstva kot pa bi to dosegel na trgu denarnih sredstev, kar javnega partnerja postavlja v položaj, da mora predhodno dobro premisliti in poiskati vse druge možnosti za izvedbo posameznega projekta.

Za projekt rekonstrukcije ogrevalnega sistema v SB Brežice vodstvo bolnišnice ugotavlja, da bi bil finančno najbolj uspešen, če bi bil financiran z lastnimi sredstvi ali z zadolževanjem. Podobne ugotovitve zasledimo v prispevkih Martina McKee et al., ki za primere zasebnega financiranja pri izgradnji bolnišnic med drugim ugotavlja, da so v splošnem nove zmogljivosti dražje kot bi bile v primeru izgradnje ob uporabi tradicionalnih metod. Kljub temu je bil v obstoječih okoliščinah projekt sodelovanja z zasebnim partnerjem pozitiven, saj bi sicer bolnišnica ne mogla realizirati pomembnega cilja, obnove ogrevalnega sistema kot nujne podporne dejavnosti za izvajanje temeljne dejavnosti bolnišnice, ker ni imela na voljo lastnih finančnih sredstev kot tudi ne možnosti najetja kredita.

Na podlagi intervjujev z vodstvi navedenih treh zdravstvenih zavodov je mogoče ugotoviti nekatere skupne točke, kot na primer, da so v obstoječem okolju prepoznali potrebo po lastnem iskanju možnosti za uresničitev ciljev organizacije. Vodstva navedenih zavodov so izjemno motivirana za učinkovito upravljanje in zmanjševanje stroškov in se zavedajo svojega poslanstva, to je zagotavljanje kvalitetnih zdravstvenih storitev uporabnikom, kar izpostavljajo kot vrednoto, ki mora odlikovati izvajalce v javnem sektorju.

Dejstvo, da za načrtovana vlaganja ni bilo možno pričakovati proračunskih ali drugih javnih virov, jih je navedlo na iskanje zasebnih virov za načrtovane investicije. Naslednja okoliščina, ki je skupna obravnavanim primerom JZP je, da niso imeli možnosti vključitve v plan investicij, ki ga sprejema in potrjuje ustanovitelj ter s tem zagotavlja proračunsko financiranje, oziroma iz sklada za investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS.

V obravnavanih primerih lahko ob presoji pristopov navedenih zdravstvenih zavodov ugotovimo, da so pretehtali smiselnost vstopanja v javno zasebno sodelovanje ob presoji treh ključnih kriterijev, ki jih Officer navaja kot nujne za pridobitev kombiniranega odgovora, ki determinira model za konkreten projekt, in sicer: katere javne storitve mora država zagotavljati uporabnikom v okviru svoje pristojnosti (the core services question), izbiro ustreznega projektnega modela, ki zagotavlja najboljše učinke za razpoložljiva sredstva, oziroma povečuje plačano vrednost (value for money question) in ali predvideni učinki JZP zadovoljujejo izpolnjevanje javnega interesa, ki ga določa razvojna politika (the public interest question) (Officer, R.R., *The respective Roles of Government and the Private Sector and Private3/Public partnerships*, PPP Forum, The Accounting Foundation, The University of Sydney).

## **6 Zaključek in sklep**

Zdravstvo je v Sloveniji zaradi javnofinančnih omejitev, demografskih pritiskov in zahtevnosti postopkov zdravljenja v procesu postopnih sprememb. S podobnimi spremembami se srečujejo v večini razvitih držav v Evropi in v svetu. V evropskih državah lahko zaznamo porast vključenosti zasebnega sektorja na področju zdravstva, z različnimi modeli javno zasebnega sodelovanja v bolnišnicah. V Sloveniji so te oblike sodelovanja redke.

Kljub občutljivosti uporabnikov zdravstvenih storitev na spremembe v sistemu zdravstvenega varstva so postopna in previdna prilagajanja sistema neizogibna. Poleg javnofinančnih omejitev jih narekujejo tudi sistemske spremembe v družbi, ki vzpodbujajo tudi v javnem sektorju težnje za določeno stopnjo privatizacije javnih služb, zlasti zaradi povečanja ekonomske učinkovitosti in uvedbe menedžerskih in podjetniških metod.

Zaradi javnofinančnih pritiskov bodo čedalje večje potrebe po alternativnih virih financiranja zlasti za investicijska vlaganja v zdravstvene zmogljivosti, med katerimi so posebej finančno zahtevne naložbe v zdravstveno opremo in objekte. Javnofinančni okviri za financiranje zdravstvenega varstva ne omogočajo zadostnih sredstev za investicijska vlaganja. Amortizacija v priznani višini cene zdravstvenih storitev ni zadosten vir za obnavljanje osnovnih sredstev, posebej zahtevne medicinske in druge opreme. Za investicijska vlaganja v obnovo, izboljšanje ali nadomeščanje obstoječih nepremičnin v zdravstvenih zavodih, obstoječi finančni viri zdravstvenih zavodov in proračunski viri, določeni z letnimi finančnimi načrti niso zadostni. Investicijska vlaganja, načrtovana z Zakonom o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je RS za obdobje 1994-1998, niso bila dokončana, zato je bila veljavnost zakona večkrat podaljšana. Ker vseh potrebnih investicijskih vlaganj v zdravstveno mrežo s proračunskimi viri ni mogoče zagotoviti, so se nekateri zdravstveni zavodi že v obdobju pred veljavnostjo ZJZP odločali za pridobitev zasebnih sredstev za posamezne investicije. Prvi primeri izvedbe projektov skupnih vlaganj v javno zasebnih partnerstvih v javnih zdravstvenih zavodih so bili izvedeni že pred sedmimi leti, kot je primer treh objektov Osnovnega zdravstva Gorenjske, zgrajen in financiran v sistemu javno zasebnega partnerstva, brez zakonskih podlag, le na osnovi dokaj dobrega skupnega sodelovanja in cilja treh partnerjev, občin,



javnih zdravstvenih zavodov in zasebnih vlagateljev. V tem času so zgradili tri objekte in nadaljujejo z aktivnostmi pri naslednjem.

V nalogi sem ugotovila, da so se za izvedbo projektov v javno zasebnem partnerstvu odločali predvsem v tistih zdravstvenih zavodih, ki so bili zaradi pogojev poslovanja in nujnosti iskanja zasebnih finančnih virov pri izvedbi projektov za nadaljevanje razvoja zavoda v večji meri motivirana za sklepanje partnerstva z zasebnim sektorjem kot je bil to primer SB Brežice, Osnovno zdravstvo Gorenjske in Inštitut za rehabilitacijo invalidov RS, ki pa še ni pridobil zasebnega partnerja za izvedbo projekta. Pri obravnavanih primerih JZP v bolnišnicah, oziroma drugih zdravstvenih zavodih je mogoče ugotoviti, da se ti zavodi s projekti, ki so jih načrtovali, niso uspeli vključiti v plan investicij, za katerega Ministrstvo za zdravje zagotavlja proračunska sredstva preko proračunskega sklada za investicije v zdravstvu. Vodstvom zdravstvenih zavodov ni mogoče očitati premajhne pripravljenosti za spremembe in za javno zasebno sodelovanje, vendar to ni odvisno le od njih samih.

V zvezi z osrednjim predmetom raziskovanja v nalogi, ali v Sloveniji zagotavljamo pravni okvir in druge potrebne pogoje, ki zasebne vlagatelje in izvajalce javnih služb vzpodbujajo k izvajanju projektov v JZP, je mogoče ugotoviti, da celovit normativni okvir za avtonomno odločanje o sklepanju JZP ni zagotovljen. V letu 2007 je bil sprejet Zakon o javno zasebnem partnerstvu, ki pa na področju zdravstva ni pomembno vplival na povečanje interesa za JZP, če sklepamo po projektih, ki se izvajajo v javno-zasebnem sodelovanju. Poleg normativne ureditve področja javno zasebnega partnerstva je pomemben pravni okvir delovanja javnih zavodov, ki ostaja nespremenjen od leta 1992, s tem tudi ureditev lastninskih, upravljalških, statusnih in drugih vprašanj. Za izvajanje projektov v javno zasebnem sodelovanju je poleg sprememb zakonodaje in pravne ureditve JZP pomembno vprašanje razvojnega koncepta na področju zdravstva, ki bi moral vsebovati proces transformacije zlasti v povezavi z uvajanjem privatizacije. Kot izhaja iz naloge, smo se v preteklem obdobju na področju zdravstva, kljub zakonski obvezi priprave in sprejetja plana zdravstvenega varstva kot osrednjega strateškega razvojnega dokumenta soočali z odsotnostjo sprejetih planov razvoja zdravstvenega varstva in z dolgotrajnostjo postopkov njihovega sprejema. Brez izdelane strategije razvoja področja je tudi vzpostavljanje javno zasebnih partnerstev vprašljivo in ne motivira vodstev zdravstvenih zavodov, da bi se odločali za tovrsten način pridobivanja zasebnih sredstev za vlaganja. Za zasebne vlagatelje je razvojni koncept področja prav tako pomemben, ker zagotavlja predvidljivost naložbenega okolja.

Navedena dejstva potrjujejo prvo hipotezo, postavljeno v nalogi, in sicer, da je na doseženi stopnji razvoja javnega sektorja v Sloveniji in ob upoštevanju obstoječega zakonskega okvira za delovanje javnih zavodov uvajanje javno zasebnega partnerstva omogočeno, vendar zdravstveni zavodi nimajo dovolj vzpodbud za motivirano vstopanje v JZP. Normativna ureditev javno zasebnega partnerstva je sicer pozitivna, a ne zadostna podlaga za sodelovanje javnega in zasebnega sektorja.

Kot je potrdila analiza veljavne zakonodaje za področje delovanja javnih zavodov, ima vse ključne pristojnosti v zvezi z novimi vlaganji, predmetom in obsegom poslovanja, razvojnimi vprašanji in tudi v zvezi z odločanjem o JZP ustanovitelj, zato brez postopne deregulacije javnih zdravstvenih zavodov, oziroma smiselnejše zakonske ureditve za delovanje javnih zavodov, ki bi zagotavljala večjo stopnjo samostojnosti menedžementa, ni mogoče pričakovati pogostejšega izvajanja projektov v javno zasebnem partnerstvu v zdravstvu. Glede na zakonodajni okvir za delovanje zdravstvenih zavodov je mogoče ugotoviti, da so lastninska upravičenja pomemben razlog za sorazmerno redke primere JZP v zdravstvu. Ker je lastnik premoženja država, t. j. RS ali občine, vodstva zavodov nimajo upravljalških pristojnosti in pravice odločanja o investicijah, najemu kreditov, vprašanih obsega in vsebine poslovanja, kar je ključna ovira tudi pri sklepanju JZP.

Zato drži druga hipoteza, da veljavna zakonska ureditev v pogledu statusno - pravnih oblik, razpolaganja s premoženjem, financiranjem ter upravljanjem zdravstvenim zavodom ne zagotavlja dovolj avtonomnega in odgovornega upravljanja z javnimi sredstvi, oz. ne vzpodbuja v pravi meri najracionalnejše oblike razpolaganja s premoženjem in s sredstvi za izvajanje dejavnosti zavoda.

Ključno vprašanje pri sklepanju JZP je finančna upravičenost vstopanja zasebnega kapitala v delovanje javnih zdravstvenih zavodov. Da bi se bilo mogoče izogniti težavam ob sklepanju partnerstev, bo potrebno slediti jasnosti ciljev, profesionalni ravni nosilcev pogajanj na strani javnega partnerja, enakopravnosti pogajanj, varovanju javnega interesa ter obvladovanju tveganj s strani države. V ta namen bodo poleg zakonskega okvira za področje JZP potrebne posebne zakonske rešitve za področje javnih zavodov in področni zakon, ki bi določal osnovna pravila za zasebna vlaganja. Pravila vstopanja zasebnega kapitala in zasebnega dela v občutljiv sistem javnega zdravstva so potrebna zaradi vnaprej pripravljenih analiz finančne vzdržnosti projektov ter zaradi izvajanja nadzora nad projekti JZP.

Javno zasebno partnerstvo kot oblika sodelovanja med javnim in zasebnim sektorjem je v naših razmerah v začetni fazi razvoja. Če izvzamemo število koncesijskih pogodb za izvajanje zdravstvenih storitev, kljub veljavnosti ZJZP od marca 2007 v zdravstvu v Sloveniji ne zasledimo projektov za večja vlaganja v opremo ali objekte, ki bi bili načrtovani v partnerstvu z zasebnim sektorjem. Zato je mogoče sklepati, da je poleg normativnega okvira potrebno vzpostaviti vzpodbudno okolje, v katerem bodo vodstva zdravstvenih zavodov motivirana za iskanje najboljših možnosti za izvedbo načrtovanih projektov. V ta namen bi morala vodstva zdravstvenih zavodov pridobiti ustrezno raven samostojnosti za razvijanje podjetizacije zdravstvenih zavodov in odgovornost za ravnanje s premoženjem, s tem pa možnost samostojnega sprejemanja poslovnih odločitev. Na drugi strani je potrebna strategija razvoja področja, v kateri je jasno izražen interes za javno zasebno sodelovanje in splošen okvir, ki nakazuje področja in posamezne programe, ki bodo imeli prednost v prihodnjem razvoju zdravstva, kot so na primer programi podaljšanega bolnišničnega zdravljenja ob zmanjševanju bolnišničnih zmogljivosti, vzpostavljanje hospicov in drugih oblik nege kroničnih bolnikov.

Strateški cilji razvoja, opredelitev standardov in mreže javne zdravstvene službe, so lahko podlaga za morebitno statusno preoblikovanje določenih zdravstvenih zavodov. Brez sprejetih strateških ciljev nadaljnjega statusnega preoblikovanja in drugih razvojnih vprašanj zdravstva, je prepuščeno odločanje o vsakem posameznem projektu za JZP izvršni oblasti, oz. resornemu ministrstvu. V pogojih, ko mreža javne zdravstvene službe še ni določena, so projekti v zdravstvenem sektorju zanimivi za javno zasebna partnerstva, predvsem s področja nemedicinskih in podpornih dejavnosti, kot je obnova ali modernizacija ogrevalnih sistemov, pranje perila, čiščenje, storitve prehrane in druge. To so potrdili tudi posamični primeri javno zasebnih vlaganj v zdravstvu (IRI, SB Brežice), katerih vsebina so podpirne in nemedicinske dejavnosti. Vlaganja zasebnega kapitala v medicinske dejavnosti v javno zasebnem partnerstvu so zahtevnejša in bodo terjala večjo stopnjo regulacije sistema zdravstvenega varstva v smislu določitve in sprejema standardov, normativov, mreže, vzpostavljene usmerjevalne in nadzorne vloge države.

Dosedanje izkušnje zdravstvenih zavodov pri vstopanju v JZP v Sloveniji potrjujejo dejstvo, da javno zasebno partnerstvo ne predstavlja prednostnega načina za izvajanje javne službe, oziroma za zagotavljanje finančnih virov za investicijska vlaganja, a je lahko pomemben izhod zaradi nezadostnih javnih sredstev za investicijska vlaganja, če so oblike javno zasebnega izvajanja projektov dobro načrtovane, kvalitetno upravljane ter nadzorovane. To potrjujejo tudi izkušnje drugih okolij, kjer imajo daljšo tradicijo sodelovanja javnega z zasebnim sektorjem. Upoštevanja vredni so v nalogi povzeti rezultati ter

praktične izkušnje s projekti JZP pri financiranju bolnišnic v nekaterih evropskih državah, Avstraliji in Kanadi, ki izkazujejo pogosto višje stroške izgradnje v primerjavi s tradicionalnimi oblikami financiranja, slabšo kvaliteto izvedbe in višje stroške delovanja bolnišnic zaradi posledic slabe izvedbe projektov. Po drugi strani so bili projekti v JZP pravočasno izvedeni ob upoštevanju razpoložljivih finančnih virov.

Uporaba javno zasebnega partnerstva je za področje zdravstva primerna in zaželena oblika sodelovanja med zasebnim in javnim sektorjem ter predstavlja primerno rešitev tako za investicijska vlaganja v zdravstveno mrežo, kot tudi za druge dolgoročne oblike sodelovanja pri izvajanju dejavnosti. S temi oblikami sodelovanja bi lahko vzpostavili vzpodbudno okolje za izvajanje zdravstvenih storitev in uvedli ustrezno mero »tekmovalnosti« med sektorjema. Skupna vlaganja bi morala slediti ključnim ciljem razvoja, opredeljenimi v strategiji razvoja zdravstva. Predpostavlja pa se, da bo država dosledno izvajala usmerjevalno in nadzorno vlogo pri izvajanju projektov in vzpostavila vzvode, da bo pri javno zasebnem sodelovanju za izvajanje projektov ustrezno zavarovan javni interes.

## **7 Literatura in viri**

- [1] Andolšek Žiga, Javno premoženje in JZP, Javna uprava, 2007, str. 276.
- [2] Anon.Green paper on public-private partnerships and community law on public contracts and concessions. Dostopno na: [http://77europa.eu.int/com/regional\\_policy](http://77europa.eu.int/com/regional_policy).
- [3] Balfour Beatty plc, Developing Public Private Partnerships in New Europe, [http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp\\_finance/pwc\\_ppp04.pdf](http://www.pwc.com/ie/eng/about/svcs/corp_finance/pwc_ppp04.pdf).
- [4] Bizjak-Mlakar Julijana, Vpliv komercializacije zdravstva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema, 13.strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Portorož, maj 2006.
- [5] Bizjak Mlakar Julijana, Zdravstvena politika se odmika od evropskih vrednot, Delo, 28.4.2008).
- [6] Bohinc Rado, Statusno javno-zasebno partnerstvo in preoblikovanje javnih podjetij in javnih zavodov v ZJZP s pojasnili, 2006.
- [7] Bohinc Rado, Smo nepripravljeni na ZJZP, Finance, 7.11.2006.
- [8] Bohinc Rado, FDV, Predlog za razmejitev državnih zavodov od samostojnih zavodov, Strok. srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, 2007.
- [9] Bohinc Rado, Javni zavodi in drugi izvajalci javnih služb, Nebra - strok. izobraževanje, marec 2005.
- [10] Bohinc Rado, Preoblikovanje javnih zavodov in javnih podjetij, Podjetje in delo 2/2005/XXXI.
- [11] Bohinc Rado, Osebe javnega prava, GV, 1998.
- [12] Bohinc Rado, Pravni vidiki managementa, FDV, 2006, študijsko gradivo.
- [13] Brooks Richard, Privatization of government services, Journal of Public Budgeting, Accounting&Financial Management, 2004
- [14] Cugelj Robert, Možnost javno-zasebnega partnerstva pri izgradnji novega vhoda in spremljajočih prostorov na Inštitutu RS za rehabilitacijo, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007.
- [15] Česen Marjan, Klic v sili dela voljnih zdravnikov, Delo, 30. nov. 2007.
- [16] Čebokli Zdravko, Investicije – ocenjevanje investicijskih projektov AKD d.o.o. Dostopno na: <http://www.akc.si/investicije.htm>.
- [17] Darrin Grimsey and Mervyn K.Lewis, Public Private Partnerships, The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance, 2004, Edward Elgar Publishing, Northampton, Massachusetts, USA, str. 50- 70.
- [18] Ekonomska analiza zmanjšanja porabe energenta in ocena stroškov ob realizaciji idejnega projekta, SB Brežice, 2005.

- [19] European Commission: Guidelines for Successful Public-Private Partnerships. Dostopno na: [http://www.europa.eu.int/comm/regional\\_policy/sources/docgener/guide/ppp\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/regional_policy/sources/docgener/guide/ppp_en.pdf)).
- [20] Felicetti, Cecilia (2003): Focus on advisory activity of Finlombarda on PF:PPP: experiences in Healthcare sector. Dostopno na <http://www.hellaskps.gr/7eppa/files/Finlombarda.ppt>.
- [21] Fortuna Marjan, Postopna, nadzorovana in preišljena privatizacija, Delo, november 2007.
- [22] Glas Miroslav, Sobotno Delo, 15.9.2007.
- [23] Gollust, Jacobson, Privatisation of Public Services: Organizational Reform Efforts in Public Education and Public Health, American Journal of Public Health, 2006.
- [24] Gorjup Viktorija, Oblike privatizacije v zdravstvu, 6.strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev, Brežice, april 1999.
- [25] Gorjup viktorija, Vpliv privatizacije na de(profesionalizacijo) v zdravstvu, Magistrska naloga, FDV, 1995.
- [26] Groff Ferjančič Miranda, 2004, Prednosti in slabosti sodelovanja javnega in zasebnega kapitala pri investicijah v javno infrastrukturo, magistrsko delo, str.16.
- [27] Hood, C. 1995, The new public management in the 1980s: Variations on a Theme«, Accounting, organizations&Society, 20(2/3), 93-109.
- [28] Health Research Policy and systems, Journal List 2004. Dostopno na: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>.
- [29] Ipmit, Javni sklad RS za regionalni razvoj in ohranjanje poseljenosti slovenskega podeželja, Analiza sektorjev in projektov, ki jih je v Sloveniji mogoče izpeljati v obliki projektne financiranja, 2005.
- [30] Irish Government Public Private Partnership, dostopno na [http://Irish Government Public Private Partnership \(PPP\) website](http://Irish Government Public Private Partnership (PPP) website).
- [31] John Loxley, Alim J. Loxley, The economic and financial aspects of public/private sector partnerships, Ekonomski vidiki javnega sektorja, Ljubljana, 2007, str. 267-276.
- [32] JONES, 1998, str.183, Jones Robert A. , European Union as a Promotor of PPP.
- [33] Kaj prinaša javno zasebno partnerstvo v zdravstvu, Delo, 9.11. 2006.
- [34] Kamnar Helena, Javni zavodi med državo in trgom, str 144 -186, Ljubljana 1999.
- [35] Kamnar H, Premoženje javnih zavodov, Javni zavodi, Portorož, 2007.
- [36] Kathleen Connors, Ottawa 2003. Dostopno na: <http://www.healthcoalition.ca/realitycheck5.html>.
- [37] Kovač Polonca, Podjetniški koncepti kot gibal medernizacije slovenske javne uprave v Ekonomski vidiki javnega sektorja, FDV, 2007, str. 126.

- [38] Kovač Polona, Razlogi za privatizacijo upravnih nalog po svetu in pri nas, Organizacija, letnik 38, 2005, str.279
- [39] Knavs Nina, Najbogatejše zdravstvo ni nujno najučinkovitejše, Dnevnik, Objektiv, 1.3.2008.
- [40] Linder, S.H., Comming to Terms vith the PPP – A grammar of Multiple meanings, in P.V. Rosenau(ed), PPP, Cambridge, MA: MIT Press.
- [41] Manning, N. 2002, The new public management in developing countries.
- [42] Martin McKee, Nigel Edwards, Rifat Atun, Public Private Partnerships for hospitals, Bulletin of the World Health Organization, November 2006.
- [43] Mrak Mojmir, Institucionalizacija javno-zasebnega partnerstva: izkušnje v svetu ter osnovne konture predloga za Slovenijo, Uprava, Fakulteta za upravo, avgust 2006.
- [44] Mužina Aleksij, Zakon o javno zasebnem partnerstvu s pojasnili, Ljubljana 2007.
- [45] Mužina Aleksij, Preoblikovanje javnih zavodov po zakonu o JZP – možnosti in posledice, 14.strok. srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci, maj 2007.
- [46] Mužina Aleksij, GV izobraževanje, 2005, 2005, str.15.
- [47] Mužina Aleksij: Zakon o JZP, Ljubljana, uvodna predstavitev, 2007.
- [48] Mužina Aleksij, Pravna ureditev koncesij v RS, Inštitut za javno upravo pri PF, Ljubljana 1999.
- [49] Nacionalni plan zdravstvenega varstva – zdravje za vse do leta 2004 ( Ur.l. RS, št. 49/00.
- [50] Officer, R.R., The respective Roles of Government and the Private Sector and Private3/Public partnerships, PPP Forum, The Accounting Foundation, The University of Sydney.
- [51] Odločba sveta o sistemu virov lastnih sredstev ES. Dostopno na:  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2004/com2004\\_0501sl01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/sl/com/2004/com2004_0501sl01.pdf).
- [52] PEVCIN Primož, ARISTOVNIK Aleksander, Privatizacija in regulacija javnega sektorja ter podjetništvo 2005, Ljubljana, Fakulteta za upravo, str. 72.
- [53] Piltaver Jože, Pogodbeno zagotavljanje prihrankov energije - energetska učinkovit projekt, Brežice, januar 2008.
- [54] Pirnat Rajko, Podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti, 13. strok. srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Portorož, maj 2006.
- [55] Pirnat Rajko, Koncesijska razmerja v prihodnje, Strokovno srečanje, Portorož, 2007.
- [56] Pirnat Rajko, Zdravstvo med javnim in zasebnim, 14. strok. srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci, maj 2007.

- [57] Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2006, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Ljubljana, maj 2007, str.6-20.
- [58] Pogodba za pogodbeno zagotavljanje prihranka energije in dobavo energenta, SB Brežice, 2005.
- [59] Poročilo o razvoju 2007 – Indikatorji, UMAR.
- [60] Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, ZZZS, Ljubljana, marec 2007.
- [61] Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, ZZZS, Ljubljana, marec 2008.
- [62] Poročilo o sklenjenih oblikah javno zasebnega partnerstva v RS v letu 2007, Ministrstvo za finance, maj 2008.
- [63] Predlog zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti in o svobodnih zdravnikih specialistih, Ministrstvo za zdravje, december 2006.
- [64] Predlog Zakona o ravnanju s stvarnim premoženjem države in samoupravnih lokalnih skupnosti, MJU, 10.10.2006 (besedilo za obravnavo).
- [65] Razpisna dokumentacija – Oddaja naročila po odprtem postopku za pogodbeno zagotavljanje prihranka energije in dobavo energenta, SB Brežice, 2005.
- [66] Reichard Christoph, Strengthening competitiveness of local public service providers in Germany, International Review of Administrative Sciences, dostopno na: <http://ras.sagepub.com>.
- [67] Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev (NPZV 2008-2013).
- [68] Richter et al., Strengthening competitiveness of local public service providers in Germany, 2006, 79
- [69] Rob Taylor and Simon Blair, Public Hospitals, Options for reform through public private partnerships, dostopno na [www.worldbank.org/html/fpd/notes/](http://www.worldbank.org/html/fpd/notes/).
- [70] Rus Veljko, Podjetizacija in socializacija države, FDV, Ljubljana, 2001, str. 22-30).
- [71] Rus Veljko, Ekonomski vidika javnega sektorja, Bogomir Ferfila in drugi..., FDV.
- [72] Rus Veljko, Podjetizacija in socializacija države, Novi javni menedžment, FDV, Ljubljana, 2001, str. 41-44.
- [73] Rus Andrej, Sociološki problemi managementa, FDV, 2006, študijsko gradivo.
- [74] Savas, E.S. Privatization and Public-Private partnership, New York-London, 2000.
- [75] SCIELO-health care. (2000). [online]. Dostopno na: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000400019&script=sci_arttext).
- [76] Skercher Chris, Public-Private Partnerships and Hybridity



- [77] Skupaj za zdravje, strateški pristop EU za obdobje 2008-2013, Komisija Evropskih skupnosti, Bruselj 23.10.2007
- [78] Speech by Commissioner Frits Bolkenstein, DG Internal Market, 2004.
- [79] Setnikar-Cankar Stanka, Centralizacija in decentralizacija javnega sektorja, Str. 126, 2005).
- [80] Setnikar-Cankar Stanka (urednica), avtorji Maja Klun, Primož Pevcin, Žiga Andolšek, Aleksander Aristovnik: Ekonomika javnega sektorja in proračunsko financiranje, Stanka Setnikar-Cankar (urednica), avtorji Maja Klun, Primož Pevcin, Žiga Andolšek, Aleksander Aristovnik, Fakulteta za Upravo, oktober 2005, str. 42-44 Fakulteta za Upravo, oktober 2005, str. 42-44.
- [81] Setnikar Cankar Stanka, Primož Pevcin, Aleksander Aristovnik, Privatizacija in deregulacija javnega sektorja ter podjetništvo, Ljubljana, str. 55, 2005.
- [82] Sotošek Branka, Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture, FDV, 1996
- [83] Svetličič Marjan, Pogajanja v neprofitnem sektorju. Dostopno na:  
[www.radiostudent.si/projekti/ngo/teksti/Svetlicic.html](http://www.radiostudent.si/projekti/ngo/teksti/Svetlicic.html).
- [84] Strategija razvoja Slovenije, Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2005.
- [85] Strateški cilji in ukrepi za Plan zdravstvenega varstva, delovno gradivo, EVA: 2005-2711-oo17.
- [86] Šonc Silvana, Javno zasebna investicija pri izgradnji in opremljenosti prostorov Dializnega centra Sežana, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci, 2007.
- [87] Tajnikar Maks, Došenovič Petra, Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v RS, Ljubljana, 2003, Ekonomska fakulteta v Ljubljani.
- [88] Tičar Bojan, Privatizacija gospodarskih in negospodarskih javnih služb, Podjetje in delo, Ljubljana.
- [89] Tičar Bojan, Privatizacija javnega sektorja in evalvacija slovenske zakonodaje, FDV, Ljubljana, 1996
- [90] Trpin Gorazd, Deregulacija javnih zavodov – nova priložnost za povečanje njihove učinkovitosti, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci, 2007.
- [91] Veternik Jože, Javno zasebne investicije pri izgradnji prostorov Osnovnega zdravstva Gorenjske, 14. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007.
- [92] Vrhnjak Blaž, JZP v teoriji, Zdravstveni vestnik 2007, str. 76.
- [93] Zakon o javnih financah, Ur.l. RS, št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02, 56/02-ZJU, 110/02-ZDT-B.
- [94] Zakon o zavodih, Ur.l. RS, št. 121/1991.
- [95] Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2), Ur.l. RS, št. 36/2004.
- [96] Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija za obdobje 1994-2008 (ZIJZ), Uradni list RS, št. 19-782/1994, 111-5493/2001.

- [97] Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, 100/2005, z dne 10.11.2006.
- [98] Zakon o javno-zasebnem partnerstvu, Ur.l. RS, št. 127/2006.
- [99] Zakon o izvrševanju proračuna Republike Slovenije za leti 2004 in 2005 (ZIPRS0405) Ur.l. RS, št. 130/2003, Zakon o izvrševanju proračuna Republike Slovenije za leti 2007 in 2008 (ZIPRS0708), Ur. l. št. 126/2006.
- [100] Zakon o zavodih, gradivo za obravnavo v DZ, 2004.
- [101] Zakon o javnem naročanju, Uradni list RS, 128/2006.
- [102] Zdravstvena reforma, Ljubljana, Ministrstvo za zdravje, julij 2003, osnutek.
- [103] Zorko Tone, Primer javno zasebnega partnerstva na področju zagotavljanja učinkovite rabe energije v Splošni bolnišnici Brežice, 14.strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Radenci 2007.
- [104] Zupanič Milena, Tudi za koncesije v zdravstvu le z razpisi, 26. nov. 2007.
- [105] Židanik Anton, Podeljevanje koncesij z vidika javnega zavoda, 13.strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu, Portorož, maj 2006.