



Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva

- Rezultati in sklepi -

Spoznanja iz analize sedanjega slovenskega zdravstvenega sistema

1. Metodološke iztočnice: Pri oblikovanju zdravstvenega sistema pri nas izhajamo iz splošnih spoznanj o zdravstvenih sistemih, izkušenj drugih držav, ciljih, ki naj bi jih z njimi dosegli, in tradicijo, nastalo v Sloveniji skozi desetletja, ki vpliva na pričakovanja prebivalstva o učinkih zdravstvenega sistema. Slednja pa vpliva na že obstoječe elemente oziroma sestavne dela tega sistema, na njihove medsebojne odnose, na cilje, ki naj bi jih z zdravstvenim sistemom dosegli, mehanizme povezovanja posameznih elementov v celoto in gibalne sile, ki »poganjajo« posamezne elemente in s tem tudi sistem kot celoto. Temeljni cilj je doseganje čim višjega zdravstvenega stanja pri prebivalstvu, načela, ki naj bi jih pri tem spoštovali, pa so solidarnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost.

2. Glavne značilnosti javnega zdravstvenega sistema: Strinjamo se, da naj bi prebivalstvo imelo možnost, da vstopa v zdravstveni sistem upoštevajoč načela solidarnosti. Upoštevamo naslednje solidarnosti: solidarnost glede na zdravstveno stanje, solidarnost glede na dohodek posameznikov, solidarnost glede na starost posameznikov, solidarnost glede na spol posameznikov, solidarnost glede na mesto bivanja in solidarnost glede na zaposlitveni status. Solidarnost je družbena vrednota, ki jo je mogoče uresničiti le znotraj državno proračunskega financiranja ali obveznega zdravstvenega zavarovanja. Slednje omogoča kolektivno financiranje zdravstva bodisi v obliki univerzalne (v smislu neomejene) košarice dobrin bodisi v obliki omejene košarice dobrin. Pri tem lahko obnašanje posameznikov ob njihovem vstopu v zdravstvo usmerjamo s spodbudami na strani povpraševanja (doplačila, odbitki, vratarstvo, mreža). Te spodbude vplivajo na dostopnost do zdravstva. Tako nastane prvo področje koordinacije znotraj zdravstvenega sistema, ki je v takem sistemu ne zagotavlja trg, pač pa država. To je koordinacija med velikostjo košarice zdravstvenih dobrin, ki jo zagotavljamo na solidarnostni način, in obsegom sredstev za kolektivno financiranje te košarice. Ta koordinacija je v pomembnem delu politični proces, ki določa tudi meje javnega zdravstva. Tej koordinaciji sledi druga koordinacija, ki je tudi ne izvaja v tem sistemu trg. To je koordinacija med velikostjo košarice, ki je

določena s prvo koordinacijo, in mrežo izvajalcev, ki ponujajo zdravstvene dobrine iz košarice. Ta koordinacija je naloga države ali plačnika in je delno politični ter delno strokovni proces. Koordinacija obsega tudi način plačevanja izvajalcev, ki mora spodbujati izvajalce zdravstvenega varstva k učinkovitosti in kakovosti. Izvajalci so lahko javni ali zasebni, a morajo - zaradi kolektivnega financiranja - delovati neprofitno in - zaradi uresničevanja košarice - glede na količinske cilje. S tem so del javnega sektorja. Ker tak način delovanja ne ustreza vedno interesom zasebne lastnine in zaradi varnega obstoja mreže, slednja temelji na javnih izvajalcih. Gre za vprašanje agenta v odnosu principal - agent. Če zasebni kapital ne najde v taki dejavnosti (profitnega) motiva, ne bo vstopil. Če ga najde, bo reagiral tudi na vse spodbude, ki izvirajo iz sistema plačevanja (glavarin, plačevanja po skupinah primerljivih primerov, storitvah itd.). Zato domnevamo, da se pri zasebnih izvajalcih ne pojavlja problem principal – agent. Javni izvajalec pa je v mreži z odločitvijo države, toda spodbude iz sistema plačevanja morajo tudi njega spodbujati k večji učinkovitosti in kakovosti. Zato je potrebno tudi znotraj javnega izvajalca poiskati ustreznega agenta, ki v večji učinkovitosti in kakovosti vidi tudi uresničitev svojih interesov ter zato deluje v tej smeri. Ob javnem sistemu z državno koordinacijo dejavnosti je možno uveljaviti tudi tržno koordiniran del zdravstva. Mejo med javnim zdravstvenim sistemom in tržno koordiniranim zdravstvom postavlja velikost in učinkovitost izvedbe košarice zdravstvenih dobrin iz javnega dela zdravstva.

3. Kritične točke slovenskega zdravstvenega sistema: Obstoječi slovenski zdravstveni sistem je kritičen na večjem številu mest. Prvič, javni del zdravstva financiramo preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki neformalno deluje kot sklad in ne more izvajati – čeprav je to njegova funkcija - prve koordinacijske funkcije, to je usklajevanja med razpoložljivimi sredstvi in obsegom košarice dobrin v javnem zdravstvu, saj drugače ne bi nastajale nenormalne čakalne vrste, nesposobnost financiranja kakovostnejše ponudbe in systemske izgube pri povprečno učinkovitih izvajalcih. Drugič, zakonsko in s tem prisilno pasivna vloga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in ustreznih zavarovalnic, ki so spremenjene v »pomožne blagajne« obveznega zdravstvenega zavarovanja, čeprav delujejo po načelih zavarovalništva in je tako stanje v nasprotju z njihovimi interesi. Tretjič, neomejena zdravstvena košarica, ki onemogoča uskladitev denarnih virov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja z obsegom zdravstvene košarice. Četrtrič, mesto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v plačilnem sistemu, ki onemogoča polno uveljavitev solidarnosti v povezavi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Petič, mesto prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v plačilnem sistemu, ki onemogoča učinkovanje spodbud na strani povpraševanja, saj zavaruje spodbude (doplačila), ki ne bi smele biti zavarovane, da bi lahko signalizirale porabnikom zdravstvenih dobrin velikost cen zdravstvenih dobrin. Šestič, zanemarjeno je dejstvo, da trg ni (ne more biti) koordinator strani povpraševanja s ponudbeno stranjo v javnih zdravstvenih sistemih in da mora to vlogo prevzeti država in da ta mora opredeliti tudi organ koordinacije. Gre za vprašanje mreže javnega zdravstva. Sedmič, zanemarjanje dejstva, da obseg košarice zdravstvenih dobrin iz obveznega zdravstvenega zavarovanja postavlja tudi meje, preko katerih je smiselno razvijati tržni del zdravstva (zdravstveno dejavnost, ki jo koordinira trg in ima tako na nakupni kot na prodajni strani zasebne agente), te meje pa se oblikujejo stihijsko, če košarica ni omejena. Osmič, negativni odnos do tržnega dela zdravstva preprečuje tudi razmišljanje o organiziranju trga v zdravstvu in prepušča trg stihiji in izkoriščanju slabosti javnega dela zdravstva. Devetič, zanemarjanje dejstva, da je ključen del

koordinacije med velikostjo in sestavo košarice na eni strani in izvajalci (mrežo) na drugi strani tako imenovani plačilni sistem, to je, nabor plačilnih instrumentov, ki naj bi vplivali na učinkovito organizirano in kakovostno ponudbo izvajalcev v mreži javnega zdravstva. Desetič, popolni nered glede vprašanja agenta, ki ni problematično glede zasebnih izvajalcev, je pa v celoti odprto v primeru javnih (državnih) izvajalcev. S tem v zvezi so nedorečena vprašanja poslovne samostojnosti in nefleksibilnosti sedanjih javnih zavodov, nagrajevanja zaposlenih, organiziranja delovnih procesov (vloge posameznika v njih) in poslovnih funkcij, zlasti nabave in prodaje ter vloge lastnika in ustanovitelja.

4. Nujnost oblikovanja omejene košarice zdravstvenih dobrin – košarice A: Nastajanje nenormalnih čakalnih vrst, sistematične in vsesplošne izgube tudi povprečno učinkovitih izvajalcev zdravstvenega varstva, nekakovostna ponudba izvajalcev zdravstvenega varstva, nizka dostopnost do nekaterih dobrin zdravstvenega varstva in podobno so dokaz neravnotežja med sredstvi, zagotovljenimi za javno zdravstvo v Sloveniji (2.1 milijarde evrov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma prispevkov delojemalcev in delodajalcev in 0,4 milijarde iz naslova prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja), in košarico dobrin, ki naj bi jo zagotavljalo javno zdravstvo. Ker ni mogoče povečati prispevnih stopenj (neposredno vplivajo na ceno dela, ki je med najvišjimi v Evropi, in znižujejo konkurenčnost slovenskega gospodarstva ter povečujejo delež javne porabe v BDP) in ker ni mogoče zagotoviti sredstev z novo dajatvijo ali iz proračuna RS (ker to povečuje delež javne porabe v BDP), je edina rešitev uvedba omejene košarice iz naslova obveznega zdravstvenega varstva. Imenovali smo jo košarica A. Uvedba košarice A je posledica nevdržnosti stanja, pri katerem so sredstva omejena, potrebe po dobrinah pa neomejene. S tega vidika je potrebno sedanji Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije preoblikovati v zdravstveni sklad z ustreznimi pooblastili.

5. Zdravstvene zavarovalnice in košarica B: Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice z 0,4 milijarde sredstev le dopolnjujejo sredstva, zbrana z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, pri čemer ne vplivajo niti na obseg sredstev, ki naj bi jih zagotovile, niti na strukturo porabe teh sredstev, niti na nadzor nad njihovo porabo pri izvajalcih. Poleg tega – vsaj z vidika njihovega nastanka - zavarujejo doplačila, ki ne bi smela biti zavarovana, da bi imela ekonomsko vlogo, zaradi katere jih imamo, to je, da bi porabniku signalizirala višine cen dobrin. V sedanji obliki jih je zato potrebno izdvojiti iz financiranja javnega zdravstva, torej košarice A. So pa pomemben vir sredstev za izvedbo javnega zdravstva v Sloveniji, ki ga ni mogoče nadomestiti niti z višjimi prispevnimi stopnjami (povečali bi stroške dela in delež javne porabe v BDP) niti z novo dajatvijo (povečali bi javnofinančne prihodke in odhodke). Poleg tega so oblika financiranja zdravstva, s katero lahko omogočimo, da prebivalstvo glede na svoje preference nameni večji del svojih dohodkov za zdravstveno potrošnjo. Ker premije plačujemo iz dohodkov prebivalcev in so del njihove potrošnje, premije ne vplivajo niti na stroške dela (ali kapitala) niti na javnofinančne bilance. Zato je potrebno dati prostovoljnim zdravstvenim zavarovalnicam aktivno vlogo, kar v osnovi uvajamo z uvajanjem košarice (zdravstvenega varstva) B. Prav delovanje zdravstvenih zavarovalnic je pot za povečanje deleža BDP, ki ga v Sloveniji namenjamo za zdravstvo.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

5a. Opcija 1: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico A: *Uvajamo možnost, da zdravstvene zavarovalnice delujejo tudi na področju financiranja košarice A (a ne kot dopolnilni plačnik).*

6. Razširitev solidarnosti: Sedaj okoli 0,8 milijarde evrov v celoti in samostojno zagotavlja za dobrine obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma javno zdravstvo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z zbiranjem prispevkov. Zavod v tem primeru pokriva stroške teh zdravstvenih dobrin v celoti. Pri tem tudi v celoti uveljavlja vseh šest solidarnosti, značilnih za zdravstvo. Okoli 1,7 milijarde evrov sredstev za dostop do javnega zdravstva pa zagotavljajo zavod iz prispevkov (okoli 1,3 milijarde evrov) in prostovoljne zdravstvene zavarovalnice iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, zbranih preko prostovoljnega plačila premij (okoli 0,4 milijarde evrov). Pri prispevkih veljajo vsa solidarnostna načela, pri plačilu premij pa le razpršitev tveganja in spolna ter starostna solidarnost. V takih razmerah je dostop do dobre polovice zdravstvenih dobrin javnega zdravstva pogojen s prostovoljnim doplačilom k obvezno plačanim prispevkom. Tudi solidarnostna načela pri 1,7 milijarde evrov vredni košarici obveznega zdravstvenega zavarovanja so tako pogojena s prostovoljnim plačilom premij, ki ne vključujejo omenjenih šest solidarnostnih načel. Z izključevanjem prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bi obseg zdravstvenih dobrin, ki so v celoti podrejena načelom solidarnosti, povečali iz 0,8 milijarde evrov na 2,1 milijarde evrov. Tudi zato predlagamo košarico A (v celoti omejeno na 2,1 milijarde solidarnostno zbranih sredstev) in košarico B (na začetku 0,4 milijarde evrov vredno košarico brez uveljavljanja vseh solidarnosti).

7. Opredeljevanje dveh mest koordinacije zdravstvene dejavnosti: Nenormalne čakalne vrste oziroma dolgotrajne čakalne dobe, izgube povprečno učinkovitih izvajalcev javnega zdravstva, neustrezna kakovost dobrin javnega zdravstva in nered v financiranju izvajalcev so znaki (a) nenatančno usklajene košarice dobrin v javnem zdravstvu z razpoložljivimi sredstvi in (b) neuskklajenosti košarice z zmogljivostmi izvajalcev zdravstvenega varstva (mrežo zdravstvenega varstva). Zato je potrebno natančno opredeliti mesto teh dveh usklajevanj in njihov cilj. Rešitev, primernih za javno zdravstvo, ne moremo iskati na trgu in kvazi tržnih oblikah usklajevanj.

8. Opredelitev javnega zdravstva določa tudi mesto trga v zdravstvu: Prav natančno usklajevanje košarice dobrin v javnem zdravstvu z razpoložljivimi sredstvi in natančno usklajevanje košarice z zmogljivostmi izvajalcev zdravstvenega varstva (mrežo javnega zdravstva) sta pogoja, da nastajanje tržnega dela zdravstva, ki temelji na plačilih »iz žepa« in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnicah ter profitno orientirani ponudbi zdravstvenih dobrin, ne vodi do konfliktov, ki so na škodo vseh deležnikov v zdravstvu in ki so značilnost sedanjih razmer v slovenskem zdravstvu. Dejstvo, da prebivalci lahko dobijo zdravstvene dobrine brez čakalnih vrst in v ustrezni kakovosti, preprečuje, da bi tržni del živel na slabostih javnega zdravstva, in določa mesto tržno organiziranega zdravstva kot pomembnega dela zdravstva v državi. S tega vidika ni pomembna zgolj rešitev s košarico A, pač pa je pomembna tudi rešitev s košarico B.

9. Prenova in revidiranje plačilnega sistema: Že sedaj je slovenski plačilni sistem (način financiranja in plačevanja ponudbe izvajalcev) formalno sestavljen iz plačilnih instrumentov in oblik, ki so stimulativen značaja tako na strani povpraševanja (bolnikom signalizirajo, da imajo

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

zdravstvene dobrine svojo ceno) kot na strani ponudbe (silijo izvajalce k stroškovno učinkovitemu poslovanju). Zato imamo glavarine, plačevanje po storitvi, plačevanje po primeru in plačevanje s pavšalom. Koliko sredstev prejme posamezni izvajalec je v celoti odvisno od sredstev, ki jih pridobi preko teh instrumentov. V Sloveniji nimamo oblike plačevanja izvajalcev po delu oziroma zaposleni delovni sili. Stroški dela so le kalkulativen element v strukturi različnih plačilnih instrumentov. Zato je podrejanje plač zaposlenih v javnih izvajalcih zdravstvenega varstva kolektivnemu dogovarjanju o plačah in plačnim sistemom za javne uslužbence nelogičnost, saj poslovanje izvajalcev dvakratno omejuje: z ene strani s cenami njihovih dobrin in z druge strani s stroški dela. To radikalno zmanjšuje možnost gospodarjenja in poslovno samostojnost v javnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Ob tem se je treba zavedati, da so vsi normativi, na podlagi katerih se oblikujejo plačilni instrumenti, izmerjeni ali določeni pred več kot desetimi leti in danes ne ustrezajo več organizacijskim procesom in tehnologiji pri izvajalcih zdravstvenega varstva. Zato je plačevanje sistematično napačno in zahteva arbitrarno poseganje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katerim se omogoča vzdrževanje poslovanja zlasti pri javnih izvajalcih zdravstvenega varstva. Ti instrumenti zato tudi ne morejo sprožiti pozitivnih spodbud za učinkovitost in kakovost poslovanja. Zato je nujno potrebno prenoviti plačilni sistem in vzpostaviti njegovo stalno revidiranje glede na razvoj poslovanja in tehnologij pri izvajalcih.

10. Reforma javnih izvajalcev zdravstvenega varstva: Plačilni sistem, ki ga imamo v Sloveniji vsaj formalno, temelji na domnevi, da spodbude s strani povpraševanja in s strani ponudbe vplivajo na racionalno obnašanje bolnikov in izvajalcev. Z vidika izvajalcev je kritično tako imenovano vprašanje agenta. To še zlasti velja za javne izvajalce zdravstvenega varstva. Gre za vprašanje, na koga delujejo omenjene spodbude na način, da ta s svojimi odločitvami potem vpliva na racionalno poslovanje izvajalcev. Pri zasebnih izvajalcih je ta problem manj izrazit, saj te spodbude lahko delno delujejo tudi v razmerah neprofitnega poslovanja takega izvajalca. Pri javnem izvajalcu zdravstvenega varstva pa je problem izrazit. Sedanja pravno-statusna opredelitev javnega zavoda ne definira niti lastnika, niti motiva, ki prevladuje v organizaciji, niti položaja in vloge zaposlenih, niti neprofitnega poslovanja, niti jasnega poslanstva take organizacije. Ključno vprašanje je zagotovo, na koga naj bi vplivale spodbude plačilnih instrumentov v javnih izvajalcih. Če proglasimo državo za lastnika javnih zavodov, potem med javnimi zavodi ne more obstajati konkurenca, saj imajo vsi istega lastnika. Če pa proglasimo za agenta, na katerega naj bi vplivale spodbude, zaposlene v izvajalcih, pa morajo ti biti upravljavci in volivci vodstva, njihove plače pa ne morejo biti del sistema plač v javnem sektorju in se morajo oblikovati na ravni zavoda. Zato v tem primeru tudi ne morejo biti podrejene enotnim plačnim sistemom za javni sektor in odvisne od kolektivnega dogovarjanja na ravni države. Če v izvajalcu ne moremo opredeliti agenta, so vsi stimulativen mehanizmi nepotrebni, saj nimajo koga spodbujati k večji racionalnosti (stroškovni učinkovitosti in kakovosti). Tudi spodbud za doseganje količinskih ciljev ni mogoče dosegati na decentraliziran način pač pa le s prisilo. Zato je reforma sedanjih javnih izvajalcev zdravstvenega varstva v smeri večje avtonomnosti in poslovne neodvisnosti, pri katerih izvajalci gospodarijo v svojem imenu in za svoj račun, nujna.

Košarica A

11. Definicija in tri determinante košarice A: Predlagamo, da se oblikuje košarica zdravstvenih dobrin, ki jo imenujemo košarica A. Gre za nabor zdravstvenih storitev in proizvodov, ki jih v celoti zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje na osnovi plačil prispevkov delodajalcev in delojemalcev. Košarica A se oblikuje tako, da se upošteva (a) obseg sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno varstvo, kot zgornjo mejo vrednosti te košarice, (b) referenčne cene zdravstvenih dobrin, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje, in (c) potrebe po posameznih vrstah zdravstvenih dobrin v RS ter mesto njihovega nastajanja.

12. Cilji uvedbe košarice A: Temeljni cilj uvedbe košarice A je v zagotovitvi ponudbe zdravstvenih dobrin vsemu prebivalstvu RS na način, da je ta ponudba usklajena z razpoložljivimi sredstvi obveznega zdravstvenega zavarovanja in potrebami, kar pomeni, da pri izvajalcih ne nastajajo niti nenormalne čakalne vrste niti izgube zaradi neustreznega financiranja in da izvajalci lahko ponudijo dobrine visoke kakovosti. S košarico A se zagotavlja solidarnost glede na bolezen, dohodek, starost, spol, mesto bivanja in zaposlenost oziroma brezposelnost.

13. Financiranje košarice A: Košarica A mora izhajati iz sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno varstvo, referenčnih cen in potreb po zdravstvenih dobrinah v RS na način, da pri tem ne nastajajo nenormalne čakalne vrste, da povprečno učinkoviti izvajalci zdravstvenega varstva ne ustvarjajo izgub in da lahko delujejo neprofitno ob upoštevanju oportunitetne cene kapitala in dela, da se upoštevajo referenčne cene zdravstvenih dobrin v košarici A in da se lahko zagotavljajo zdravstvene dobrine v kakovosti, ki ustreza sposobnostim izvajalcev zdravstvenega varstva. Košarica A se ne financira iz sedanjih sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in sredstev »iz žepa« bolnikov, kar pa ne velja za doplačila in odbitke.

14. Obseg danes razpoložljivih sredstev za košarico A: Košarica A lahko ob sedanjem obsegu sredstev za zdravstveno varstvo iz virov obveznega zdravstvenega varstva obsega ponudbo zdravstvenih dobrin v višini 2,1 milijarde evrov. V ta sredstva ne spada 0,4 milijarde evrov sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, morajo pa ta sredstva pokriti manko sredstev pri sedanjem financiranju, ki se kaže v nastajanju nenormalnih čakalnih dob (okoli 50 milijonov evrov letno), nastajanju izgub pri povprečno učinkovitih izvajalcih zdravstvenega varstva (okoli 40 milijonov evrov letno) in neustrezni kakovosti dobrin zdravstvenega varstva, ponujeni v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja (česar nismo ovrednotili).

15. Domneva o nespremenjenih prispevnih stopnjah: Ob ustanovitvi košarice A mora biti obseg sredstev iz prispevkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, iz katerih se financira košarica A, enak obsegu sredstev, ki ga zagotavljajo sedanje prispevne stopnje. V ta sredstva ne štejemo sredstva, zbrana z zdravstvenim zavarovanjem, državnega proračuna in plačila prebivalstva »iz žepa«. Domnevamo namreč, da bi vsako povečanje prispevnih stopenj za potrebe zdravstva ali uvajanje novih davkov povečalo bruto stroške dela, ki so že danes v Sloveniji med najvišjimi v primerljivih državah, in delež javne porabe v BDP. Zato je potrebno spremembe v slovenskem zdravstvenem sistemu izvesti brez povečanja prispevnih stopenj za zdravstvo in novih davkov.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

16. Omejevanje košarice A: Košarica A zamenjuje sedanjo neomejeno zdravstveno košarico. Zamenjuje jo tako, da uvaja omejitve dostopnosti do dobrin zdravstvenega varstva, financiranih iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, glede na (a) višino cene (stroškov) zdravstvenih dobrin, (b) dostopnost do posameznih dobrin zdravstvenega varstva in (c) dostopnost posameznih skupin prebivalstva do dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja.

17. Omejevanje košarice A z vidika cene: Z vidika višine cene (stroškov) uvrščamo v košarico A vse dobrine zdravstvenega varstva, katerih strošek potrošnje (cena po enoti plačevanja) presega 3 tisoč evrov in so uvrščene v klasifikacijo bolezni MKB-10.

18. Omejevanje košarice A z vidika dobrin, ki jih zajema: Z vidika dostopnosti do posameznih dobrin zdravstvenega varstva košarica A ne zajema primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti – osnovnih zdravstvenih in diagnostičnih storitev (razen urgentnih storitev), zunaj bolnišničnega zobozdravstva, specialističnih pregledov brez napotitve iz bolnišničnega varstva, storitev rehabilitacije, ki niso posledica bolezni, transporta, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, diagnostike, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, farmacevtskih proizvodov in medicinsko tehničnih pripomočkov, ki niso del urgentnega in bolnišničnega zdravljenja (pomagala za vid, sluh, protetika in podobno) in porodništva ter babičine nege. V košarico A so uvrščene storitve preventive, urgence, bolnišničnega varstva, dolgotrajnega varstva in paliativne oskrbe v skupni višini okoli 1,5 milijarde evrov.

19. Omejevanje košarice A z vidika skupin prebivalstva: Z vidika dostopnosti posameznih skupin prebivalstva do dobrin obveznega zdravstvenega zavarovanja so do univerzalnega (neomejenega) zdravstvenega varstva upravičeni vsi prebivalci (otroci) do končane srednje šole, starostniki po 65. letu in brezposelni. Te skupine prebivalcev imajo dostop do zdravstvenih dobrin, ki jih v točki 18 izključujemo iz košarice A, tudi v okviru košarice A in se solidarnostno zagotavljajo znotraj sredstev, namenjenih financiranju košarice A (v višini več kot 0,5 milijarde evrov).

7

Rekonstrukcija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

20. Prispevki kot vir sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje: Obvezno zdravstveno zavarovanje se financira iz prispevkov, ki jih plačujejo delojemalci in delodajalci. Plačevanje teh prispevkov je obvezno glede na zakonsko ureditev. Višina prispevnih stopenj je določena s politiko davkov in prispevkov oziroma javnofinančnih prihodkov, ki jih predlaga vlada in potrди parlament. Prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje so del javnofinančnih prihodkov in odhodkov in so del splošne davčne politike države. Za njihovo pobiranje in izterjavo je zadolžena davčna uprava. Prihodki slednje iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje se prenašajo na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in predstavljajo prihodke tega zavoda.

21. Prispevki se plačujejo na način, ki zagotavlja uveljavljanje solidarnosti: Prispevki temeljijo na dohodkovni solidarnosti in so opredeljeni s prispevnimi stopnjami, ki se ne spreminjajo glede na

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

višino dohodkov zavezancev za plačilo teh prispevkov oziroma dohodkov, ki jih jemljemo kot osnovo za izračun prispevkov. Višina prispevnih stopenj ni odvisna od škodnih zahtevkov, ki nastanejo zaradi različne obolelosti plačnikov prispevkov glede na starost, spol, vrsto bolezni in mesto bivanja ter zaposlenosti.

22. Reorganizacija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije deluje kot sklad, v izključno državni lasti, ki razpolaga s sredstvi, pridobljenimi s prispevki delojemalcev in delodajalcev. Sklad vodi skupščina in upravni odbor na čelu z direktorjem, ki ni član upravnega odbora. Organiziran je po načelih enotirnega upravljanja. Skupščino predstavlja vlada RS (Ministrstvo za finance in Ministrstvo za zdravje) in predstavniki plačnikov prispevkov (posamezniki in ne kolektivni predstavniki). Skupščina izbira upravni odbor, ta pa izbira direktorja. Vlada RS ima v skupščini veto, a le v primeru, če program zdravstvenega varstva, opredeljen v košarici A, presega sredstva, zbrana s prispevki za zdravstveno varstvo, in če izvedbeno ni usklajen z mrežo javnega zdravstva. Zavod ima dve strokovni komisiji, ki ju podpirata tudi ustrezni strokovni službi znotraj zavoda. Prva je za opredeljevanje košarice A, druga pa je za določanje cen zdravstvenih storitev, ki jih zavod plačuje iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Komisiji sta sestavljeni iz ustreznih zunanjih in notranjih strokovnjakov, sta podrejeni upravnemu odboru in pripravljata strokovna gradiva za skupščino zavoda.

23. Dve temeljni nalogi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ima kot državni sklad za gospodarjenje s prispevki za zdravstveno varstvo dve vlogi. Prvič, ugotavlja potrebe po zdravstvenem varstvu na območju RS. Ne gre le za ugotavljanje vrste in obsega potreb po zdravstvenih dobrinah, pomembna naloga zavoda je ob tem tudi ugotavljanje lokacij nastajanja potreb. Drugič, opredeljuje v okviru sredstev, zbranih s prispevki za zdravstveno zavarovanje, zdravstvene dobrine, ki jih lahko zagotovi plačnikom prispevkov. S tem opredeljuje košarico A. Da bi lahko opravil drugo nalogo, mora opredeliti posamezne rezervacijske cene zdravstvenih dobrin, ki jih vključuje v košarico A, in obseg posameznih zdravstvenih dobrin, ki jih lahko vključi v košarico A ob danem obsegu zbranih prispevkov in njihovih rezervacijskih cenah. Košarico A vsakoletno potrjuje skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

24. Zavod gospodari s tremi skladi na neprofitni način: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ločeno vodi sredstva iz prispevkov, plačanih s strani delojemalcev in delodajalcev ter drugih. Oblikovati mora tudi določeni rezervni sklad, ki omogoča izravnavanja kratkoročnega nihanja v dotoku prispevkov. Zavod torej gospodari s tremi skladi: skladom prispevkov delodajalcev in drugih, skladom prispevkov delojemalcev in rezervnim skladom. Zavod deluje neprofitno, kar pomeni, da Vlada RS (predstavnik lastnika) in drugi ne morejo prisvajati presežkov iz poslovanja zavoda. Morebitne presežke mora zavod vlagati bodisi v rezervni sklad bodisi v razširitev košarice A.

Košarica B

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

25. Definicija košarice B: Košarica B zagotavlja dobrine, ki niso del košarice A, a jih prebivalstvo potrebuje z vidika zagotavljanja osnovnega zdravja posameznika in lahko v primeru, da jih mora posameznik plačati sam, pomenijo finančno in zdravstveno nenormalno tveganje za posameznika. Košarica B je potrebna, ker s košarico A ne moremo zagotoviti posamezniku vseh dobrin, ki so nujne za vzdrževanje njegovega zdravstvenega stanja. Slednje pa ni mogoče, ker ni mogoče zbrati dovolj sredstev na način, kot financiramo košarico A.

26. S košarico B zagotavljamo zdravstvene dobrine mimo sredstev iz prispevkov: Temeljni cilj košarice B je zagotavljati prebivalstvu nabor zdravstvenih dobrin na način, da pri izvajalcih ne nastajajo nenormalne čakalne vrste in izgube pri povprečno učinkovitih izvajalcih ter da izvajalci lahko ponudijo dobrine visoke kakovosti, in sicer iz sredstev, ki niso zbrana s prispevki delojemalcev in delodajalcev.

27. Obvezno zdravstveno zavarovanje za košarico B: Sredstva, ki omogočajo dostop posameznika do košarice B, se zbirajo preko obveznega zavarovanja pri zdravstvenih zavarovalnicah in sicer s plačilom premij za ta zavarovanja. Medsebojne odnose med zdravstvenimi zavarovalnicami je možno urejati z izravnalnimi shemami. Uvedbo izravnalnih shem je možno izpeljati le na podlagi ustreznega zakona.

27a. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B: Sredstva, ki omogočajo dostop posameznika do košarice B, se zbirajo preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Tak tip zdravstvenega zavarovanja za košarico B je možno uveljavljati postopoma, potem ko je na začetku reforme slovenskega zdravstvenega sistema najprej uveljavljeno obvezno zdravstveno zavarovanje za košarico B.

28. Enotna premija za zavarovanje za košarico B: Dostop do košarice B omogoča posamezniku dostop do dobrin, ki jih potrebuje za normalno ohranjanje zdravja, potem ko lahko ob tem koristi zdravstvene dobrine iz košarice A. Pri tem dostopnost do košarice B ni opredeljena s solidarnostmi v obliki dohodkovne, naselitvene in zaposlitvene solidarnosti. Pravico do zdravstvenega zavarovanja za košarico B pridobi posameznik s plačilom enotne premije za zavarovanje za košarico B za vse zavarovance pri posamezni zdravstveni zavarovalnici. Zavarovanje za košarico B lahko sklenejo vse skupine prebivalcev RS in tudi tujci.

29. Dobrine v košarici B določa Vlada RS: Sestavo košarice B določa Vlada RS (Ministrstvo za zdravje). Vanjo lahko uvrsti (a) zdravstvene dobrine za zdravljenje bolezni iz klasifikacije bolezni MKB-10 do cene (stroškov) v višini 3 tisoč evrov, (b) zdravstvene dobrine primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti – osnovne zdravstvene in diagnostične storitve (razen urgentnih storitev), zunaj bolnišničnega zobozdravstva, specialističnih pregledov brez napotitve iz bolnišničnega varstva, rehabilitacije, ki niso posledica bolezni, transporta, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, diagnostike, ki ni del bolnišničnega in urgentnega zdravljenja, farmacevtskih proizvodov in medicinsko tehničnih pripomočkov, ki niso del urgentnega in bolnišničnega zdravljenja, in porodništva ter babičine nege, (c) zdraviliško zdravljenje in (d) zdravljenje v tujini. Obvezni deli košarice B so dobrine primarnega zdravstvenega varstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

(razen urgence), porodništva z vsemi spremljajočimi dejavnostmi, osnovnega zobozdravstva in rehabilitacij, ki niso posledica bolezni. Celotna košarica B bi imela vrednost okoli 0,5 milijarde evrov in bi pri sedanjem zajemanju zavarovancev v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pomenila okoli 25 odstotno povečanje premije.

30. Vlada določa maksimalno premijo: Dostop do košarice B zagotavlja posamezniku plačilo premije. Višino premije določa v obliki maksimalne cene dostopa do košarice B Vlada RS. Končna cena zavarovalne premije za dostop do košarice B se vzpostavi v konkurenci med zdravstvenimi zavarovalnicami in jo vsaka zdravstvena zavarovalnica oblikuje sama. Premije so lahko med zdravstvenimi zavarovalnicami različne, a morajo biti pri posamezni zavarovalnici enake za vse njene zavarovance.

31. Zdravstvene zavarovalnice morajo nuditi zavarovanje za košarico B vsem zainteresiranim: Vstop zdravstvenih zavarovalnic v zavarovanje dobrin iz košarice B ni reguliran. Tako zavarovanje lahko ponudi vsaka zavarovalnica, ki izpolnjuje splošne zavarovalniške pogoje za nudenje zdravstvenih in drugih zavarovanj. Zdravstveno zavarovanje za košarico B mora nuditi vsaka zavarovalnica, ki se želi ukvarjati z zdravstvenim zavarovanjem. Pri ponudbi ne sme uporabljati nobenih selekcijskih kriterijev do zavarovancev.

32. Prehod na sistem s košarico B: Ustanovitev košarice B je vezana na obstoj sedanjega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vlada RS mora opredeliti začetno velikost košarice B in maksimalno premijo za zavarovanje take košarice. Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, ki sedaj dopolnilno financirajo obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo obvezno (glede na zakon) preoblikovati sedanja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v pogodbeno zavarovanja za vsakega posameznega zavarovanca za zavarovanje košarice B. V času preoblikovanja ne more iz pogodbenega odnosa izstopiti niti zavarovanec niti zavarovalnica.

32a. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B - prehod na sistem s košarico B: Ob uveljavitvi novega sistema zavarovanja za košarico B je zavarovanje zanjo obvezno. Ob tem je možno določiti prehodno obdobje in sistem, ki omogoča prehod na sistem s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem za košarico B.

33. Izvajalci dobrin iz košarice B: Dobrine iz košarice B se lahko izvajajo pri izvajalcih, ki so del mreže javnega zdravstva, in pri izvajalcih, ki so zunaj mreže javnega zdravstva. Toda pravice do uporabe košarice B v celoti ni mogoče pridobiti drugače kot preko zavarovanja za košarico B, ki jo izvajajo zdravstvene zavarovalnice. Slednje pa lahko nudijo tudi zavarovanja zgolj za posamezne dobrine iz košarice B.

34. Plačnik premije za zavarovanje za košarico B: Plačnik premije zdravstvenega zavarovanja za posameznega zavarovanca za košarico B je lahko vsak posameznik, tudi v vlogi delojemalca, delodajalca in sponzorja.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

35. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B – davčna olajšava: Vlada RS pospešuje prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B tako, da nudi olajšavo pri plačilu prispevkov za zdravstvo. Olajšava je opredeljena z zakonom, višino pa določa vlada in parlament v okviru proračunske politike. Olajšava je določena v višini 25 odstotkov letne vsote premij, ki jih plača posameznik za zavarovanje za košarico B. Ta vrednost se odšteje od letne vsote prispevkov, ki jih plačujejo delodajalci in delojemalci za potrebe obveznega zdravstvenega zavarovanja za posameznika, in sicer sorazmerno glede na vplačane prispevke delodajalcev in delojemalcev. Stroške olajšav oziroma manko iz naslova olajšav pri obveznem zdravstvenem zavarovanju pokriva proračun RS. Do olajšav ima pravico posameznik – uporabnik in ne more nihče drug brez njegovega soglasja skleniti tega zavarovanja. S tem nastane možnost, da delodajalci znižajo stroške delovne sile. Ker je olajšava določena glede na plačane prispevke, ki so odvisni od dohodkovne in z njo povezanimi solidarnostmi, ima tudi olajšava značilnosti dohodkovne solidarnosti, čeprav teh solidarnosti ni pri plačilu premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B. Zavarovanec z nižjim dohodkom in nižjim plačilom prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje bo plačal manjši delež teh prispevkov glede na svoj dohodek kot zavarovanec z visokim dohodkom in visokim zneskom plačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Pozitivni vpliv opisane olajšave na gospodarsko dejavnost in zaposlovanje lahko preko večjih prihodkov državnega proračuna posredno tudi kompenzira odhodke državne proračuna za potrebe proračunskega pokrivanja manka v blagajni obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki izvira iz olajšav.

Zdravstveno zavarovanje

36. Zdravstvene zavarovalnice v RS: Zdravstveno zavarovanje izvajajo zdravstvene zavarovalnice, ki so ustanovljene in delujejo v skladu z zavarovalniško in podjetniško zakonodajo. Zavarovalniške storitve teh zavarovalnic so dostopne vsem posameznikom in tudi organiziranim skupinam v RS ter tudi tujcem. Predmet njihovega zavarovanja pa je zavarovanje košarice B in vseh drugih oblik zdravstvenega varstva.

37. Načela oblikovanja premij: Zdravstvene zavarovalnice zaračunavajo svoje storitve v obliki premije, ki mora spoštovati načelo enake premije za enako zavarovalniško storitev. Višina premij se lahko prilagaja verjetnosti porajanja škodnih zahtevkov glede na starost, spol in naseljenost. Slednje ne velja za zavarovanje za košarico B. Premije za zavarovanje košarice B so enake za vse zavarovance. Premije se ne oblikujejo glede na dohodkovno solidarnost, seveda pa se lahko zavarujejo vsi ne glede na zaposlenost. Plačevanje premij s strani zavarovancev je stvar zavarovalnic in je urejeno s pogodbenim odnosom med zavarovancem in zavarovalnico.

38. Načela poslovanja zdravstvenih zavarovalnic: Zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja delujejo po profitnem načelu. Organizirane so po lastnih organizacijskih načelih, ki pa morajo upoštevati zunanje zahteve pri njihovem poslovanju. Organiziranost in dokumentiranje poslovanja mora s tega vidika zagotavljati ustrezno transparentnost. Politika plačevanja storitev in proizvodov izvajalcev zdravstvenega varstva je stvar njihove poslovne politike (razen tam, kjer vstopajo v mrežo

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

javnega zdravstva). Zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja same določajo in izvajajo politiko prodaje zavarovanj, cenovno politiko (če niso v mreži javnega zdravstva in izvajajo zavarovanja za košarico B) in doseganja ustreznega poslovnega izida. Njihovo delovanje ni del javno finančne politike. Na sploh tudi niso del zagotavljanja javnega zdravstvenega sistema.

39. Poslanstvo zdravstvenih zavarovalnic: Temeljno poslanstvo zdravstvenega zavarovanja je zavarovanje košarice B. Za izvajanje te dejavnosti morajo pridobiti dovoljenje Vlade RS (preko Ministrstva za zdravstvo in Ministrstva za finance), kar je urejeno s posebnim zakonom. Pri tem morajo izpolnjevati splošne zavarovalniške pogoje za nudenje zdravstvenih in drugih zavarovanj.

40. Prehod na nov sistem delovanja zdravstvenih zavarovalnic: Prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, ki sedaj delujejo v okviru sofinanciranja obveznega zdravstvenega varstva, morajo obvezno (glede na zakon) preoblikovati sedanja prostovoljna zdravstvena zavarovanja v pogodbeno zavarovanja za vsakega posameznega zavarovanca za zavarovanje košarice B. V času preoblikovanja ne more iz pogodbenega odnosa izstopiti niti zavarovanec niti zavarovalnica.

41. Opcija 1: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico A: Zdravstvene zavarovalnice lahko zavarujejo tudi za potrebe koriščenja košarice A.

42. Opcija 1: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico A: Primer, pri katerem zdravstvene zavarovalnice lahko zavarujejo tudi za potrebe koriščenja košarice A, nastane, če delodajalec, ki plačuje prispevke v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, plačevanje teh prispevkov zamenja s posebnim zavarovanjem pri zdravstvenih zavarovalnicah. V tem primeru ne plačuje več delodajalčevega deleža prispevkov zavodu za zdravstveno zavarovanje, pač pa plačuje zavarovalno premijo zdravstveni zavarovalnici, ta pa iz premijskih prihodkov zagotavlja zavodu za zdravstveno zavarovanje enak znesek sredstev, kot jih je pred tem zavod za zdravstveno zavarovanje pridobil iz naslova plačevanja prispevkov delodajalca, ki je izstopil iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstvena zavarovalnica se lahko z delodajalcem dogovori o posebnih načinih zaračunavanja premij, kar omogoča delodajalcu, da uveljavi plačevanje sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje po drugačnih načelih, kot jih uveljavlja zavod za zdravstveno zavarovanje (drugačni tip solidarnosti, uveljavljanje socialne kapice, plačevanje iz profitov delodajalca in podobno). Odnose med zavodom za zdravstveno zavarovanje in zdravstveno zavarovalnico urejamo s posebno pogodbo. S posebno pogodbo se uredi tudi odnos med delodajalcem in zdravstveno zavarovalnico.

43. Tržna usmeritev zdravstvenih zavarovalnic: Zdravstvene zavarovalnice lahko ponudijo tudi različna zdravstvena zavarovanja zunaj košarice A in košarice B, kot so zavarovanja za nadstandardne storitve ali zdravstvene dobrine z novo tehnologijo in zdravstvene storitve, ki so le posredno povezane z zdravstvenim varstvom. V tem primeru je njihova ponudba v celoti podrejena razmeram na trgu.

43. Opcija 2: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico B – tržna dejavnost: Tudi ponudbo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za košarico B razumemo kot tržno ponudbo zdravstvenih zavarovalnic.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

44. Naložbena politika zdravstvenih zavarovalnic: Zdravstvene zavarovalnice lahko investirajo v izvajalce zdravstvenega varstva kot del svoje naložbene dejavnosti in se pojavljajo tudi kot lastniki izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Vstopajo lahko tudi v javno zasebna partnerstva z javnimi izvajalci zdravstvenega varstva.

45. Trženjska politika zdravstvenih zavarovalnic: Zdravstvene zavarovalnice delujejo v konkurenčnem okolju. Zato jim je dovoljeno izvajati promocijo in drugo trženjsko politiko. Pri ponudbi zavarovanja za košarico B lahko h košarici B priključijo tudi druge dobrine zdravstvenega varstva in nadstandardne zdravstvene dobrine, pa tudi dobrine zunaj zdravstvenega varstva, vendar pri tem ne smejo povečati cen zavarovanja košarice B. To dejavnost razumemo kot obliko necenovne konkurence zdravstvenih zavarovalnic.

Koordinacija zdravstvene dejavnosti v povezavi s košarico A

46. Dve točki koordinacije v javnem zdravstvu: Glede na to, da je slovenski zdravstveni sistem javni in ni tržni, v katerem koordinacijo izvajajo cene in konkurenca, je opredelitev načina koordinacije zdravstvene dejavnosti ena ključnih nalog tega sistema. Koordinacija nastaja na dveh točkah v sistemu. Prva je koordinacija med obsegom sredstev za zdravstveno dejavnosti in obsegom ter strukturo zdravstvenih dobrin (košarice), ki jih lahko ponudimo za ta sredstva. To koordinacijo smo že opredelili. Druga pa je koordinacija med povpraševanjem po zdravstvenih dobrinah (košarico) in ponudbo izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

47. Zavod za zdravstveno zavarovanje kot kupec košarice A: Pri košarici A zavod za zdravstveno zavarovanje določa tip zdravstvenih dobrin, ki jo je pripravljen plačati, obseg posameznih zdravstvenih dobrin, ki jih je sposoben plačati, ceno, ki jo je pripravljen plačati za posamezno zdravstveno dobro, in lokacije, kjer nastajajo potrebe po posameznem tipu zdravstvenih dobrin.

48. Vlada RS kot ponudnik izvajalcev in oblikovalec mreže: Vlada RS na predlog Ministrstva za zdravje določa izvajalce. S tem Vlada RS opredeljuje tudi mrežo javnega zdravstva. Zaradi zaokroženosti mreže praktično nihče drug ne more opredeliti mreže.

49. Oblikovanje mreže javnega zdravstva: Izbor izvajalcev v mreži javnega zdravstva naredi Ministrstvo za zdravstvo na predlog zavoda za zdravstveno zavarovanje, pri čemer dokončno odločitev o mreži sprejme Vlada RS. Ministrstvo za zdravje za to nalogo organizira posebno komisijo, sestavljeno iz predstavnikov ministrstva, zavoda za zdravstveno varstvo in lokalnih skupnosti (tudi s predstavniki zainteresiranih skupin prebivalcev). Hkrati ima za ta namen ustrezno strokovno službo. Izbor zasebnih izvajalcev v mrežo javnega zdravstva mora biti izveden s pomočjo javnega razpisa. To pa ne velja za izvajalce v javni lasti.

50. Kriteriji za oblikovanje mreže javnega zdravstva: Odločitev o izvajalcih temelji na pojavnosti obolenj in razpoložljivih zdravstvenih zmogljivostih. Upoštevati je potrebno optimalno velikost izvajalcev glede na pojavnost obolenj na posameznih območjih, dostopnost bolnikov do zdravstvenih

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

izvajalcev, vrsto zdravstvenih dobrin, ki naj bi jih nudili izvajalci, in mreženje izvajalcev na posamezni ravni zdravstvenega varstva (zaokroženost urgentne mreže, zaokroženost bolnišničnega varstva in podobno). Pri tem mora upoštevati upravičenost vključevanja posameznega izvajalca v mrežo javnega zdravstva z vidika analize dobrobiti in stroškov (torej stroškov in dobrobiti za družbo – še zlasti bolnike – in ne le z vidika posameznega deležnika v zdravstvenem sistemu). Izbirati mora tiste lastninske oblike izvajalcev, ki v večji meri izpolnjujejo zahteve za smiselno mrežo javnega zdravstva (zlasti stroškovno učinkovitost, dostopnost in kakovost).

51. Nesistemska dostopnost v mreži javnega zdravstva: Vlada RS ima - na predlog Ministrstva za zdravje in lokalnih skupnosti - pravico, da v mrežo vključi tudi izvajalca, ki ne more glede na področje ali območje svoje dejavnosti dosegati optimalne velikosti. To lahko naredi tedaj, kadar je to z vidika družbenih interesov smiselno. V tem primeru mora morebitno izgubo takega izvajalca, ki nastaja zaradi neoptimalne velikosti, pokriti kot ustanovitelj izvajalca. Zato mora uporabiti sredstva proračuna RS, ki so locirana na področje delovanja Ministrstva za zdravje.

52. Usklajenost med ponudbo zmogljivosti in povpraševanjem po njih za izvedbo košarice A: Zmogljivosti izvajalcev morajo biti v čim večji meri usklajene s košarico A. Vlada RS je dolžna in odgovorna, da ne prihaja do čakalnih vrst zaradi manka zmogljivosti na strani izvajalcev zdravstvenega varstva iz naslova košarice A.

53. Odnos med javnimi in zasebnimi izvajalci: Izvajalci zdravstvenega varstva iz naslova košarice A so lahko zasebni ali javni. Osnovna mreža javnega zdravstva, vezana na košarico A, je javna. Sodelovanje (vstop in izstop) zasebnih izvajalcev v mreži, vezani na košarico A, je s strani izvajalcev prostovoljno in stvar interesov lastnikov teh izvajalcev. Zato bi ob prevladi zasebnih izvajalcev v izrednih razmerah (ko bi javni zdravstveni sistem bil najpomembnejši za blaginjo prebivalstva) lahko tudi razpadel. Poleg tega pa ni mogoče pričakovati, da bi zasebni lastniški interes vedno dovoljeval sodelovanje zasebnih izvajalcev v mreži javnega zdravstva. Tam, kjer zasebni interes ne bi našel dovolj spodbud za delovanje, je država dolžna zagotoviti javne izvajalce. Če naj bo osnovna mreža javnega zdravstva zgrajena na javnih izvajalcih, potem je mesto zasebnih predvsem tam, kjer z ekonomskih vidikov izvajalcev ni smiselno ustanavljati javnih. Tako domnevamo, da bi bili urgentni centri v celoti v javni lasti, preostala mreža primarnega javnega zdravstva oziroma primarne zdravstvene dejavnosti (tudi lekarniška dejavnost) kombinacija zasebnih in javnih izvajalcev, specialistična mreža bi bila prevladujoče sestavljena iz zasebnih izvajalcev, bolnišnično varstvo bi prevladujoče sestavljale javne bolnišnice, podobno pa bi bilo tudi v terciarni dejavnosti. Vse ostale oblike izvajanja zdravstvenega varstva bi bile prevladujoče zasebne. Zlasti izvajalci manjše velikosti, ki običajno zagotavljajo večjo dostopnost, bi bili v zasebni lasti, ki je primernejša za majhne enote izvajanja dejavnosti. Mreža bi temeljila na sedanji razporeditvi zmogljivosti, čeprav bi bilo mogoče s sklepom Vlade RS nekatere sedaj javne zmogljivosti tudi odprodati ali odkupiti zasebne zmogljivosti s strani države ter jih spremeniti v javne.

54. Omejitve v mreži javnega zdravstva: Izvajalci v mreži javnega zdravstva, ki bodo uresničevali dobrine iz košarice A, bodo delovali v pogojih določenih omejitev.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

55. Neprofitni način poslovanja v mreži javnega zdravstva: Zaradi kolektivnega načina financiranja košarice A bodo morali delovati kot neprofitni ponudniki zdravstvenih dobrin, saj ne priznavamo smiselnosti ustvarjanja profitov s sredstvi, ki so del kolektivno financirane potrošnje. To pomeni, da njihovi ustanovitelji in lastniki ne bodo smeli kot lastniki prisvajati morebitnih profitov iz organizacij izvajalcev, pač pa se bodo morali morebitni profiti vlagati v organizacijo. Pri zasebnih izvajalcih se bo profit obračunal na podlagi normiranih stroškov dela, profiti pa se bodo obdavčevali na način, da bodo lastniki spodbujeni vlagati profite v organizacijo in jih ne prisvajati zasebno. Neprofitno poslovanje bo omogočalo, da se profiti investirajo tudi v druge organizacije izvajalcev zdravstvenega varstva ali v zdravstveno dejavnost na sploh. Neprofitni način poslovanja bo upošteval tudi oportunitetno ceno kapitala, ki bo enaka pričakovani donosnosti za javne investicije v okviru javnega sektorja EU. Če zasebni izvajalec ne bo pripravljen sprejeti opisanega neprofitnega poslovanja, je država dolžna zagotoviti javnega izvajalca. Neprofitni način poslovanja ne velja za tisti del prihodka izvajalcev, ki izhaja iz njihove tržne dejavnosti (dejavnosti, ki ni financirana kolektivno), razen če izvajalec ni v državni lasti.

56. Količinski cilji poslovanja izvajalcev v mreži javnega zdravstva: Izvajalci v mreži javnega zdravstva (košarica A) bodo ob neprofitnem poslovanju morali zasledovati količinske cilje poslovanja. Količinski cilji bodo določeni s pogodbo med zavodom za zdravstveno zavarovanje in posameznim izvajalcem. Ta pogodba bo opredelila natančno vrsto in količino dobrin zdravstvenega varstva iz košarice A, ki jo bo moral ponuditi izvajalec, lokacijo ponudbe in kakovost dobrine, pa tudi obliko plačevanja dobrin. Če zasebni izvajalec ne bo pripravljen sprejeti količinskih ciljev, je država dolžna zagotoviti javnega izvajalca.

57. Plačilni sistem: Izvajalce bo zavod za zdravstveno zavarovanje plačeval za opravljeno dejavnost na stimulativen način. Plačilni instrumenti morajo biti enaki za zasebne in javne izvajalce v mreži javnega zdravstva, ki nudi košarico A. Gre za plačevanje na glavarinski način, po točkah (oziroma po storitvah in proizvodih), po primeru (skupinah primerljivih primerov) in izjemoma v pavšalu. V vseh primerih mora nastati pri izvajalcih spodbuda za povečevanje stroškovne učinkovitosti: pri glavarini v obliki delitve stroškov tako z izvajalci kot z uporabniki (glavarinski sistem se bo uporabljal v vseh primerih, kjer je ključna vratarska funkcija), pri točkovnem (storitvenem) načinu, kjer je obseg dejavnosti določen od zunaj z odločitvami v drugih dejavnostih zdravstvenega varstva (na primer specialistična dejavnost, lekarniška dejavnost, dejavnost z zeleno napotnico), pri plačevanju po primeru, ki omogoča nagrado za učinkovitost (v veliki večini bolnišnične dejavnosti), in pri pavšalih, kadar je učinkovitost neposredno merjena z družbenimi stroški in dobrobiti, zdravstveno dejavnost pa je potrebno zagotoviti 24 ur dnevno (urgenca, del prevozov).

58. Načela za kalkulacijo cen dobrin: Cene zdravstvenih dobrin, ki jih zagotavljamo s košarico A in ki se oblikujejo v povezavi s posameznimi oblikami plačevanja oziroma plačilnimi instrumenti oblikuje zavod za zdravstveno zavarovanje. Oblikuje jih po stroškovnih načelih, pri čemer mora upoštevati povprečno ceno dela, oportunitetno ceno kapitala in povprečne stroške povprečno učinkovitega izvajalca zdravstvene dejavnosti na področju, za katerega se oblikuje plačilni instrument. Zavod je dolžan cene preverjati in korigirati vsaj enkrat letno ter jih prilagajati stroškom, ki nastajajo z

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

uveljavljanjem novih tehnologij in zdravstvenih postopkov. Zavod je preko stroškov dolžan izvajalcem priznati strošek uveljavljanja novih tehnologij in zdravstvenih postopkov. Če ti vodijo do nižanja povprečnih stroškov, zavod vsaj eno leto priznava izvajalcu stare, višje cene. Način oblikovanja cen, vključno s podatki, ki jih pri tem uporablja zavod za zdravstveno zavarovanje, mora biti javen.

59. Doplačila in odbitki: V vseh primerih, pri katerih o vstopu v zdravstveni sistem odloča potencialni bolnik, je možno uporabljati tudi doplačila in odbitke. Ti morajo biti majhni in ne smejo rušiti solidarnosti. Načeloma naj ohranijo proporcionalni signal glede na ceno zdravstvene dobrine. Niti doplačil niti odbitkov ni dovoljeno zavarovati z nobeno od oblik zavarovanja.

60. Nadzor izvajalcev v mreži javnega zdravstva: Plačnik, to je zavod za zdravstveno zavarovanje, izvaja nadzor izvajalcev z vidika doslednega izvajanja načel, povezanih s košarico A. Dolžan je tudi zagotavljati odpravo odmikov od teh načel. Z vsemi nepravilnostmi in nedoslednostmi je dolžan redno seznanjati Ministrstvo za zdravje.

60a. Opcija 1: Prostovoljno zdravstveno zavarovanje za košarico A: V primeru, da zdravstvena zavarovalnica prevzame financiranje košarice A, nadzor nad izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži zdravstvene dejavnosti prevzame tudi zdravstvena zavarovalnica. Odločitev o nadzoru in obseg tega nadzora je stvar zdravstvene zavarovalnice.

61. Načelo »denar sledi bolniku« in obstoj izvajalcev: Navkljub dejstvu, da je mreža v povezavi s košarico A določena z državno regulacijo in načrtovanjem, med izvajalci zdravstvenega varstva v mreži obstaja konkurenca za bolnika. Gre za horizontalno mobilnost bolnikov. To pomeni, da bolnikom ni predpisano, katerega izvajalca naj izberejo (in sicer ne glede na njihovo lokacijo), in da lahko izvajalci tekmujejo za bolnike z večjo kakovostjo dobrin in tudi z drugimi oblikami necenovne konkurence, in sicer ne glede na lastninski značaj izvajalcev. Zavod za zdravstveno zavarovanje mora zato ob pogodbene vrednosti dejavnosti del teh sredstev zagotavljati z akontacijo, del pa po načelu »denar sledi bolniku«. Načelo je enako veljavno za zasebne in javne izvajalce zdravstva iz košarice A. Lastnik oziroma ustanovitelj izvajalca je odgovoren za sanacijo ali ukinitvev izvajalca, če ta oblika konkurence privede do take potrebe.

Koordinacija zdravstvene dejavnosti v povezavi s košarico B

62. Koordinacija med košarico in sredstvi pri košarici B: Glede na to, da je košarica B določena s strani Vlade RS, tudi v tem primeru nastane potreba po koordinaciji zdravstvene dejavnosti, povezani s košarico B. Če je košarica A določena najprej z obsegom sredstev, zbranih s prispevki, je pri košarici B najprej določena sestava in velikost košarice B, temu pa se v konkurenci prilagaja premija za posameznega zavarovanca in s tem tudi obseg sredstev, zbranih za koriščenje dobrin iz košarice B. Torej gre tudi pri košarici B za koordinacijo med obsegom in strukturo dobrin v košarici B na eni strani in potrebnimi sredstvi za izvedbo košarice B na drugi strani.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

63. Koordinacija med košarico B in izvajalci: Druga koordinacija v povezavi s košarico B pa je zagotovitev izvajalcev za izvedbo zdravstvene dejavnosti, financirane s sredstvi zdravstvenega zavarovanja. Posamezne zavarovalnice zdravstvenega zavarovanja same izbirajo in zagotavljajo izvajalce za izvedbo košarice B. Pri tem ne potrebujejo javnega razpisa. Zdravstvene zavarovalnice so tako dolžne zagotoviti izvajalce za ponudbo in izvedbo dobrin zdravstvenega varstva iz košarice B. Ti izvajalci niso del mreže javnega zdravstva. Zagotovitev te ponudbe mora biti taka, da lahko zavarovanec s plačilom premije za zavarovanje za košarico B dostopa do vseh zdravstvenih dobrin iz te košarice brez čakalnih vrst in ob zagotovljeni najvišji ravni kakovosti, ki so jo v državi sposobni ponuditi izvajalci. Če posamezna zavarovalnica tega ni sposobna zagotoviti, ne more dobiti dovoljenja za zavarovanje iz naslova košarice B, ali pa tako dovoljenje izgubi, če ga že ima. Zavarovance, ki bi s tem izgubili zavarovanje za košarico B, morajo sprejeti druge zdravstvene zavarovalnice. Nadzor nad tem delom dela zdravstvenih zavarovalnic izvaja posebna služba pri Ministrstvu za zdravje.

64. Izbor izvajalcev košarice B: Zdravstvene zavarovalnice lahko izvedbo zdravstvenega varstva iz naslova košarice B podelijo tako javnim kot zasebnim izvajalcem. Način podeljevanja ni podrejen javnim razpisom. Pri tem je odločitev za sodelovanje posameznega izvajalca pri izvedbi košarice B odvisna na eni strani od poslovnega interesa izvajalcev, na drugi strani pa od kriterijev za izbor izvajalcev, kamor sodi predvsem ocena njihovih zmogljivosti (glede na količino dobrin, ki jih lahko ponudijo) in kakovosti njihove ponudbe. Kakovost ponudbe je namreč ena od oblik necenovne konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami pri ponudbi zavarovanja za košarico B, kar pa pomeni, da so zavarovalnice zainteresirane za čim večjo in tudi izjemno kakovost ponudbe pri izvajalcih. Odnosi med zdravstveno zavarovalnico in izvajalci košarice B se urejajo s pogodbo.

65. Urejanje odnosov z izvajalci košarice B: Dvostransko pogodbeno urejena razmerja med izvajalci in zdravstvenimi zavarovalnicami morajo v povezavi s košarico B slediti določenim načelom. Dobrine iz košarice B lahko ponuja en izvajalec in tudi večje število izvajalcev zdravstvenega varstva. Zdravstvena zavarovalnica mora skrbeti za regionalno distribucijo izvajalcev glede na regionalno distribucijo svojih zavarovancev. Ustrezna regionalna distribucija izvajalcev je lahko ena od konkurenčnih prednosti posamezne zavarovalnice. Zavarovalnica ne more zahtevati obiska le pri določenem izvajalcu, če neko dobrino iz košarice izvaja več izvajalcev, s katerimi ima sklenjeno pogodbo o izvajanju košarice B. V čim večji meri mora skrbeti za uresničevanje načela »denar sledi bolniku«. Vendar zavarovanec pri določeni zdravstveni zavarovalnici ne more koristiti dobrin izvajalcev druge zdravstvene zavarovalnice. Način plačevanja storitev morata med sabo pogodbeno urediti posamezni izvajalec in posamezna zavarovalnica. Posamezni izvajalec je lahko izvajalec tudi večjega števila – med sabo konkurenčnih – zavarovalnic zdravstvenega zavarovanja.

66. Profitni značaj izvajalcev košarice B: Izvajalci zdravstvenega varstva v okviru košarice B so lahko profitni in neprofitni. Tako eni kot drugi v primeru izvajanja košarice B delujejo kot profitne organizacije. Cene, ki jim jih priznavajo za ponujene dobrine zdravstvene zavarovalnice, so stvar pogodbenega odnosa med zavarovalnico in izvajalcem. Pri javnih izvajalcih košarice B je izvajanje te košarice del njihove tržne dejavnosti.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

67. Količinski cilj izvajalcev košarice B: V pogodbenem odnosu med posamezno zdravstveno organizacijo in posameznim izvajalcem se določi cena zdravstvene dobrine in maksimalni obseg zdravstvenih dobrin, ki jih mora biti izvajalec sposoben zagotoviti zavarovancem za košarico B pri posamezni zdravstveni zavarovalnici. Vendar je plačilo izvedeno po opravljenem delu, čeprav je možno izvajalcem zagotoviti tudi določeno akontacijo. Tak način plačevanja izvajalcev omogoča uveljavitev načela »denar sledi bolnika«.

68. Plačevanje izvajalcev košarice B: Plačilni sistem v povezavi s košarico B lahko zajema vse običajne oblike plačilnih instrumentov: glavarine, plačilo storitev, plačilo primerov in pavšalna plačila. Oblika plačila je stvar pogodbe med izvajalcem in zdravstveno zavarovalnico. Dovoljena je uporaba tudi odbitkov in doplačil. Pri tem pa je uporaba teh dveh oblik stvar konkurenčne prednosti in necenovne konkurence med zdravstvenimi zavarovalnicami.

69. Nadzor izvajalcev košarice B: Nadzor nad delom izvajalcev izvajajo v celoti zdravstvene zavarovalnice kot plačniki izvajalcev v povezavi s košarico B.

Izvajalci zdravstvenega varstva

70. Akreditacija izvajalcev zdravstvenega varstva: Izvajalci zdravstvenega varstva morajo ne glede na lastninski značaj za opravljanje dejavnosti pridobiti ustrezno akreditacijo. Slednja jim daje zgolj pravico do opravljanja dejavnosti in ne daje nobene pravice iz naslova financiranja. Akreditacijo podeljuje poseben akreditacijski organ, ki ga ustanovi Vlada RS iz domačih in tujih strokovnjakov za zdravstvo in management v zdravstvu. Ta organ lahko prizna akreditacijo tudi tujih akreditacijskih organov, če ustrezajo pogojem slovenskega. Akreditacija natančno opredeli, katere zdravstvene dobrine lahko nudi izvajalec, v kakšnem obsegu glede na zaposlitvene in materialne zmogljivosti, kakšno kakovost lahko pri tem doseže, s kakšnimi zmogljivostmi razpolaga, kakšen je poslovni model s strategijo poslovanja, kakšne so zdravniške in kakšne podporne dejavnosti, kako tečejo zdravstveni in podporni (zlasti poslovni) procesi pri izvajalcu ter kakšna je vzdržnost poslovanja glede na sredstva in lastniško strukturo in podobno. Akreditacija je veljavna za triletno obdobje in je brezplačna (plačana iz sredstev Ministrstva za zdravje).

71. Prihodek izvajalcev zdravstvenega varstva: Izvajalci zdravstvenega varstva ne glede na lastnino lahko pridobivajo prihodek v okviru izvajanja zdravstvenih dobrin iz košarice A, izvajanja zdravstvenih dobrin iz košarice B in izvajanja zdravstvenih dobrin za trg. Trg pri tem razumemo tako plačila »iz žepa« bolnikov ali njihovih sponzorjev kot plačila zdravstvenih zavarovalnic, ki niso namenjena izvajanju košarice A in košarice B. Pristop do financiranja na področju izvajanja košarice A in košarice B je opredeljen z načeli pridobitve izvajalne funkcije na teh dveh področjih. Akreditacija je predpogoj za dostop do vseh treh virov financiranja.

72. Zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti: Zasebni izvajalci so tisti, ki imajo enega ali več zasebnih lastnikov. Pravni status zasebnih izvajalcev mora biti ena od oblik iz zakona o gospodarskih

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

družbah. Zasebnih izvajalcev ni mogoče ustanavljati v nobeni drugi pravno-statusni obliki. V primeru, da izvajalec pridobi obliko s.p., mora ne glede na zakonske izjeme voditi vse poslovne knjige. Zasebni izvajalci lahko ustanavljajo v skladu z gospodarsko zakonodajo tudi podrejene gospodarske družbe. Investirajo lahko tudi zunaj zdravstvene dejavnosti. Če delujejo tudi na nezdravstvenih področjih, morajo voditi ločene računovodske evidence za zdravstveno in nezdravstveno dejavnost. Med obema dejavnostma je dovoljeno prelivanje dohodkov in navzkrižno subvencioniranje. Podatki o poslovanju zasebnih izvajalcev, ki delujejo – četudi le delno – pri izvedbi košarice A ali košarice B, so javni.

73. Javni izvajalci zdravstvene dejavnosti: Javni izvajalci so izvajalci v 100 odstotni državni lasti. Ne smejo pridobiti zasebnih solastnikov, lahko pa vstopajo v javno-zasebna partnerstva. V zadnjem primeru morajo odnos z zasebnim partnerjem urediti po načelih BOT. S tem naj bi zaščitili njihovo neprofitno delovanje in doseganje količinskih ciljev poslovanja.

74. Oddelek za upravljanje javnih izvajalcev: Vlada RS organizira pri Ministrstvu za zdravje posebni oddelek za upravljanje javnih izvajalcev v slovenskem zdravstvu. Ta za svoje operativno delovanje neposredno odgovarja Ministrstvu za zdravje, strateške dokumente pa sprejema Vlada RS in z njimi seznanja tudi parlament. Oddelek postavlja člane upravnih odborov in potrjuje strategije posameznih javnih izvajalcev. Sestavljen je iz predstavnikov Ministrstva za zdravje in Ministrstva za finance, v njem pa so tudi predstavniki regionalnih in lokalnih skupnosti. Finančna sredstva (tudi državna poroštva) za njegovo delovanje zagotavlja proračun RS. Člani nadzornih svetov javnih izvajalcev morajo pridobiti potrdila o ustrezni usposobljenosti za to zadolžitev.

75. Pravni status javnih izvajalcev: Javni izvajalci se morajo organizirati v skladu z zakonom o gospodarskih družbah. Ne morejo pridobiti oblike s.p., lahko pa pridobijo vse druge oblike iz tega zakona. Notranja organizacija mora slediti načelom enotirnega upravljanja, saj je lastnik koncentriran v rokah države. Upravni odbor izbira izvršnega direktorja, ta pa izbira svoje pomočnike: za strokovne zadeve, za razvoj in kakovost, za zdravstveno nego in za poslovanje. Vloge pomočnikov so lahko združene tudi v manjšem številu oseb, če gre za manjšega javnega izvajalca. Izvršni direktorji ne morejo biti izbrani, če jih pred tem izmed vseh kandidatov ne potrdi na zboru delavcev vsaj polovica zaposlenih. Zbor delavcev lahko izbere kot primerne tudi več oseb. Izvršni direktor nima glasovalne pravice v upravnem odboru in predstavlja management izvajalca. Upravni odbor ima kadrovsko (izbira izvršnega direktorja), strateško in nadzorstveno funkcijo, lahko pa odloča tudi o operativnih zadevah, če meni, da je to za delovanje javnega izvajalca potrebno. Upravni odbor potrjuje tudi notranje organizacijske rešitve in spremembe. Upravni odbor deluje v interesu lastnika, to je Vlade RS, in je njej preko oddelka za upravljanje javnih izvajalcev tudi odgovoren.

76. Hčerinska podjetja javnega izvajalca: V primeru, da javni izvajalec deluje v okviru zagotavljanja košarice A in košarice B ter na trgu, mora organizirati dejavnost za košarico B in za trg v ločenem hčerinskem podjetju podjetja, ki zagotavlja dobrine za košarico A. S tem se prepreči prelivanje dohodka iz javnega zdravstva v nejavne dejavnosti, hkrati pa krepi tržni položaj takega izvajalca.

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

77. Premoženje javnega izvajalca: Celotna sredstva (premoženje), s katerimi javni izvajalec opravlja zdravstveno dejavnost, so v lasti javnega izvajalca in z njimi tudi v celoti gospodari. Zanje tudi obračunava predpisano amortizacijo. Po sklepu upravnega odbora jih lahko tudi proda in ima pravico do nakupa novih za potrebe obnove amortiziranih sredstev. Za to uporablja sredstva amortizacije, s katerimi v celoti razpolaga izvajalec. Nova sredstva (premoženje) oziroma povečanje obstoječih sredstev lahko kupuje iz sredstev amortizacije, profita, ki je nastal ob neprofitnem poslovanju z nadpovprečno učinkovitostjo, in iz oportunitetne cene kapitala, ki je vgrajena v kalkulacijo cen, sredstev dokapitalizacije lastnika (iz državnega proračuna) in s kreditnimi sredstvi. Za zadolževanje mora dobiti soglasje oddelka za upravljanje javnih izvajalcev pri Ministrstvu za zdravje, država pa lahko zagotavlja investicijska sredstva tudi z dokapitalizacijo in povečanjem osnovnega kapitala izvajalca. Investicije v celoti vodi in zanje odgovarja management javnega izvajalca. Za vse investicije v osnovna sredstva je potrebno narediti poslovni načrt, ki ga morajo potrditi upravni odbor izvajalca, oddelek za upravljanje javnih izvajalcev in Ministrstvo za zdravje. Ta načela ne veljajo za investiranje v zaloge izvajalca.

78. Ponudba javnega izvajalca: Javni izvajalec deluje pri ponudbi za košarico A v okviru omejitev. Zanj so določene zdravstvene dobrine, ki jih mora nuditi, njihova kakovost, obseg te ponudbe, cene in način plačevanja ter tudi zunanji nadzor s strani plačnika. Omejitve v okviru ponudbe dobrin za košarico B so stvar pogodbenega odnosa med javnim izvajalcem in zdravstveno zavarovalnico. Pri ponudbi za trg so vse poslovne odločitve stvar upravnega odbora in izvršnih direktorjev izvajalca.

79. Poslovanje v javnem izvajalcu: Management javnega izvajalca (izvršni direktor in tudi upravni odbor) lahko v okviru vodstvene funkcije nadzoruje nastanek in s tem velikost materialnih stroškov (zlasti stroškov zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov), stroškov zunanjih zdravstvenih in drugih storitev (varnost, čiščenje, pranje), ki jih ima zaradi izdvajanja dejavnosti, amortizacije glede na izkoriščanje osnovnih sredstev, stroškov zadolževanja, stroškov dela in stroškov administrativne režije. Zaposlovanje delovne sile, izdvajanje dejavnosti, najmanjše osnovnih sredstev in nabave materiala ter osnovnih sredstev so v pristojnosti izvršnih direktorjev in upravnega odbora. Vodstvena funkcija obsega tudi notranjo organizacijo procesov dela in organizacije, prodajno dejavnost, finančno poslovanje in kadrovske dejavnosti.

80. Delovni procesi v javnem izvajalcu: Zaposleni pri javnem izvajalcu se s pogodbo o delu zavežejo k spoštovanju konkurenčne prepovedi. Njihovo delo je organizirano na podlagi evidentiranja učinkovitega (opravljenega) delovnega časa. Ta zajema vse oblike dela: redno, nadurno, dežurstva. Za potrebe evidentiranja učinkovitega delovnega časa mora izvajalec opredeliti časovne normative za vse oblike aktivnosti v izvajalcu. Z njimi mora opredeliti enote merjenja opravljenega dela posameznika. Posamezne enote merjenja opravljenega dela se evidentirajo z različnimi ponderji glede na zahtevnost dela. Sistem evidentiranja učinkovitega delovnega časa mora pripraviti management javnega izvajalca, potrditi pa ga mora upravni odbor. Obsegati mora tudi skladno z delovno pravno zakonodajo predpisan maksimalni obseg dela, ki ga lahko opravi posameznik. Preseganje dela preko maksimalnega obsega je plačano le v primeru, če ustvari javni izvajalec za to ustrezne vire. Nedoseganje maksimalnega obsega dela pri posamezniku, če to nedoseganje nastane po njegovi

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.

krivdi, vodi do proporcionalnega znižanje rednih dohodkov posameznika. Sindikalno dogovarjanje o plačah je treba izvajati na ravni posameznega izvajalca. Plače zaposlenih v zdravstvu ne morejo biti del enotnega plačnega sistema za javni sektor, saj ta onemogoča tak način nagrajevanja zaposlenih.

81. Plačevanje zaposlenih pri javnih izvajalcih: Zaposleni pri posameznem javnem izvajalcu lahko delajo tudi pri drugih izvajalcih, a le v primeru, če to delo obračuna in plačuje po svojih merilih javni izvajalec, kjer je posameznik zaposlen. Tako sodelovanje morajo izvajalci medsebojno urediti s posebnimi pogodbami. Slednje se nanaša tako na delo posameznika znotraj izvajalca, kjer je zaposlen (v zvezi s košarico B, v tržni dejavnosti), kot na delo pri drugih izvajalcih. Delo v zvezi s košarico B lahko posameznik opravlja za polno plačo iz rednega delnega razmerja le v primeru, če je v zvezi s košarico A dosegel obseg učinkovitega dela, ki ga od njega zahteva izvajalec. Delo na trgu lahko posameznik opravlja za polno plačo iz rednega delnega razmerja prav tako le v primeru, če je v zvezi s košarico A dosegel obseg učinkovitega dela, ki ga od njega zahteva izvajalec. Delo na košarici B in za trg se obračuna po notranjih tarifah, ki jih izvajalcu dopuščajo zaslužki pri ponudbi za košarico B in za trg. Če se ne plačuje preko plače iz rednega delovnega razmerja, se plačuje preko posebne pogodbe o delu med zaposlenim in izvajalcem.

82. Udeležba na profitu v javnih izvajalcih: Javni izvajalci so dolžni uvesti sistem delitve profita (presežka prihodkov nad odhodki) med zaposlene. Ta lahko nastane tako pri neprofitni dejavnosti, če so izvajalci nadpovprečno stroškovno učinkoviti, kot seveda tudi pri profitni (tržni) dejavnosti. V obeh primerih ima upravni odbor javnega izvajalca na predlog izvršnega direktorja dolžnost in pravico del profitov nameniti za dodatek k plačam za redno delo. Način delitve med zaposlenimi določa upravni odbor, delež profitov za ta namen pa določa prav tako upravni odbor, a po formalnem soglasju oddelka za upravljanje javnih izvajalcev. Ta nagrada naj bi spodbudila zaposlene k izkoriščanju spodbud, ki nastajajo iz uvedenega sistema plačevanja. Šele s to nagrado dobi uvajanje stimulativnih načinov plačevanja dejavnosti javnih izvajalcev svoj smisel. Enako velja za načela »denar sledi bolnika« in za sodelovanje v tržnih dejavnostih. S tem se delno razrešuje tudi vprašanje vloge agenta v javnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Ljubljana, julij 2015

prof. dr. Maks Tajnikar, vodja Projekta prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva,
Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani

Raziskovalna skupina projekta: prof. dr. Maks Tajnikar in doc. dr. Petra Došenović Bonča, oba vodja projektne skupine, prof. dr. Mitja Čok, prof. dr. Polona Domadenik, doc. dr. Jože Sambt in prof. dr. Branko Korže, vsi iz Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, ter izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, Fakulteta za zdravstvo Jesenice in Tina V. Vavpotič, Xlab.