

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

ZAKLJUČNA PROJEKTNNA NALOGA

ANJA STARC

KOPER, 2013



UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Zaključna projektna naloga

# ANALIZA POSLOVANJA IZBRANEGA ZAVODA

Anja Starc

Koper, 2013

Mentor: doc. dr. Mateja Jerman



## POVZETEK

V diplomski nalogi so prikazani in analizirani temeljni računovodski izkazi javnega zavoda Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Pri analiziranju poslovanja zavoda so uporabljeni podatki iz letnih poročil zavoda za obdobje od leta 2008 do leta 2012. V diplomski nalogi so poudarjene tudi značilnosti oseb javnega prava ter sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in Evropi. Na podlagi analize je bilo ugotovljeno, da je ZZZS svoje poslovanje v letih 2008 in 2011 zaključil s presežkom prihodkov nad odhodki, v letih 2009, 2010 in 2012 pa je leto zaključil s primanjkljajem oziroma presežkom odhodkov nad prihodki. Zaradi vse težjih gospodarskih razmer, katerim smo priča, bi moral zavod premisliti o povečanju tržnih dejavnosti, pa čeprav je izrazito negospodarsko usmerjena organizacija.

*Ključne besede:* zavod za zdravstveno zavarovanje, javni zavod, analiza poslovanja, uspešnost poslovanja, sistem zdravstvenega varstva.

## SUMMARY

The bachelor's thesis contains a review and analysis of the financial statements of the public institute Health Insurance Institute of Slovenia (ZZZS). The data used in this bachelor's thesis was collected from the institute's annual reports for the period from 2008 to 2010. There are also presented the characteristics of institutions governed by public law and the system of health insurance in Slovenia and Europe. Based on the analysis, we found that the Health Insurance Institute of Slovenia in the year 2008 and 2011 ended the fiscal year with a surplus of income over expenditure. In 2009, 2010, and 2012, the Institute ended the year with loss or surplus of expenses over revenues. In light of the current economic situation, the analyzed public institute should consider an increase in profit from market oriented activities, even though it is mainly a public service.

*Keywords:* health insurance institute, public institute, business analysis, performance analysis, health care system.

UDK: 347.195(043.2)



## VSEBINA

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Uvod</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1      | Oprelitev obravnavanega problema in teoretičnih izhodišč                                  | 1         |
| 1.2      | Namen in cilji diplomskega dela   | 2         |
| 1.3      | Metode pri doseganju ciljev diplomskega dela  | 2         |
| 1.4      | Predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema  | 2         |
| <b>2</b> | <b>Zdravstveno varstvo v Evropi in Sloveniji</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1      | Sistemi zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva v Evropi                       | 4         |
| 2.2      | Zgodovinski razvoj zdravstvenega sistema v Sloveniji nekoč in danes                       | 7         |
| 2.3      | Oprelitev pojma zdravstvenega zavarovanja in varstva                                      | 10        |
| 2.4      | Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji                     | 11        |
| 2.4.1    | Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja                         | 12        |
| 2.4.2    | Značilnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja  | 13        |
| 2.4.3    | Značilnosti nadstandardnega ali dodatnega zdravstvenega zavarovanja                       | 14        |
| 2.4.4    | Značilnosti nadomestnega in asistenčnega zdravstvenega zavarovanja                        | 14        |
| 2.5      | Organizacija sistema zdravstvenega zavarovanja  | 15        |
| <b>3</b> | <b>Značilnosti oseb javnega prava</b>   | <b>17</b> |
| 3.1      | Temeljne značilnosti oseb javnega prava   | 17        |
| 3.2      | Izvajanje pridobitne in nepridobitne dejavnosti   | 17        |
| <b>4</b> | <b>Računovodski kazalniki poslovanja</b>  | <b>19</b> |
| 4.1      | Splošno o računovodskih kazalnikih  | 19        |
| 4.2      | Računovodski kazalniki poslovanja   | 19        |
| 4.2.1    | Kazalniki stanja financiranja (vlaganja)  | 19        |
| 4.2.2    | Kazalniki stanja investiranja (naložbenja)  | 20        |
| 4.2.3    | Kazalniki vodoravnega finančnega ustroja  | 20        |
| 4.2.4    | Kazalniki gospodarnosti   | 21        |
| 4.2.5    | Kazalniki donosnosti  | 21        |
| 4.2.6    | Kazalniki dohodkovnosti   | 22        |
| <b>5</b> | <b>Analiza poslovanja zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v obdobju 2008–2012</b> | <b>23</b> |
| 5.1      | Predstavitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije                                  | 23        |
| 5.2      | Oprelitev ciljev ZZZS   | 24        |
| 5.3      | Strateški cilji ZZZS  | 26        |
| 5.4      | Ocena uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev  | 26        |
| 5.5      | Analiza uspešnosti poslovanja   | 27        |
| 5.5.1    | Celotni prihodki  | 30        |
| 5.5.2    | Celotni odhodki   | 34        |
| 5.6      | Analiza dejavnikov, ki vplivajo na poslovanje   | 37        |
| 5.6.1    | Zunanji dejavniki   | 37        |
| 5.6.2    | Notranji dejavniki  | 38        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| 5.7      | Predstavitev in analiza poslovnega izida .....                                 | 38        |
| 5.8      | Ocena gospodarnosti in učinkovitosti .....                                     | 39        |
| 5.9      | Analiza in predlogi za racionalizacijo poslovanja ter sklepne ugotovitve ..... | 39        |
| <b>6</b> | <b>Zaključek .....</b>   | <b>41</b> |
|          | <b>Literatura .....</b>  | <b>43</b> |
|          | <b>Viri .....</b>  | <b>44</b> |



## **SLIKE**

|  |    |
|--|----|
| Slika 1: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2012 ..... | 10 |
| Slika 2: Organigram Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije .....  | 24 |
| Slika 3: Gibanje zbirne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji od leta 1992 dalje. ....              | 28 |
| Slika 4: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 2003–2012 .....                       | 29 |
| Slika 5: Struktura prihodkov po posameznih letih v obdobju 2008–2012 .....   | 30 |
| Slika 6: Odhodki za delo službe ZZZS v letu 2012 v primerjavi s predhodnimi leti .....   | 34 |

## **PREGLEDNICE**

|  |    |
|--|----|
| Preglednica 1: Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ..... | 12 |
| Preglednica 2: Izkaz prihodkov ZZZS od leta 2008 do 2012 .....                         | 33 |
| Preglednica 3: Izkaz odhodkov ZZZS od leta 2008 do 2012 .....                          | 36 |
| Preglednica 4: Izid poslovanja ZZZS od leta 2008 do 2012 .....                         | 39 |

## KRAJŠAVE

|      |  |
|------|--|
| EU   | Evropska unija   |
| EUR  | evro   |
| EZRD | enotni zakladniški račun države                            |
| SRP  | Strateški razvojni program ZZZS za obdobje od 2008 do 2013 |
| VOZ  | vklučitev v obvezno zdravstveno zavarovanje                |
| ZDA  | Združene države Amerike                                    |
| ZZZS | Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije                 |

# 1 UVOD

Cilj sistema zdravstvenega varstva je skrb za zdravstveno stanje prebivalstva, kar pomeni izvajanje aktivnosti in zagotavljanje najboljšega možnega zdravstvenega stanja čim večjemu številu prebivalstva.

## 1.1 Opredelitev obravnavanega problema in teoretičnih izhodišč

Sistem zdravstvenega varstva je specializirani organizacijski sistem, ki se ukvarja s psihološkimi in biološkimi problemi posameznika oziroma skupin prebivalstva (Česen 1998, 10). Z ekonomskega vidika je sistem zdravstvenega varstva družbeni mehanizem, ki spreminja splošne vire – inpute (človeške, materialne, finančne) v specializirane učinke – outpute (zdravstvene storitve) in v pravne učinke zdravstvenih aktivnosti – outcome (zdravstvene rezultate), ki so usmerjeni v zdravstvene probleme določene družbe (Česen 1998, 10).

V Sloveniji poznamo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Obvezno zdravstveno zavarovanje ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Nosilec obveznega zavarovanja je na podlagi tega zakona Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki svoje poslanstvo izvaja po načelih solidarnosti in univerzalne dostopnosti do pravic vseh v zavarovanje vključenih oseb. Avtonomno upravlja s sredstvi zavezancev, s katerimi zavarovanim osebam zagotavlja zdravstvene storitve in druge z zakonom določene pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prav sistem zdravstvenega varstva predstavlja pomemben del javnega sektorja, ki je zaradi svoje posebne vloge deležen pogostih javnih razprav. Razlogi za javne kritike so predvsem javni izdatki, saj izdatki za zdravstveno varstvo predstavljajo velik delež bruto družbenega proizvoda (ZZZS 2011, 143). V zadnjem obdobju, ko je vse bolj jasno, da zaradi finančne in gospodarske krize z danimi javnofinančnimi viri ne bo več mogoče zadostiti potrebam za nemoteno delovanje obstoječega zdravstvenega sistema, se pojavljajo težnje po spremembi sistema zdravstvenega varstva.

Ravno zaradi navedenega je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) predlagal Vladi Republike Slovenije številne systemske spremembe za stabilizacijo sistema financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Že od začetka gospodarske krize je ZZZS predlagal in skupaj s partnerji v zdravstvu tudi izvedel številne ukrepe. Znižali so cene zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov ter prenesli del obveznosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na dopolnilno zdravstveno zavarovanje. ZZZS ocenjuje, da se bo trend zniževanja prihodkov zavoda nadaljeval tudi v prihodnje. Prav tako se bo nadaljeval trend naraščanja odhodkov zlasti zaradi staranja prebivalstva ter uvajanja novih zdravil in medicinskih tehnologij. ZZZS je zato konec leta 2011 naslovil na Vlado

Republike Slovenije predloge sprememb zakonodaje s ciljem zagotovitve primerne dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva na podlagi stabilnega sistema financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS 2011, 7).

## **1.2 Namen in cilji diplomskega dela**

Namen diplomskega dela je analizirati poslovanje ZZZS v petletnem obdobju, tj. v obdobju 2008–2012. Ugotoviti želimo, ali je bil javni zavod uspešen pri uresničevanju svojega poslanstva. Da bi dosegli temeljni namen diplomskega dela, bomo:

- v teoretičnem delu predstavili sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji in Evropi ter značilnosti oseb javnega prava;
- opisali metode računovodske analize poslovanja;
- v praktičnem delu izvedli računovodsko analizo poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v izbranem obdobju in podali predloge za izboljšave.

## **1.3 Metode pri doseganju ciljev diplomskega dela**

Deskriptivna metoda bo služila opisu teoretičnih izhodišč. Metoda analize bo služila analizi poslovanja zavoda v obdobju 2008–2012.

Pri pripravi diplomskega dela bodo uporabljeni različni sekundarni viri, strokovno gradivo domačih in tujih avtorjev, letna poročila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter pravni viri, povezani z obravnavano problematiko.

## **1.4 Predpostavke in omejitve pri obravnavanju problema**

Analiza poslovanja temelji na javno objavljenih letnih poročilih ZZZS, zato je raziskava omejena zgolj na podatke iz navedenih poročil. Predpostavljamo, da so podatki v navedenih poročilih resnični in pošteni.

## 2 ZDRAVSTVENO VARSTVO V EVROPI IN SLOVENIJI

Pojem zdravstveno varstvo je opredeljen v 1. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ 1998), ki pravi: »Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.«

Zaradi splošnih razlag pojma zdravstvenega varstva je posebna strokovna skupina Svetovne zdravstvene organizacije predlagala ožjo definicijo, ta pravi, da je zdravstveno varstvo v ožjem pomenu besede praksa preprečevanja in zdravljenja bolezni, ki temeljijo na različnih teoretičnih, verskih, filozofskih in empiričnih doktrinah (Toth 2003, 99). Omenjeno definicijo bi lahko v našem sistemu zdravstvenega zavarovanja enačili z nalogami zdravstvene dejavnosti pri nudenju zdravstvenih storitev.

Na podlagi definicije M. Totha je zdravstveno varstvo organizirano in usklajeno delovanje in prizadevanje posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth 2003, 226). Današnji sistem socialne varnosti je nastajal kot odziv delavstva na čedalje težje delovne in življenjske razmere v drugi polovici 19. stoletja. Sistem socialne varnosti pomeni prerazporeditev ustvarjenega dohodka od skupin z večjimi dohodki in boljšim materialnim položajem k socialno šibkejšim skupinam, ki so v ekonomsko slabšem ali nezavidljivem položaju zaradi bolezni, onemoglosti ali pa iz drugih razlogov ne morejo poskrbeti za svoj obstoj, oziroma olajševanje dostopa do socialnih in zdravstvenih storitev (Toth 2003, 226–227).

V svetu in tudi Evropi so se oblikovali različni modeli zdravstvenega varstva, ki so bili zlasti posledica različnih političnih odločitev vladajočih političnih struktur tedanjega časa. Vsaka država je svoj sistem oblikovala nekoliko drugače. Sistemi zdravstvenega varstva se med seboj razlikujejo po vlogi in prisotnosti države pri upravljanju področja zdravstvenega varstva ter po vplivu države in pristojnosti glede ustanovitve in lastnine zdravstvenih zavodov.

Na podlagi teh kriterijev so nastali trije temeljni modeli sistemov zdravstvenega varstva, in sicer: a) državno vodeni, b) partnerski model in c) tržno naravnani model. Za Evropo bi lahko rekli, da v njej prevladujejo državno vodeni in partnerski modeli, medtem ko so ZDA predstavnica tržno naravnane modela (Toth 2003, 145).

## 2.1 Sistemi zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva v Evropi

Sistemi zdravstvenega varstva se najpogosteje proučujejo glede na vlogo in prisotnost države pri financiranju, način financiranja ter vlogo in položaj izvajalcev v sistemu (Oder 2008, 8).

Država v vseh oblikah različnih sistemov jamči za uresničevanje splošnih interesov in izboljšanje zdravstvenega stanja državljanov. Vendar pa se vloga, ki jo pri tem odigrajo države, razlikuje glede na tip sistema. V sistemih, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova davkov, država prevzema z nacionalno (javno) zdravstveno službo izključno odgovornost, medtem ko v sistemih, kjer je zdravstveno varstvo financirano iz naslova socialnih prispevkov, država odigra vlogo arbitra in nadzornika na eni strani ter posrednika na drugi strani (Oder 2008, 9).

Ko se poglobimo v možne rešitve, kako bi izboljšali zdravstvo pri nas, najprej pomislimo, kaj bi se lahko naučili od drugih, kakšne sisteme in modele zdravstvenega zdravstva imajo v tujini. Po kratkem pregledu ugotovimo, da v svetu obstajajo trije glavni sistemi zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki pa se med seboj razlikujejo zlasti po načinu zagotavljanja sredstev za financiranje sistema, in po tem, ali temeljijo na solidarnosti in vzajemnosti ali na pridobitnosti.

V Evropi tako v splošnem ločimo tri vzorce zdravstvenih sistemov: eden temelji na konceptu nacionalnega zdravstvenega sistema, drugi izhaja iz zavarovalniških načel, tretjega, ki temelji na tržnih načelih, pa sploh ni (Oder 2008, 11). Trije najbolj značilni sistemi za Evropo so (Oder 2008, 11):

1. Bismarckov model,
2. Beveridgeov model in
3. Semaškov model.

*Bismarckov model* je najstarejši in izvira iz Nemčije. Je prvi najsodobnejši in hkrati organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu. Model je nastal na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Država je namreč vsem državljanom predpisala obveznost, da se zdravstveno zavarujejo. S tem zavarovanjem so bile skoraj vsem državljanom zagotovljene pravice s področja zdravstvenega zavarovanja. Model uporabljajo Avstrija, Belgija, Bolgarija, Češka, Estonija, Francija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Romunija in Slovaška (Toth 2003, 146).

Iz navedenega lahko povzamemo, da je bistvena značilnost tega sistema, da država postavi določene okvire in pravila, ki so zapisani v zakonih, nato pa samo izvajanje in urejanje prepušča nosilcem posameznih skupinskih interesov. Država tako predpiše, da so vsi državljani, ki imajo kakršne koli dohodke, dolžni plačevati prispevke ter da morajo biti vključeni v zdravstveno zavarovanje za tveganja, ki jih prinašajo bolezni in poškodbe. Prispevke so dolžni plačevati delojemalci in delodajalci. Država na eni strani določa

prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje, prav tako opredeljuje pravice zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev. Na drugi strani pa država vstopa v pogajalske odnose z združenji pogodbenih zdravnikov, ki lahko opravljajo dejavnost za zavarovane osebe. Opravljanje dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je kljub zasebnemu delovanju nepridobitno. Zasebna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena, vendar ne dosegajo pomembnejšega deleža. Večinoma so storitve krite s sredstvi javnih financ, s katerimi razpolagajo bolniške blagajne ali druge nepridobitne agencije (Oder 2008, 10).

Vloga države v tem modelu je majhna, država vstopa v model le takrat, ko gre za brezposelne osebe, socialno ogrožene, begunce itd. V času Bismarcka je bilo to preko bolniških blagajn, kjer se je zbiral denar, plačevali pa so v enakem deležu.

Današnji sistem je organiziran na podlagi pravnega sistema socialnega zavarovanja, ki ga zagotavlja eden ali več zavarovateljev. Financiran je na eni strani iz socialnih prispevkov, zbranih na osnovi plač delavcev, ki jih plačujejo delodajalci, na drugi strani pa iz prispevkov države. Opravljanje dejavnosti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je nepridobitno, zasebna zavarovanja in zasebna sredstva so dovoljena in tudi mogoča, vendar ne dosegajo pomembnejšega deleža v celotnem sistemu, saj so storitve večinoma plačane s sredstvi javnih financ oziroma s sredstvi, ki pridejo v blagajno s pomočjo prispevkov (Toth 2003, 146).

Bismarckov sistem z določenimi prilagoditvami uporabljamo tudi v Sloveniji.

*Beveridgeov model* je izrazito državno voden in upravljan model. Nastal je po drugi svetovni vojni v Angliji. Imenujemo ga tudi model javnega financiranja z davki (National Health Service), ime pa je dobil po angleškem ekonomistu Beveridgeu. Model temelji na prepričanju, da je edino država tista, ki lahko zagotovi vsem prebivalcem primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Sistem je financiran s pomočjo zbiranja davkov v državni proračun. Sredstva se nato razporejajo preko proračuna za zdravstveno varstvo; o tem odloča parlament. Država določa poleg deleža proračuna tudi predpise za delovanje in naloge zdravstvene službe. Pri tem upošteva pravilo, da je treba vsem prebivalcem zagotoviti primerno dostopnost do zdravstvenih storitev. Zdravniki osnovne zdravstvene dejavnosti so v pogodbenem odnosu z uradom National Health Service (NHS), ki jim določa način plačevanja in cene storitev (Oder 2008, 11).

Poleg Anglije imajo tak zdravstveni sistem še Danska, Švedska, Irska, Italija, Španija, Portugalska, Grčija, Kanada, Avstralija in Nova Zelandija (Oder 2008, 11).

*Semaškov model* je izrazit model socialistične ureditve in zelo podoben Beveridgeovemu. Nastal je v času socialistične ureditve v Sovjetski zvezi in je izhajal iz državne lastnine. Temeljlil je na družbeni, državni lastnini, kar pomeni, da morajo biti vse zdravstvene storitve dostopne vsem ljudem, brez razlikovanja in brez doplačil. To je pomenilo, da je bila zasebna

lastnina prepovedana, posledično pa je bila prepovedana zasebna dejavnost oziroma zasebna zavarovanja. Država je zdravstvene storitve zagotavljala vsem prebivalcem v enaki količini. Semaškov model ne pozna prispevkov za zdravstveno zavarovanje, saj stroške zdravstvenih storitev in druge pravice krije proračun. Ta sistem dolgo ni mogel delovati, saj so ga uporabljale države, ki so bile gospodarsko zelo šibke. Ponekod je sistem še v veljavi, saj reforme zdravstvenega varstva v deželah v tranziciji še niso zaključene. Počasi se je ta model začel nagibati k Bismarckovemu modelu. V preteklosti je tudi Slovenija prevzela nekatere značilnosti tega modela, kar pa se počasi opušča, saj se Slovenija nagiba k Bismarckovemu modelu (Toth 2003, 147).

Kot lahko razberemo iz zgoraj navedenega, Slovenija uporablja tudi v Evropi najbolj razširjen model zdravstvenega varstva, to je Bismarckov model. Kar 16 držav od skupaj 27 držav Evropske unije uporablja Bismarckov model zdravstvenega varstva oziroma se temu modelu približuje. Beveridgeov model zdravstvenega varstva uporabljajo v 11 državah Evropske unije, medtem ko se Semaškov model zdravstvenega varstva in tržni model (ZDA) v Evropi ne uporabljata. Pri tem se moramo zavedati, da je vsaka država v model vnesla svoje značilnosti. Na žalost pa ni sistemska ureditev v posamezni državi tista, ki določa kakovost zdravstva in večjo dostopnost zdravstvenih storitev. Tu ima velik vpliv gospodarska moč države, saj več denarja pomeni več možnosti za raziskave, tehnološki razvoj in napredek medicine, vse to pa vpliva na rezultate zdravljenja.

*Tržne oblike zdravstvenega zavarovanja* so sistemi, sestavljeni iz organizacij, v katere se prostovoljno vključujejo zavarovane osebe, zavarovatelji in izvajalci storitev. Izvajalci prevzemajo obveznost, da bodo nudili določen paket zdravstvenih storitev zavarovancem, ki so se vključili v organizacijo. Posebnost je tudi ta, da določena tveganja prevzemajo zdravniki oziroma bolnišnice, ki se vključujejo v organizacijo. Tržni model temelji na načelih ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Država ima le ohlapno vlogo pri določanju predpisov o zdravstvenem varstvu ter tako ne zagotavlja načinov in oblike financiranja zdravstvenih storitev. Država zagotavlja le minimalno zdravstveno oziroma socialno varnost, saj s socialnimi programi poskrbi le za majhno število ljudi. V tem sistemu zdravstvena dejavnost predstavlja pridobitno dejavnost, ZDA pa so tipična predstavnica takšnega sistema (Toth 2003, 147).

*Zasebno zdravstveno zavarovanje* je zavarovanje, ki ga posamezniki sklepajo preko zavarovalnic. Pomembno je izpostaviti, da v Sloveniji kljub dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju ni pravih zasebnih zavarovalnic, saj ne izpolnjujejo vseh kriterijev statusa zasebne zavarovalnice. Te namreč ne delujejo po pravilih trga, med njimi ni konkurence, za zavarovance se jim ni treba truditi, saj jim je zavarovanje zagotovil zakon, ki je predvidel visoka doplačila. Zavarovalnice ne morejo vplivati na stroške in kakovost storitev, saj so preko obveznega zavarovanja vezane na vse izvajalce (Keber et al. 2003, 72).



Drugače je v Angliji, kjer zdravstveno zavarovanje nudijo pridobitne in nepridobitne organizacije. Tako je bilo leta 1996 v Angliji 18 pridobitnih in 7 nepridobitnih organizacij. Glavni ponudniki zasebnega zdravstvenega zavarovanja so BUPA, PPP, Norwich Union in Standard Life Healthcare. BUPA ima 40-odstotni tržni delež in je edina nepridobitna organizacija (Miles, Myles in Preston 2003, 94).

Viri financiranja zasebnega zavarovanja se zbirajo z zavarovalnimi premijami oziroma s plačilom zavarovanca (ang. »out-of-pocket«). Zasebno zavarovanje se uporablja za zagotavljanje dodatnega kritja k obveznemu zavarovanju (Miles, Myles in Preston 2003, 95).

Pri analiziranju različnih modelov zdravstvenega zavarovanja se pojavi tudi vprašanje dostopnosti zdravstvenih storitev. Pri tem se moramo zavedati, da gre za kompleksen pojem. Napredek zdravstvenega sistema je odvisen tudi od gospodarske moči države. V manj razvitih državah se dostopnost nanaša zlasti na dosegljivost in razpoložljivost osnovnih zdravstvenih služb. V razvitejših državah, kjer so zdravstvene službe dostopne vsem, pa se vprašanje dostopnosti nanaša na celovitost zdravstvene obravnave, ki jo sistem lahko nudi v svojih finančnih zmožnostih, torej glede na pravočasnost in na navsezadnje dobre izide zdravljenja.

## **2.2 Zgodovinski razvoj zdravstvenega sistema v Sloveniji nekoč in danes**

Slovenski prostor se je srečal z različnimi sistemi zdravstvenega zavarovanja. V prvi polovici 19. stoletja smo se na našem območju prvič srečali s področjem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Pred tem so bili delavci prepuščeni sami sebi. Prav zato so bili številni, ki so zboleli ali izgubili službo, socialno ogroženi, saj ni nihče poskrbel za njihovo zdravstveno in socialno varnost. Zdravstvene storitve so morali plačevati z lastnim denarjem (Strban 2006, 17).

Rudarski zakon je bil prvi zakon na področju zdravstvenega varstva, ki je bil sprejet v Avstro-Ogrski monarhiji leta 1854. Z zakonom so bile ustanovljene skladnice za obvezno zdravstveno zavarovanje rudarjev in topilniških delavcev. Zakon je pomenil začetek delavske in socialne zaščite na temelju solidarnosti. Leto za tem so uvedli še bolniško in nezgodno zavarovanje. Prav tako so se lahko pokojninsko zavarovali sprva le rudarji, leta 1874 pa še železničarji (Strban 2006, 18).

Po trinajstih letih je avstrijski del habsburške monarhije obvezno zdravstveno zavarovanje uzakonil. Dve tretjini zavarovalniške vsote so prispevali delavci, preostanek pa delodajalci. Zakon je temeljil na Bismarckovem modelu zavarovanja (Strban 2006, 18).

S 1. avgustom 1889 je bila v Ljubljani ustanovljena Okrajna bolniška blagajna. Namen blagajne je bil zagotavljati delavčeve socialne pravice med boleznijo in pravice do zdravstvenih storitev. Okrajna bolniška blagajna je delovala vse do propada Avstro-Ogrske monarhije (Strban 2006, 18–19).

Sledilo je obdobje med letoma 1918 in 1945, ko se je sistem solidarnosti še bolj okrepil. Uvedeni sta bili bolniško in nezgodno zavarovanje delavcev zoper bolezni in nezgode, ni pa sistem vključeval zavarovanja za primer brezposelnosti. Z letom 1922 je Zakon o zavarovanju delavcev določal minimalne pogoje zavarovanja, torej zavarovanje za primer bolezni, nezgode, onemoglosti, starosti in smrti. V Ljubljani je istega leta dobil svojo izpostavo Okrožni urad za zavarovanje delavcev, ki je imel vlogo v primerih brezposelnosti. Članstvo v uradu je bilo obvezno in enotno. Urad je z letom 1941 postal nosilec vsega socialnega zavarovanja z novim nazivom Zavod za socialno zavarovanje Ljubljanske pokrajine (Strban 2006, 20–23).

Po drugi svetovni vojni so sledile večje spremembe na področju zdravstvenega varstva. Financiranje je postalo enotnejše, vključevalo je pokojninsko, invalidsko, zdravstveno zavarovanje in pa zavarovanje za porodniški dopust. Prispevki delavcev in delodajalcev so se zbirali v regionalnih zavodih za socialno zavarovanje, državni proračun pa je pokrival stroške zavarovanja vojakov in vojnih veteranov. Leta 1952 je bil ustanovljen okrajni Zavod za socialno zavarovanje, ki je skrbel za pokojninsko, invalidsko in zdravstveno zavarovanje (Strban 2006, 23–29).

Prelomnico je pomenilo tudi leto 1972, ko je zakonodajalec izenačil pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse prebivalstvo, kar je vključevalo tudi kmete, ki so bili do tedaj nekako izključeni. Med letoma 1980 in 1992 smo bili priča obdobju izvajanja zavarovanj po konceptu nacionalnega zdravstvenega varstva (Strban 2006, 23–29).

Z osamosvojitvijo Slovenije so se finančne težave financiranja zdravstva poslabšale in bile nestabilne. Za zdravstveno varstvo je kot državni organ v sestavi Ministrstva za zdravstvo začela skrbeti Republiška uprava za zdravstveno varstvo, vse dokler ni bila leta 1992 sprejeta nova zakonodaja (Strban 2006, 23–29).

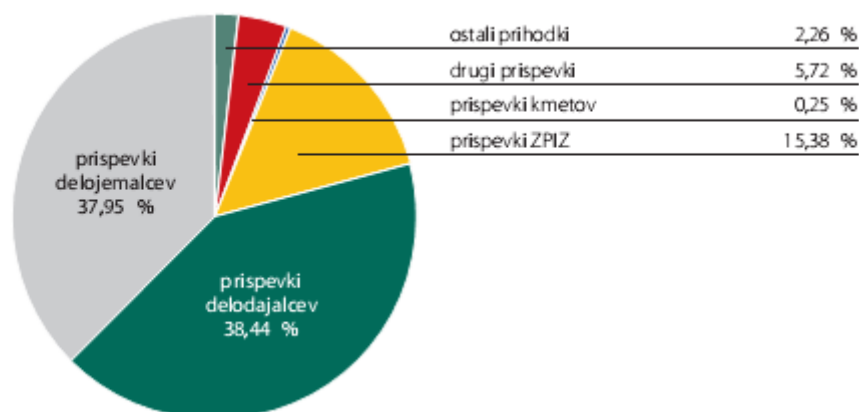
Do osamosvojitve Slovenije, torej do leta 1992, so se zdravstvene storitve opravljale v javnih zavodih, ki so bili v državni oziroma občinski lasti. Po letu 1992 so sledile spremembe v organizaciji in statusu zdravstvenih organizacij. Tako so zdravstveni domovi, bolnišnice in lekarne dobile status javnih zavodov, država je postala ustanoviteljica in lastnica obstoječih bolnišnic, občine pa ustanoviteljice in lastnice obstoječih zdravstvenih domov. Vsi obstoječi zdravstveni zavodi so z zakonom dobili koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe, s čimer so pridobili pravico in možnost opravljati zdravstveno dejavnost na račun javnih sredstev. Nove zdravstvene zavode lahko z uveljavljenimi spremembami ustanovijo tudi domače ali tuje fizične in pravne osebe. Ministrstvo za zdravstvo je tisto, ki s podelitvijo koncesije vključi nove zavode v mrežo javne zdravstvene službe. Enako velja tudi za zdravnike in zobozdravnike, ki se odločijo za zasebno dejavnost. Zdravniki zasebniki ali zasebni zdravstveni zavodi lahko opravljajo zdravstveno dejavnost tudi brez koncesij, vendar ne na račun javnih sredstev. Le lekarniška dejavnost mora biti vsa vključena v mrežo javne zdravstvene službe (Česen 1998, 90).

Koncept »nacionalnega zdravstvenega varstva« je bil opuščen. Danes imamo v Sloveniji Bismarckov sistem socialnega zavarovanja. Med številnimi spremembami, ki so bile uvedene v zdravstvu, je bila najpomembnejša tista iz leta 1992, ko je sistem nacionalnega zdravstvenega varstva zamenjal sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga je izvajal takrat na novo ustanovljeni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Tako se je popolnoma spremenil način financiranja zdravstvenih storitev. V letu 1991 je bilo 98,5 % sredstev za zdravstvo zbranih z davki, leto pozneje pa je glavni vir dohodka predstavljalo obvezno zdravstveno zavarovanje. Po reformi leta 1992 je obseg pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju ostal zelo širok; vključeval je skoraj vse pravice, le za nekatere med njimi je bilo uvedeno dodatno plačilo. Vsak posameznik je imel na izbiro dve možnosti: lahko je sam poravnal potrebno dodatno plačilo ali pa se je temu izognil in se vključil v dodatno zdravstveno zavarovanje, ki je bilo uvedeno v letu 1993 (Jaklič 2004, 67).

Leta 1993 je bilo uvedeno obvezno zdravstveno zavarovanje za vse prebivalce v Sloveniji, ki temelji na načelih solidarnosti vseh zavarovanih oseb. Tako se finančna bremena za zdravljenje in druga tveganja, povezana z boleznimi in poškodbami, solidarno porazdeljujejo med vse aktivno prebivalstvo ne glede na spol, starost, zdravstveno stanje, ekonomski status ipd. (Česen 1998, 90).

Sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje se v Sloveniji zbirajo na podlagi prispevkov. Zavezanci za plačilo prispevkov so delodajalci, zavarovanci in drugi. Prispevki se plačujejo od zakonsko določenih osnov (bruto plača, bruto nadomestilo za čas odsotnosti z dela, bruto osnova za pokojninsko in invalidsko zavarovanje itd.) po proporcionalnih stopnjah, razen za primere, za katere se po zakonu plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih. Pavšalni prispevki so določeni za tiste zavarovane osebe, ki imajo zelo nizke prejemke, so brez njih oziroma njihovi prejemki niso znani (ZZZS 2012, 85).

S slike 1 lahko razberemo, da največji delež (76,4 %) predstavljajo vplačila prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje od zaposlenih (prispevki delodajalcev in delojemalcev), temu sledijo vplačani prispevki od pokojnin (15,38 %) in drugi prispevki (plačane zamudne obresti iz naslova zamude plačila prispevkov, prispevki samoplačnikov, prispevki delojemalca od raznih nadomestil) v višini 5,72 %, manjši delež pa predstavljajo prispevki od kmetov (0,25 %).



**Slika 1: Prihodki po kategorijah zavezancev za plačilo obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugi prihodki v letu 2012**

Vir: ZZZS 2012, 86.

Nikjer po svetu ni uveden sistem zavarovanja, ki bi bil popolnoma samostojen oziroma samo javen ali samo zaseben. Obe vrsti se tesno dopolnjujeta. Koliko sta med seboj prepletena, je odvisno od oblikovanja javnega sistema zdravstva. Po tipologiji zdravstvena zavarovanja delimo v več skupin. V Sloveniji prevladuje naslednja tipologija prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki bodo v naslednjih podpoglavjih tudi podrobneje predstavljena (ZZZS 2012, 85):

- dopolnilna zavarovanja,
- vzporedna zavarovanja (v Sloveniji nadstandardna),
- dodatna zavarovanja (v Sloveniji nadstandardna),
- nadomestna zavarovanja,
- asistenčna zdravstvena zavarovanja.

### 2.3 Opredelitev pojma zdravstvenega zavarovanja in varstva

Zdravstveno zavarovanje je zelo pomemben del celovite socialne varnosti. V Sloveniji socialna varnost zajema zdravstveno zavarovanje, pokojninsko in invalidsko zavarovanje, zavarovanje za čas nezaposlenosti, kar poenoteno imenujemo tudi socialno zavarovanje, ter socialno varstvo.

Za ljudi je najpomembnejše zagotavljanje zdravstvenega zavarovanja, s katerim država določi dosegljivi zdravstveni standard za vse ljudi, ki ga zagotavlja pretežno na javni račun. Izvajajo ga države same ali javne nedobičkonosne zdravstvene zavarovalnice. Ljudje pa si lahko po lastni želji in presoji privoščijo tudi več pravic ali drugačne pravice, višjo kakovost in boljše dostopnost storitev (Česen 1998, 40).

Temeljni cilj sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih storitev (pravic) ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop mora biti urejen tako, da zagotavlja pravično zdravstveno varstvo, kar pomeni enako kakovost zdravstvenih storitev za vse ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber et al. 2003, 20).

Sistem zdravstvenega varstva obsega temeljne elemente zdravstvenega varstva in njihovo medsebojno urejenost. Ti elementi so (Keber et al. 2003, 181):

- uporabniki zdravstvenega varstva, ki v sistemu nastopajo bodisi sami kot plačniki zdravstvenih storitev in izdelkov bodisi posredno kot zavarovanci organizacij obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- dobrine zdravstvenega varstva, ki jih sestavljajo storitve in izdelki, s katerimi lahko posamezniki zadovoljimo svoje potrebe glede zdravstvenega varstva,
- organizacije zdravstvenega varstva, ki nudijo dobrine zdravstvenega varstva,
- država, ki v sistemu zdravstvenega varstva izoblikuje družbeni interes ter ga v njem tudi uresničuje, in sicer tako, da bodisi neposredno posega v upravljanje organizacij zdravstvenega varstva in organizacije obveznega zdravstvenega zavarovanja bodisi da z ustreznimi ukrepi regulira delovanje in učinke delovanja zdravstvenih organizacij.

O zdravstvenem zavarovanju govorimo, kadar na področju zdravstva obstajata potencialno tveganje in zavarovalec, ki je pripravljen pred tem tveganjem zavarovati sebe, koga drugega ali določen predmet in za to plačati določeno ceno (premijo). Nužen sestavni del je tudi nekdo, ki je pripravljen ta tveganja zavarovati in v primeru odškodninskega zahtevka zavarovalcu oziroma zavarovancu poravnati škodo (Keber et al. 2003, 182).

Področje zdravstva zajema vse elemente, ki morajo biti prisotni, da lahko nastane zavarovanje. Ljudje so v vsakdanjem življenju izpostavljeni tveganju, da bodo zboleli, se morda poškodovali ali bodo imeli neugodne zdravstvene in materialne posledice. Nosilci zavarovanja so lahko zavarovalnice ali od države pooblašene nepridobitne organizacije, ki določajo premijo ali prispevke (če gre za solidarnostni sistem zavarovanja). Ko pride do bolezni oziroma poškodbe, je mogoče ugotoviti odškodninski primer in zahtevk, ki ga prepoznamo v stroških zdravljenja. Zavarovanec ima pri tem pravico do zavarovalnine, ki se v zdravstvenem zavarovanju povrne s plačilom računa izvajalcu ali s povrnitvijo stroškov, ki jih je imel pri zdravljenju zavarovanec sam.

## **2.4 Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji**

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pozna delitev zdravstvenega zavarovanja na obvezno in prostovoljno. Med njima je kar nekaj razlik, ki so predstavljene v preglednici 1.

### **Preglednica 1: Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**

| Obvezno zdravstveno zavarovanje                            | Prostovoljno zdravstveno zavarovanje                        |
|--|---|
| Predpisano in urejeno z zakonom                            | Zakon ga omogoča, ureja se z individualnimi pogodbami       |
| Vir financiranja so prispevki (javni skladi)               | Vir financiranja so premije (zasebna sredstva)              |
| Ni dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanja       | Dovoljeno je izračunavanje rentabilnosti zavarovanja        |
| Močan vpliv in nadzor države                               | Država se ne vmešava v poslovanje                           |
| Izvajajo ga nevladne ustanove kot nedobičkonosno dejavnost | Izvajajo ga gospodarski subjekti kot dobičkonosno dejavnost |
| Del celovite socialne varnosti državljanov                 | Ni vključeno v celovito socialno varnost državljanov        |

Vir: Česen 1998, 64.

#### **2.4.1 Značilnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja**

*Obvezno zdravstveno zavarovanje* ureja ZZVZZ. Pravice posameznika in od njega odvisnih družinskih članov so pri obveznem zdravstvenem zavarovanju vezane na vključitev osebe v zavarovanje in pa na plačilo prispevka. Družinski člani so zakonec, otroci, vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja ter starši, ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja.

Plačnik obveznega zdravstvenega zavarovanja je lahko oseba sama, njegov delodajalec, osebe, ki opravljajo pridobitno, gospodarsko, kmetijsko, športno ali katero drugo dejavnost, občina ali država. Osebam, ki nimajo lastnih dohodkov, plačuje obvezno zdravstveno zavarovanje država in pa občina. Oseba se lahko prijavi tudi na občini svojega stalnega prebivališča kot občan. Tako si zagotovi plačevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja preko države, občine. Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja ZZS, ki je specializirana pravna oseba javnega prava (Žnidarič 2004, 147).

Vsi državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki ter tiste osebe, ki opravljajo na območju države kakršno koli pridobitno dejavnost in niso zavarovane v drugi državi, naj bi bili zajeti v zdravstveno zavarovanje. Otroci so zdravstveno zavarovani do svojega dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci. Po tem letu so lahko zavarovani kot družinski člani pod pogojem, da se redno šolajo, in sicer do konca rednega šolanja. Izjema so le študenti, ki so starejši od 26 let in se redno šolajo, ti se morajo namreč sami zavarovati tako obvezno kot dopolnilno (Žnidarič 2004, 148).

V obvezno zdravstveno zavarovanje niso vključeni tujci, ki živijo v Republiki Sloveniji. Zavarovanci po ZZVZZ so namreč samo državljani Republike Slovenije. Tuji državljani, ki

so bodisi v Sloveniji na delovnem mestu ali pa si šele urejajo dokumente za stalno bivanje v Sloveniji, si morajo zdravstveno zavarovanje urediti drugače.

*Prostovoljna zavarovanja* so tista zavarovanja, ki jih posamezniki sklepajo s posameznimi zavarovalnicami. Pri tem posameznika v sklenitev zavarovanja ne sili nihče, v zavarovalno razmerje posameznik stopi prostovoljno. Med prostovoljna zdravstvena zavarovanja uvrščamo tudi dopolnilna zdravstvena zavarovanja, nadstandardno zdravstveno zavarovanje in vsa druga zdravstvena zavarovanja.

Prostovoljno zavarovanje je osebno zavarovanje, kar pomeni, da oseba zavaruje sebe oziroma sočloveka. Pri prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju se država ne vmešava, razen v primerih, ko gre za posebni javni pomen oziroma interes oziroma družbene vrednote. Prostovoljna zavarovanja so glede na število in obseg prevladujoča. Osnovni namen prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja je, da zavarovalnica prevzame tveganje plačila dela določenih zdravstvenih stroškov v dogovorjenem znesku, in sicer na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe in proti plačilu premije. Zavarovalec se obvezuje, da bo po načelih vzajemnosti in solidarnosti plačeval zavarovalnici določen znesek, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo v primeru nastanka zavarovalnega primera zanj plačala dogovorjeni del cene zdravstvene storitve (Cvetko 1992, 28).

Čeprav bi po imenu »prostovoljno zavarovanje« skleпали, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje res prostovoljno, se moramo zavedati tveganja, ki se pojavlja s tem, ko dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ne sklenemo. Trdili bi lahko, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje res prostovoljno, težava v interpretaciji zakona in obenem besede je v tem, da se oseba, ki tega zavarovanja nima sklenjenega, lahko znajde v precejšnjih težavah ob predpostavki, da nima dovolj denarja, da bi si sama plačala zdravstvene storitve, ki jih obvezno zavarovanje ne krije. Čeprav zakon predvideva dopolnilno zdravstveno zavarovanje kot prostovoljno, osebo zakon dejansko prisili, da sklene zavarovanje pri eni od zavarovalnic, ki ponujajo to zavarovanje (Žnidarič 2004, 149).

Povzamemo lahko, da je dopolnilno zdravstveno zavarovanje po definiciji zavarovanje za doplačilo. S sklenitvijo zdravstvenega zavarovanja se oseba izogne doplačilom raznih zdravstvenih storitev, ki bi jih sicer morala plačati.

#### **2.4.2 Značilnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja**

Namen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je zagotoviti dodatne zdravstvene storitve. Če oseba ne sklene dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, mora sama plačevati zdravstvene storitve, ki niso krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dopolnilno zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, nastanitvev in prehrano v bolnišnici ali zdravilišču, vsa zdravila iz pozitivne in vmesne liste, ki so predpisana na recept, reševalne prevoze, zdravstvene pripomočke, ortopedske, slušne, očesne in druge tehnične pripomočke

ter zobnoprotenične nadomestke. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje nudi veliko pravic, zato bi lahko trdili, da se več storitev krije iz dopolnilnega zavarovanja kot pa iz obveznega (Česen 1998, 42).

### ***2.4.3 Značilnosti nadstandardnega ali dodatnega zdravstvenega zavarovanja***

Razlika med nadstandardnim zavarovanjem in dodatnim zavarovanjem je, da dodatno zavarovanje dodamo k že sklenjenemu zavarovanju, nadstandardno pa je tisto zavarovanje, ki nam nudi nadstandard storitev, za katere sklepamo pogodbo. Torej nam nudi več, kot nam lahko ponudita obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Nudi nam storitve nad 100-odstotnim kritjem iz teh dveh zavarovanj.

To pomeni, da nadstandardna zavarovanja obsegajo več pravic in višji standard storitev ter vključujejo dodatne pravice, ki jih obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje ne krijeta. V Sloveniji ti dve zavarovanji v praksi enačimo, čeprav nista enaki. Zasebno zavarovanje, torej dodatno ali tudi nadstandardno zavarovanje, zagotavlja zavarovancem večji obseg pravic kot obvezno zavarovanje. Poleg možnosti pridobitve zdravil na beli recept<sup>1</sup>, boljših materialov in medicinskih pripomočkov zagotavlja tudi možnost bolnišničnega zdravljenja in ob tem bivanje v eno- ali dvoposteljni sobi. Ta zavarovanja povrnejo svojim zavarovancem tudi denarna nadomestila za izpad dohodkov v času bolezni ali poškodbe v obliki raznih dnevnih nadomestil. Zavarovanci lahko sklenejo tudi zavarovanje za nadomestilo med bivanjem v bolnišnici ali zdravilišču ali celo za primer smrti zaradi nezgode. Za katero koli zavarovanje se oseba odloči, pa se mora zavedati, da zavarovalnice ne krijejo stroškov za storitve in nadomestila za stanja, ki so že znana (Česen 1998, 42).

### ***2.4.4 Značilnosti nadomestnega in asistenčnega zdravstvenega zavarovanja***

Nadomestno zavarovanje krije stroške ali del stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev oziroma plačil denarnih prejemkov osebam, ki ne morejo biti obvezno zdravstveno zavarovane. Zavarovanje je namenjeno predvsem tujcem, ki si po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ne morejo urediti statusa zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Po tem zakonu je namreč podlaga za vključitev v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja stalno ali začasno bivanje v Sloveniji oziroma delovna viza za delo v Republiki Sloveniji. Tujcem se v tem primeru priporoča sklenitev zavarovanja VOZ, ki ga lahko tujec kombinira z različnimi paketi tega zavarovanja. V enem paketu lahko namreč dobi samo pravico do storitev nujne medicinske pomoči, drugi paket krije pravice, zajete iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,

---

<sup>1</sup> Beli, samoplačniški recept se uporablja, kadar bolnik obišče t. i. samoplačniško ambulanto, ki nima koncesije za delo v okviru javne zdravstvene službe; če zdravnik predpiše zdravilo, ki ni razvrščeno na listo zdravil; če bolnik recepte ali zdravila izgubi ali pa jih je pozabil doma ob odhodu na dopust; če bolnik obišče službo za nujno medicinsko pomoč, vendar ni šlo za nujno stanje; če mora bolnik po zdravilo v tujino. Za zdravila, predpisana na beli recept, bolnik ne more uveljavljati povračila stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je mogoče le izjemoma, kadar so z njim za zdravljenje boleznih predpisana zdravila, ki jih ni mogoče dobiti v Sloveniji in nimajo primerne zamenjave.



spet tretji samo za zavarovanje doplačil. Če oseba sklene kombinacijo npr. zavarovanja, kjer so zajete pravice iz obveznega zavarovanja, in pa zavarovanja doplačil, ima ta oseba enako oskrbo, kot jo ima prebivalec Republike Slovenije (Cvetko 1992, 28).

Prednosti takšnega sklepanja za tuje osebe so:

- zavarovanje nima omejitev,
- izključitev je zelo malo,
- v zavarovanje ni vključena čakalna doba,<sup>2</sup>
- zavarovalna doba je prilagojena; dolga od 10 dni pa vse do 1 leta,
- ni starostnih omejitev.

## **2.5 Organizacija sistema zdravstvenega zavarovanja**

Za lažje razumevanje načina financiranja zdravstvene dejavnosti je pomembno poznati tudi njeno organizacijo in organizacije v sistemu zdravstvenega varstva nasploh. Organizacije zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo v tri skupine (Miklavčič 1997, 26):

- Organizacije države so poleg Ministrstva za zdravje še Svet za zdravje, Zdravstveni svet in Inštitut za varovanje zdravja. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakon o dejavnosti jim natančno opredeljujeta naloge. Vse tri organizacije so nepridobitne in se financirajo iz proračuna.
- Zdravstvene organizacije se pri nas imenujejo javni zdravstveni zavodi. V mreži javne zdravstvene službe sodelujejo vsi javni zdravstveni zavodi, lahko pa tudi zasebniki, ki imajo sklenjeno koncesijo.
- Nosilec zdravstvenega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, poleg njega pa se v prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko vključijo vse zavarovalnice.

Ministrstvo za zdravje je odgovorno za zagotavljanje zdravstvenega varstva, za zdravstveno zavarovanje in zdravstveno dejavnost na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Ministrstvo za zdravje poleg navedenih nalog spremlja zdravstveno stanje prebivalstva ter pripravlja in izvaja programe za krepitev njihovega zdravja. Ministrstvo ustanavlja bolnišnice in javne zdravstvene institucije na nacionalni ravni. V ta namen potrjuje strategije teh institucij, financira specifične izdatke (na primer za investicije) in ima pomembno vlogo pri imenovanju direktorjev zdravstvenih institucij. Znotraj ministrstva delujejo še Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije, Urad Republike Slovenije za sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo, Urad za zdravila za uvoz zdravil ali medicinskih pripomočkov in Urad RS za kemikalije (Miklavčič 1997, 26).

---

<sup>2</sup> Pod čakalno dobo razumemo trimesečno obdobje, če si oseba v 30 dneh, ko si je uredila obvezno zdravstveno zavarovanje, ne uredi še dopolnilnega. V tem času se zavarovanec šteje za samoplačnika, torej bo moral storitve plačati oziroma doplačati. Tujcu se splača skleniti kombinacijo zavarovanj, da tako pridobi enake pravice kot slovenski državljan.

Zdravstveni svet opravlja funkcijo posvetovalnega organa ministru, in sicer skrbi za usklajeno zdravstveno politiko in za sprejemanje novih zdravstvenih programov ter sodeluje pri drugih pomembnih odločitvah (Kersnik 2010, 14).

Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) opravlja znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo, pripravlja strokovne podlage za načrtovanje zdravstvenega varstva. Inštitut usklajuje in predlaga ter v sodelovanju z območnimi zavodi za zdravstveno varstvo izvaja program socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti za območje Republike Slovenije (Kersnik 2010, 18).

Lokalne skupnosti (občine oziroma mesto) na primarni ravni določajo in zagotavljajo mrežo javne zdravstvene službe ter s svojim mnenjem sodelujejo pri načrtovanju mreže na sekundarni ravni. Lokalne skupnosti imajo v svetu zavoda svoje predstavnike, ki neposredno vplivajo na upravljanje vseh javnih zdravstvenih zavodov. Njihova naloga je tudi plačevanje prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje za državljane Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, s čimer sta sistemsko zagotovljeni enakost in finančna dostopnost zdravstvenih storitev (Kersnik 2010, 19).

V Sloveniji delujejo številna strokovna združenja in društva s področja zdravstva. Njihove naloge so predvsem strokovno izobraževanje svojih članov, širjenje novih strokovnih spoznanj in izdelava strokovnih priporočil za delo. Kot soustvarjalci programov podiplomskega izobraževanja imajo pomembno vlogo pri vključevanju pouka o kakovosti v programe sekundariata, specializacije in drugih oblik izobraževanja (Kersnik 2010, 22).

ZZZS deluje kot javni zavod, katerega glavna naloga je izvajati obvezno zdravstveno zavarovanje, to je zagotavljati učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za kakovostno uresničevanje pravic iz tega naslova. ZZZS sklepa pogodbe z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zasebnimi zdravstvenimi delavci, izvaja pa tudi mednarodne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju in daje strokovno pomoč zavarovanim osebam. Poleg tega opravlja tudi mnoge druge strokovne, nadzorne in administrativne naloge (med drugim vodi baze podatkov s področja zdravstvenega zavarovanja) (ZZZS 2012, 10).

### **3 ZNAČILNOSTI OSEB JAVNEGA PRAVA**

Prvi člen Zakona o javnih financah (ZJF 2011) ter 2. in 3. člen Pravilnika o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov (Pravilnika o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti 2003) določajo, katere osebe se uvrščajo med osebe javnega prava. Med neposredne proračunske uporabnike se tako po pravilniku uvrščajo vsi državni organi, občinski organi ali organizacije in občinska uprava. Med posredne proračunske uporabnike pa se uvrščajo javni skladi, javni zavodi, javni gospodarski zavodi, javne agencije in druge pravne osebe, ki pri svojem poslovanju uporabljajo proračunska sredstva.

#### **3.1 Temeljne značilnosti oseb javnega prava**

Prvi člen Zakona o zavodih (ZZ 1991) določa, da javni zavodi opravljajo negospodarske dejavnosti, katerih cilj je nepridobitna dejavnost oziroma zadovoljevanje javnega interesa. Določa tudi, da se javni zavodi ustanovijo na področju vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva (kot je ZZZS), socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička.

#### **3.2 Izvajanje pridobitne in nepridobitne dejavnosti**

Nepridobitni sektor ni jasno in dokončno določen, saj zajema tako javni kot zasebni nepridobitni sektor. Razlike med javnim in zasebnim sektorjem pa se vse bolj manjšajo. Javni nepridobitni sektor obsega skoraj ves javni sektor, ki ga tvorijo javna uprava ter ponudniki kolektivnih in individualnih dobrin. Povsem javni sektor predstavljajo dejavnosti centralne države, lokalnih skupnosti ter zdravstvenih in socialnih skladov. Med javne nepridobitne organizacije uvrščamo javne zavode in sklade, ki zagotavljajo individualne netržne proizvode/storitve.

Na drugi strani je zasebni nepridobitni sektor, ki je raznolik po pravnoorganizacijski obliki (društva, ustanove, zasebni zavodi), namenu (dobrodelni, kulturni, športni), članstvu in načinu financiranja (državno financiranje, zasebno financiranje) in velikosti. Najbolj tipičen primer organizacije zasebnega nepridobitnega sektorja so dobrodelne organizacije, politične stranke, kulturna in športna društva, verske skupnosti, sindikati in združenja delodajalcev ter zasebna poklicna in stanovska združenja.

Na meji zasebnega in javnega sektorja pa so zasebne šole, muzeji, galerije, univerze, bolnišnice, domovi za starejše, dijake, študente.

V 9. členu Zakona o davku od dohodkov pravnih oseb (ZDDPO 2013) je določena oprostitvev plačila davka za zavezanca, ki so ustanovljeni za opravljanje nepridobitne dejavnosti. Ta velja le za opravljanje nepridobitne dejavnosti, za opravljanje pridobitne dejavnosti pa je zavezanec dolžan obračunati in plačati davek.

V 27. členu Zakona o davku od dohodka pravnih oseb (ZDDOP 2013) je določeno, da se pri določanju davčne osnove zavezanca, ki je ustanovljen za opravljanje nepridobitne dejavnosti, prihodki iz opravljanja nepridobitne dejavnosti in dejanski ali sorazmerni stroški te dejavnosti izvzemajo iz davčne osnove. Pravilnik o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti te prihodke določa podrobneje.

Prihodki za opravljanje nepridobitne dejavnosti so (3. člen Pravilnik o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti): donacije, članarine, volila in dediščine ter prihodki iz davkov, dajatev in prispevkov, ki so plačani neposredno ZZZS in Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), obresti za sredstva na podračunih, sredstva za izvajanje javne službe iz javnofinančnih virov, namenska javna sredstva.

Dohodki iz opravljanja pridobitne dejavnosti pa po 4. členu Pravilnika o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti obsegajo (Pravilnika o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti 2009):

- sredstva za izvajanje javne službe, ki niso pridobljena iz javnofinančnih virov,
- bančne obresti,
- dividende,
- dohodke od prodaje blaga in storitev, najemnine in druga plačila iz oddajanja prostorov zavezanca,
- dohodke, dosežene s prodajo osnovnih sredstev,
- plačila članov in nečlanov za udeležbo na večerjih, zabavah, plesih, družabnih srečanjih,
- plačila članov in nečlanov za udeležbo na razgovorih, predstavitev ali delavnicah,
- dohodke od srečelovov in podobnih iger.

Zakon o računovodstvu (9. člen ZR 1999) določa, da je v poslovnih knjigah in poročilih treba ločeno prikazati poslovanje in prikaz izida poslovanja s sredstvi javnih financ in drugih sredstev za opravljanje javne službe od spremljanja poslovanja s sredstvi, pridobljenimi iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu.

## 4 RAČUNOVODSKI KAZALNIKI POSLOVANJA

V sklop metod za analizo računovodskih izkazov in razlago izsledkov sodijo tudi kazalniki. Kazalnik v obliki povezanih števil dobimo s pomočjo primerjave dveh istovrstnih ali raznovrstnih, vendar primerljivih števil. Lahko je stopnja udeležbe, indeks ali koeficient (Koletnik 2006, 53–55).

### 4.1 Splošno o računovodskih kazalnikih

Glede na izhodišče v bilanci stanja in izkazu poslovnega izida ter glede na potrebe po finančnem in gospodarskem načinu presojanja Slovenski računovodski standard št. 29 – računovodsko proučevanje (računovodsko analiziranje) razvršča kazalnike na (Turk et al. 2004, 655):

- kazalnike stanja financiranja (vlaganja),
- kazalnike stanja investiranja (naložbenja),
- kazalnike vodoravnega finančnega ustroja,
- kazalnike obračanja,
- kazalnike gospodarnosti,
- kazalnike donosnosti,
- kazalnike dohodkovnosti in
- kazalnike denarne tokovnosti.

Kazalnike je mogoče razvrstiti tudi drugače, vendar bomo v nadaljevanju, ko bomo analizirali poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, upoštevali to razvrstitev.

### 4.2 Računovodski kazalniki poslovanja

V nadaljevanju predstavljamo le tiste skupine kazalnikov, ki so pomembne z vidika naše analize v praktičnem delu diplomske naloge.

#### 4.2.1 *Kazalniki stanja financiranja (vlaganja)*

Ti kazalniki sodijo med tako imenovane kazalnike navpičnega finančnega ustroja. Dobljeni so s primerjavo ožjih delov obveznosti do virov sredstev z njihovimi širšimi deli ali celoto. Izračunajo se na podlagi bilance stanja.

Kazalniki stanja financiranja prikažejo strukturo financiranja podjetja. Sredstva podjetja morajo biti financirana z viri financiranja, ki so lahko lastni ali tuji. Tveganje pri

poslovanju podjetja je odvisno od oblike financiranja. Podjetje, ki ima malo lastnih virov financiranja, je praviloma v slabem položaju.

Kazalniki so usmerjeni v analizo financiranja podjetja. Pri izračunu kazalnika izhajamo iz pasivne strani bilance stanja. Pomembna je finančna struktura virov (kakovost in cena), saj stroški obstoječe finančne strukture predstavljajo pomemben del stroškov in odlivov podjetja, kar posledično vpliva na uspešnost podjetja. Kazalniki so pomembni zlasti pri dolgoročnih odločitvah o optimalni politiki financiranja in s tem o povečanju ali ohranitvi finančne moči in finančne neodvisnosti podjetja (Melavec in Milost 2003, 12).

#### **4.2.2 Kazalniki stanja investiranja (naložbenja)**

Kazalniki so usmerjeni v analizo investiranja (naložbenja) podjetja, aktivne strani bilance stanja. Z njimi ugotovimo udeležbo opazovane kategorije (zaloge, terjatve) v povprečnem stanju celotnih sredstev podjetja ali njihovem delu v proučevanem obdobju. Sestava sredstev pomembno vpliva na rok vezanosti sredstev v nedenarni obliki in s tem na likvidnost sredstev. Sestava sredstev je odvisna od dejavnosti podjetja, pomembno je, da poskrbimo za tako sestavo sredstev, ki nam povzroča čim manj stroškov in s tem ugodnejši poslovni izid (Melavec in Milost 2003, 13).

V sklopu kazalnikov stanja investiranja proučujemo strukturo sredstev in njihovo ročnost. Izbrano kategorijo sredstev primerjamo z njihovimi širšimi deli (najpogosteje vrednostjo sredstev kot celote). Ugotavljamo, kolikšen delež sredstev je kratkoročen in kolikšen dolgoročen. Kratkoročna sredstva se v denarno obliko preoblikujejo v času, ki je praviloma krajši od leta dni. To je pomembno predvsem z vidika zagotavljanja likvidnosti podjetja. Nasprotno pa se dolgoročna sredstva v denarno obliko preoblikujejo v času, ki je daljši od leta dni.

Struktura sredstev je odvisna od dejavnosti podjetja. Storitvena podjetja praviloma nimajo zalog. Pri delovno intenzivnih podjetjih je delež osnovnih sredstev v celotnih sredstvih navadno nizek.

#### **4.2.3 Kazalniki vodoravnega finančnega ustroja**

Pri teh kazalnikih primerjamo postavke sredstev z njihovimi viri sredstev. Ti kazalniki so pomembni pri presojanju kakovosti financiranja (pokritosti posameznih sredstev z ustreznimi viri financiranja). Njihova pomembnost se kaže v izkazovanju vpliva višine in struktur obratnih sredstev in tekočih obveznosti ter njihovih sprememb na dolgoročno finančno ravnotežje podjetja.

Pri finančnem ravnotežju si ne postavljamo vprašanja razmerja med kapitalom in dolgovi, temveč vprašanje usklajene ročnosti med sredstvi in obveznostmi do njihovih virov. Na tej usklajenosti temeljijo pravila vodoravne finančne sestave, za katera velja zlato bilančno pravilo, da so najmanj stalna sredstva financirana s kapitalom. Zlato bilančno pravilo je treba upoštevati kritično, saj ima vrsta postavk kapitala kratkoročno naravo (npr. dobiček, namenjen za razdelitev), medtem ko dolgoročni dolgovi, ki presegajo dobo uporabnosti stalnih sredstev (na primer hipotekarno posojilo), lahko pokrivajo stalna sredstva (Melavec in Milost 2003, 14).

#### **4.2.4 Kazalniki gospodarnosti**

Pri obravnavanju gospodarnosti je smiselno pojasniti razliko med učinkovitostjo in uspešnostjo. Biti učinkovit pomeni delati stvari »prav«, to je notranja značilnost delovanja, da se zahtevana naloga izpolni v določenem času, in jo merimo z ugotavljanjem, kolikšni vložki ali potroški so potrebni, da pridemo do učinkov. Biti uspešen pa pomeni delati »prave« stvari in je zunanja značilnost delovanja. Merimo jo z ugotavljanjem, kaj dosežemo z učinki glede na vložke ali potroške. Mogoče je, da je kdo učinkovit in ustvarja svoje proizvode oziroma opravlja storitve smotrno, a je neuspešen, ker na trgu zaradi določenih vzrokov ne dosega primernih prodajnih cen.

Kazalnik gospodarnosti ali ekonomičnosti uporabljamo pri analiziranju ustvarjenih poslovnih učinkov in potrošnikov ter stroškov, ki so pri tem potrebni. V tem primeru ugotavljamo, koliko uspešno smo porabili sredstva in ali so dosegla temeljni cilj podjetja, maksimizacijo dobička. S kazalnikom presojava kakovost poslovanja. Delovati gospodarno pomeni delovati najceneje, koristi pa morajo presegati stroške. Kazalnik je smiselno členiti dalje po delih, saj tako pridemo do kazalnikov, ki nam prikažejo uspešnost po posameznih področjih ali območjih delovanja podjetja (Melavec in Milost 2003, 14).

V sklopu kazalnikov gospodarnosti se najpogosteje uporabljata kazalnik gospodarnosti poslovanja in kazalnik celotne gospodarnosti. V prvem primeru primerjamo poslovne prihodke s poslovnimi odhodki, v drugem primeru pa celotne prihodke s celotnimi odhodki. Podjetje je gospodarno, kadar je rezultat v obeh primerih večji od 1 (Melavec in Milost 2003, 14).

#### **4.2.5 Kazalniki donosnosti**

Donosnost – rentabilnost kaže na uspešnost delovanja podjetja. Pojasnujemo, kaj je bilo doseženo z določenim vložkom, ki se pojavlja v imenovalcu kazalnika, medtem ko gospodarnost obravnava vprašanje, kaj je bilo doseženo z določenim potroškom. Kazalniki donosnosti se uvrščajo med najpomembnejše vrste kazalnikov. Kazalniki te

vrste so na primer: koeficient čiste dobičkonosnosti kapitala (razmerje med čistim poslovnim izidom in kapitalom), koeficient čiste donosnosti sredstev (razmerje med čistim poslovnim izidom in sredstvi podjetja) itd.

Kazalnik dobičkonosnosti (donosnosti ali tudi rentabilnosti) uporabljamo za analizo uspešnosti uporabljenih sredstev (vlog) ali kapitala (naložb) glede na dobiček, h kateremu so pripomogli. Pri tem lahko analiziramo celotno podjetje ali zgolj dele, posamezne dejavnosti, poslovne učinke – notranja uspešnost (Melavec in Milost 2003, 15).

#### ***4.2.6 Kazalniki dohodkovnosti***

Kazalniki dohodkovnosti se uporabljajo za analizo deležev zaposlenih, financiranje, države in podjetja v dohodku. Ti kazalniki niso obvezni pri računovodskem poročanju (Melavec in Milost 2003, 15).

S temi kazalniki lahko prikažemo, kako uspešni so bili zaposleni, ki so bili vključeni v proizvodni proces, tako za podjetje kot osebno.



## **5 ANALIZA POSLOVANJA ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE V OBDOBJU 2008–2012**

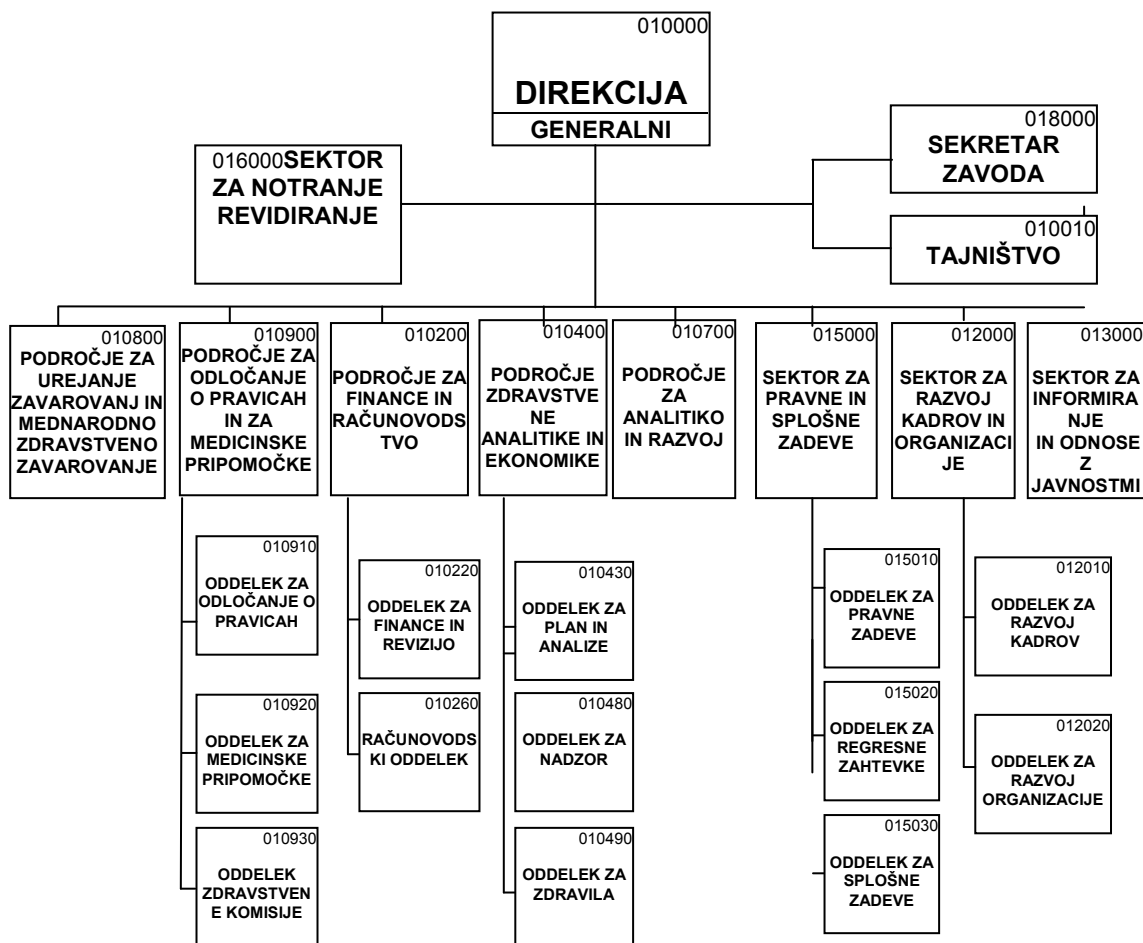
Peto poglavje zajema analizo poslovanja ZZZS v obdobju 2008–2012. Na podlagi opravljene analize je podana ocena doseganja ciljev poslovanja ZZZS skupaj z oceno doseganja dolgoročnih oziroma strateških ciljev poslovanja, kot so bili opredeljeni v Strateškem razvojnem programu ZZZS za obdobje 2008–2013.

### **5.1 Predstavitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**

ZZZS je bil ustanovljen na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 1. marca 1992. Je nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja za območje Republike Slovenije. Ima status javnega zavoda s sedežem v Ljubljani (ZZZS 2013, 9).

ZZZS upravlja skupščina, ki jo sestavljajo demokratično izvoljeni predstavniki delodajalcev (med katerimi so tudi predstavniki vlade Republike Slovenije) in zavarovancev. Skupščina, upravni odbor in generalni direktor v skladu z zakonom, statutom in drugimi pravnimi podlagami sprejemajo odločitve samostojno, pri drugih pa morajo pridobiti soglasje državnega zbora, vlade ali ministrstva, pristojnega za zdravje. Skupščina ZZZS na primer potrebuje soglasje državnega zbora Republike Slovenije za spremembo višine prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje in za imenovanje generalnega direktorja ZZZS. Prav tako mora skupščina pridobiti soglasje vlade Republike Slovenije za statut ZZZS in za finančni načrt ZZZS, soglasje ministra, pristojnega za zdravje, pa za spremembe pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Finančno poslovanje ZZZS po zakonu nadzirajo računsko sodišče, proračunska inšpekcija in komisija državnega zbora Republike Slovenije za nadzor proračuna in drugih javnih financ (ZZZS 2013, 10).

Izvršilni organ skupščine je upravni odbor, poslovodni organ, odgovoren skupščini, pa je generalni direktor. Organ upravljanja na regionalni ravni so območni sveti, ki so vzpostavljeni na desetih območnih enotah ZZZS. Sedanja sestava (slika 2) organov upravljanja je bila izvoljena na volitvah v skupščino ZZZS v letu 2009. Mandat članov skupščine traja štiri leta (ZZZS 2013, 10).



Slika 2: Organigram Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vir: ZZZS 2013, 10.

## 5.2 Opredelitev ciljev ZZZS

Upoštevaajoč zakonske pristojnosti in odgovornosti za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je poslanstvo ZZZS izvajati obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji po načelih solidarnosti in univerzalne dostopnosti do pravic vseh v zavarovanje vključenih oseb. ZZZS avtonomno upravlja s sredstvi zavezancev za plačilo prispevkov, s katerimi vsem zavarovanim osebam zagotavlja finančno pokritje zdravstvenih storitev in drugih z zakonom določenih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS 2013, 9).

Vodstvo ZZZS je na podlagi poslanstva ob pripravi Strateškega razvojnega programa ZZZS za obdobje 2008–2013 (v nadaljevanju: Strateški razvojni program) predlagalo, organi upravljanja pa sprejeli naslednjo izjavo o razvojni viziji ZZZS (ZZZS 2013, 9):

*»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je vrhunsko usposobljen izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katerim avtonomno upravljajo predstavniki*

*plačnikov prispevkov. Deluje v interesu zavarovanih oseb po boljšem zdravju, boljši dostopnosti, večji izbiri in kakovosti zdravstvene oskrbe, s čimer krepi zaupanje v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja.»*

ZZZS je v letu 2010 opravil analizo izvajanja Strateškega razvojnega programa do leta 2010 in zaradi spremenjenih razmer poslovanja zaradi gospodarske krize oblikoval prednostne ukrepe in strategijo za preostalo razvojno obdobje do leta 2013. Pri tem so v Strateškem razvojnem programu postavljeni globalni cilji ostali nespremenjeni (ZZZS 2013, 9):

1. Vidik strank:
  - a) Zagotoviti visoko raven zdravstvene varnosti vsem zavarovanim osebam in izboljšati njihovo zadovoljstvo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.
  - b) Izboljšati ozaveščenost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravicah ter dolžnostih iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
  - c) Zagotoviti ustrezno dostopnost in primerno kakovost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
2. Vidik finančnega poslovanja:
  - d) Ohraniti uravnoteženo in pregledno finančno poslovanje.
3. Vidik notranjih procesov:
  - e) Izboljšati učinkovitost partnerskih pogajanj in uveljaviti nova partnerstva.
  - f) Uveljaviti sistem spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov.
  - g) Uveljaviti sistem naročanja in plačevanja programov zdravstvenih storitev.
  - h) Izboljšati učinkovitost in kakovost delovanja službe ZZZS.
  - i) Širiti uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij ZZZS in povezovanje z zunanjim okoljem.
  - j) Zagotoviti boljšo izrabo podatkov.
4. Vidik učenja in rasti:
  - k) Zagotoviti pogoje za uspešno poslovanje in razvoj ZZZS z ustrezno informiranim, izobraženim, usposobljenim in motiviranim kadrom.

Globalni cilji so opredeljeni kot dolgoročni želeni rezultati, ki jih ZZZS želi doseči v razvojnem obdobju 2008–2013. V Poslovnem planu za leto 2012 so ti globalni cilji predstavljali temeljne usmeritve, na podlagi katerih so bili določeni konkretni cilji, aktivnosti in ukrepi posameznih področij in sektorjev ter drugih organizacijskih enot ZZZS. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2012 poroča o najpomembnejših aktivnostih, razvojnih nalogah in razvojnih projektih, ki so bili bistveni za uresničevanje temeljnih

usmeritev na štirih temeljnih vidikih poslovanja ZZZS (prva štiri poglavja poročila). Ocena uresničevanja ciljev poslovnega plana in razvojnega programa je podana na koncu poročila ZZZS (ZZZS 2013, 9).

### **5.3 Strateški cilji ZZZS**

Strateški razvojni program ZZZS za obdobje 2008–2013 (v nadaljevanju: SRP) je pripravljen po metodologiji uravnoteženih kazalnikov uspešnosti poslovanja, in sicer po vidikih poslovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2013, 141):

- vidik strank,
- vidik finančnega poslovanja,
- vidik notranjih procesov,
- vidik učenja in rasti.

Določenih je enajst globalnih ciljev in opredeljene so ciljne vrednosti. Skupščina ZZZS je novembra 2010 sprejela še prednostne ukrepe in strategije za uresničevanje SRP ter kljub spremenjenim razmeram poslovanja v času finančne nestabilnosti odločila, da globalni cilji ostajajo nespremenjeni. V nadaljevanju je predstavljeno doseganje posameznih ciljev glede na zgoraj naštete dejavnike.

### **5.4 Ocena uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev**

Postavljene cilje v letu 2012 je ZZZS dosegel v celoti. Cilji se nanašajo na različna področja in niso povezani samo z izboljšavo rezultatov v računovodskih izkazih.

Tako se je še naprej uspešno izvajala aktivnost ozaveščanja zavarovalnih oseb o skrbi za lastno zdravje in pravilno uporabo zdravstvenih storitev. V ta namen je bilo izdanih devet različnih sklopov gradiv in enajst zloženek. ZZZS je tudi uspešno nadziral čakalne dobe in pri šestih storitvah le-to tudi zmanjšal. Uspešno je zavarovanim osebam zagotovil enotno in ažurno uveljavljanje pravic do denarnih terjatev, in sicer je bilo v zakonskem roku rešenih 79,9 % vseh zadev, kar predstavlja delno dosežen cilj. Boljša dostopnost zdravil se je v letu 2012 izboljšala, in sicer tako, da je bila možnost predpisa obnovljenega recepta izvedena tudi v lekarnah, razširil pa se je tudi nabor zdravil, ki se smejo predpisati na obnovljiv recept (ZZZS 2013, 144–146).

ZZZS je uspešno zmanjšal število oseb, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja. Delež oseb z neurejenim obveznim zdravstvenim zavarovanjem več kot dva meseca je na dan 31. 12. 2012 znašal 0,46 % ali 9.673 oseb, s čimer je bil dosežen postavljeni cilj. ZZZS se trudi rešiti vse vloge v roku, ki ni daljši od 15 dni, vendar to v vseh primerih ni mogoče, tako je bilo v letu 2012 v 15-dnevnem roku rešenih 57,3 % vseh pritožb

(vprašanj) strank, ki v večini zahtevajo odgovore o izvajalčevih zdravstvenih storitvah. ZZZS se je zavzemal tudi za zmanjševanje cen zdravstvenih storitev oziroma z istimi sredstvi zagotoviti čim več zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov. Tako je v letu 2012 s sklenjenimi aneksi dosegel v povprečju 9 % nižje cene od najvišje dovoljenih (ZZZS 2013, 146–147).

V letu 2012 si je ZZZS postavil cilj, da delež kratkoročnih obveznosti v bilančni vsoti ne bo presegal 90 %. Cilj je bil delno dosežen, delež kratkoročnih obveznosti v bilančni vsoti je namreč znašal 90,8 %. Čeprav cilja ni dosegel za 0,8 odstotne točke je bil glede na težke razmere poslovanja navedeni rezultat še vedno ugoden. V letu 2012 si je ZZZS prizadeval okrepiti nadzorne aktivnosti za obvladovanje odhodkov, tako je bilo v letu 2012 opravljenih več nadzorov kot v letu 2011 in tudi več od načrtovanih. Izbor izvajalcev in vsebin za nadzore je bil določen na podlagi načrtnega in sistematičnega analiziranja podatkov o storitvah in ugotovitvah preteklih nadzorov ter predhodnih rutinskih kontrol (ZZZS 2013, 149–151).

## **5.5 Analiza uspešnosti poslovanja**

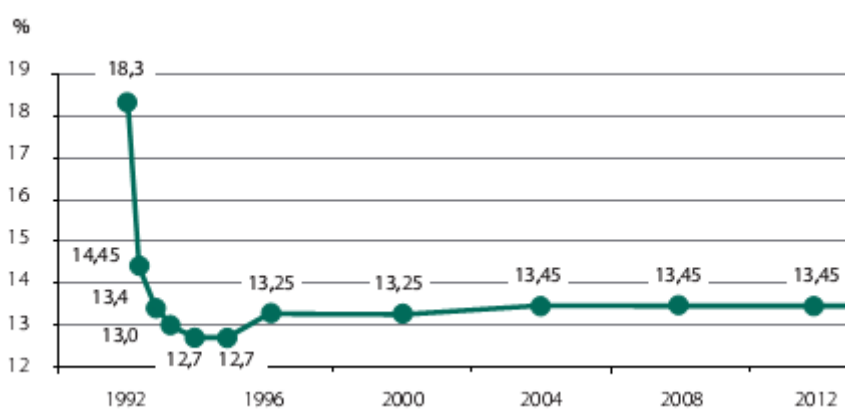
V poslovnem planu ZZZS za leto 2012 je bila z vidika uspešnosti poslovanja temeljna vsebinska usmeritev zagotoviti prihodke in obvladovati odhodke v smislu uravnoteženega in stabilnega poslovanja. Za doseg te usmeritve so bili v zahtevnih pogojih in okoliščinah finančne in ekonomske krize predvideni cilji s področja izterjave vseh vrst prihodkov, nadzorne aktivnosti kot dobra podlaga za obvladovanje odhodkov ter aktivnosti za izločitev nekaterih odhodkov, ki po vsebini ne sodijo med obveznosti ZZZS, a so bili v preteklosti mednje prenesene z zakoni ali splošnim dogovorom (ZZZS 2013, 71). Zbirna prispevna stopnja za obvezno zdravstveno zavarovanje je tudi v letu 2012 znašala 13,45 % in se ni spremenila že od 1. 1. 2002 (slika 3). Zbirno prispevno stopnjo so sestavljale prispevne stopnje, ki jo plačujejo (ZZZS 2013, 72–73):

- a) zavarovanci za zavarovanje za vse pravice za primer bolezni in poškodbe izven dela (6,36 %),
- b) delodajalci za zavarovance za zavarovanje vseh pravic za primer bolezni in poškodbe izven dela (6,56 %) in
- c) delodajalci za zavarovanje za vse pravice za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (0,53 %).

Zbirna prispevna stopnja v obdobju 2000–2004 ni zagotovila zadostnih prihodkov od prispevkov, s katerimi bi se lahko pokrili tekoči odhodki v tem obdobju (hitrejša rast plač v zdravstvu, vpliv uvedbe DDV na materialne stroške, realna rast izdatkov za zdravstvene storitve – zaradi staranja prebivalstva, sprememb v zdravstvenem stanju in

večje zahtevnosti prebivalstva, zahteve po financiranju dodatnih programov za skrajšanje čakalnih dob, realna rast porabe zdravil in uvajanje novih zdravil idr.).

Zato se je večal razkorak med prihodki in odhodki – primanjkljaj. V letu 2005 je Republika Slovenija z zakonom prevzela celotni dolg ZZZS in s tem sanirala pokritje primanjkljajev, realiziranih v tem obdobju (v znesku 119,5 milijona evrov). V obdobju 2005–2008, ki je bilo obdobje izrazito konjunkturnih gospodarskih gibanj, je zbirna prispevna stopnja ponovno zagotavljala pokrivanje tekočih odhodov in obenem omogočila še realizacijo presežkov, ki so konec leta 2008 kumulativno znašali 130,3 milijona evrov. Od teh je bilo 27,2 milijona evrov razporejenih v rezervni sklad ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2013, 73).



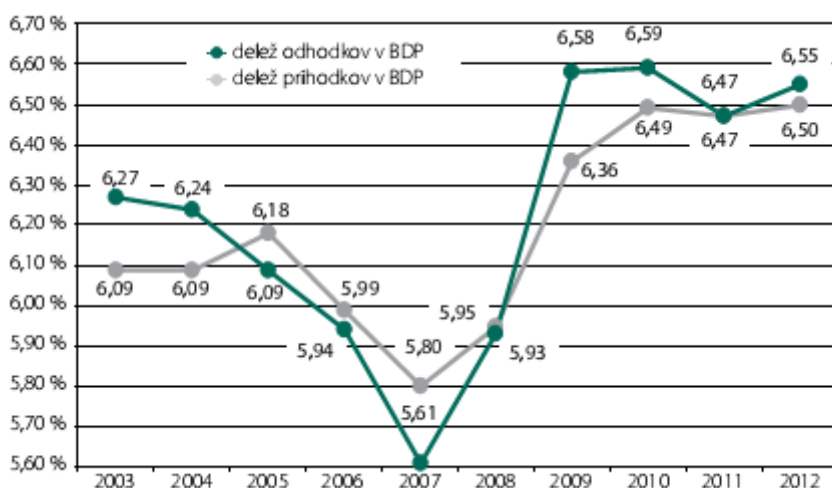
**Slika 3: Gibanje zbirne prispevne stopnje za obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji od leta 1992 dalje**

Vir: ZZZS 2013, 73.

Po letu 2008 so se odhodki ZZZS močno povečali. Najbolj je na to povečanje vplival prehod na nov plačni sistem v javnem sektorju z odpravo nesorazmerij plač (boljše vrednotenje nosilnih zdravstvenih poklicev, boljše vrednotenje dežurstva), kar je posledično zahtevalo popravek cen zdravstvenih storitev in programov. Odhodki so se povečali tudi zaradi naraščanja odhodkov za nadomestila plač za čas zadržanosti od dela ter izpolnjevanja obveznosti po sklenjenem mednarodnem sporazumu z Republiko Bosno in Hercegovino. Zaradi recesije se je začela zmanjševati stopnja rasti prihodkov. Razkorak med prihodki in odhodki bi bil lahko celo tako velik, da bi se moral ZZZS zadolževati. Zaradi ukrepov za zagotovitev finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja (katerih finančni učinek na letni ravni znaša okoli 442 milijonov evrov – od tega je bilo v letu 2012 dodatnih ukrepov za 162 milijonov evrov) in porabe sredstev na računih ZZZS v višini 130,3 milijona evrov do zadolževanja ni prišlo. K stabilnemu finančnemu poslovanju ZZZS so pripomogli tudi ukrepi vlade Republike Slovenije na področju plač v javnem sektorju (ZZZS 2013, 74).

Razkorak med prihodki in odhodki se kaže tudi v deležu odhodkov in prihodkov ZZZS v BDP, kar je prikazano v sliki 4. V obdobjih 2003–2004 in 2009–2010 je bil delež odhodkov v BDP večji od deleža prihodkov. Obdobje 2005–2008 je bilo obdobje konjunktura, ki je omogočila, da je delež prihodkov v BDP presegal delež odhodkov v BDP, pri čemer je bila upočasnjena rast odhodkov v BDP. Poleg tega so k temu prispevale tudi aktivnosti ZZZS glede porabe zdravil in zadrževanje rasti plač v javnem sektorju. Delež prihodkov in odhodkov ZZZS v BDP je v obdobju 2010–2012 stagniral. V letu 2011 je opazen padec deleža odhodkov v BDP, ki je posledica prvega prenosa plačila zapadlih obveznosti v naslednje leto (ZZZS 2013, 75).

S slike 4 lahko razberemo, da je ZZZS po štirih letih pozitivnega poslovanja (obdobje 2005–2008) v letu 2009 prvič posloval z izgubo. Posledica negativnega poslovanja je bilo naraščanje zdravstvenih potreb, v tem letu je tudi že dolgo prisotna gospodarska in finančna kriza prvič pokazala svoje zobe. V zadnjih štirih letih se tako ZZZS sooča z neuravnoteženostjo razpoložljivih prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja in načrtovanih odhodkov za zdravstvene potrebe. Poslovanje ZZZS je otežil tudi prenos dela zapadlih obveznosti iz leta 2011 v 2012 in pozneje spet v leto 2013. Zavedati se je treba, da bo obvezno treba sprejeti določene ukrepe, saj prenašanje obveznosti na kratki rok sicer res kaže pozitivni izid, vendar na dolgi rok siromaši ZZZS, v letu 2014 si tako lahko obetamo velik minus, ki se prenaša že dve leti. Zaradi vse večjega primanjkljaja ZZZS ter vse bolj zaostrenih razmer zaradi gospodarske in finančne krize, ki pomenijo vse večje zmanjševanje prilivov v zdravstveno blagajno, je nujno sprejeti ustrezne ukrepe.

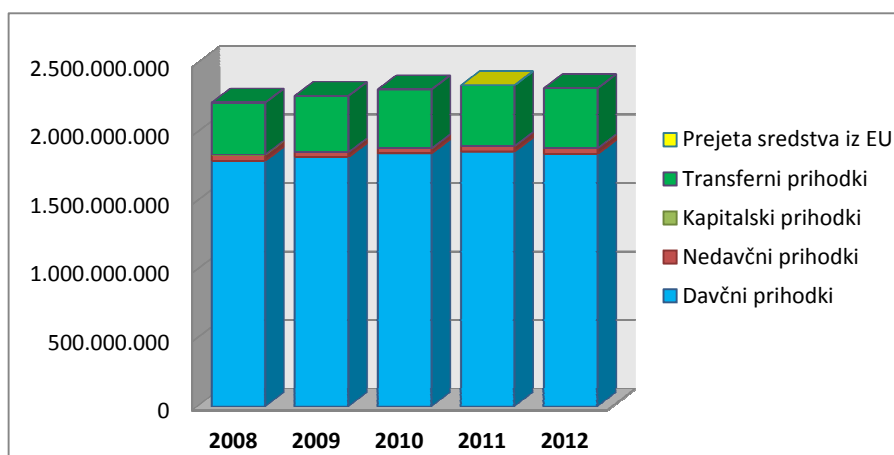


**Slika 4: Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP v obdobju 2003–2012**

Vir: ZZZS 2013, 75.

### 5.5.1 Celotni prihodki

Celotni prihodki ZZZS so sestavljeni iz štirih večjih sklopov prihodkov, ki so: davčni prihodki, prispevki za socialno varnost (prispevki zaposlenih, prispevki delodajalcev, prispevki samozaposlenih, ostali prispevki za socialno varnost), nedavčni prihodki (udeležba na dobičku in dohodki od premoženja, takse in pristojbine, denarne kazni, prihodki od prodaje blaga in storitev, drugi nedavčni prihodki) ter kapitalski prihodki in transferni prihodki iz drugih javnofinančnih institucij (prejeta sredstva iz državnega proračuna, prejeta sredstva iz proračunov lokalnih skupnosti in prejeta sredstva iz skladov socialnega zavarovanja).



**Slika 5: Struktura prihodkov po posameznih letih v obdobju 2008–2012**

Vir: Prikazi iz letnih poročil – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2009, 79, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2009, 80, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2010, 88, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2011, 88, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2013, 89.

Celotni prihodki ZZZS so bili v letu 2012 glede na leto 2011 za 3,4 % manjši. Prihodki so bili manjši zaradi manjših prihodkov od prispevkov za zdravstveno zavarovanje. Večji del prihodkov (97,7 %) predstavljajo prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost (2.267.132.778 evrov), ki so v primerjavi z letom 2011 nominalno manjši za 1 %, realno pa za 3,5 %. Drugi prihodki ZZZS so bili v letu 2012 realizirani v višini 52.373.219 evrov in so bili za 3,5 % večji v primerjavi z letom 2011 ter so presegali načrtovane vrednosti za 5,7 %, v glavnem zaradi večjih plačil iz naslova mednarodnih sporazumov z drugimi državami. Prihodki, povezani z opravljanjem tržne dejavnosti, so bili v letu 2012 realizirani v znesku 629.395 evrov. Odhodki, povezani z izvajanjem tržne dejavnosti, pa so znašali 415.634 evrov. ZZZS je tako v letu 2012 realiziral



213.761 evrov presežka prihodkov nad odhodki iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu (ZZZS 2012, 89; ZZZS 2011, 88; ZZZS 2010, 88).

Celotni prihodki ZZZS so bili v letu 2011 realizirani v višini 2.340.530.897 evrov in so bili nominalno za 1,3 % večji ter realno manjši za 0,5 % v primerjavi z letom 2010. Prihodki so bili manjši od načrtovanih za 1,1 % oziroma za 27.088.020 evrov. Prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost (2.289.951.018 evrov) so bili v primerjavi z letom 2010 nominalno večji za 1,2 %, realno pa manjši za 0,6 %. Drugi prihodki ZZZS so bili v letu 2011 realizirani v višini 50.579.879 evrov in so bili za 6,8 % večji v primerjavi z letom 2010 in so presegle načrtovane vrednosti za 21 %, v glavnem zaradi večjih plačil iz naslova mednarodnih sporazumov z drugimi državami. Prihodki, povezani z opravljanjem tržne dejavnosti, so bili v letu 2011 realizirani v znesku 634.203 evre. Odhodki, povezani z izvajanjem tržne dejavnosti, pa so znašali 425.257 evrov. ZZZS je tako v letu 2011 realiziral za 208.946 evrov presežka prihodkov nad odhodki iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu, kar je bilo sicer manj kot v letu 2012 in več kot v letu 2010 (ZZZS 2010, 85–86).

Prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost so bili v letu 2010 (2.263.680.744 evrov) v primerjavi z letom 2009 večji za 1,9 %, realno pa niso porasli. Drugi prihodki ZZZS so bili v letu 2010 realizirani v višini 47.342.537 evrov in so bili za 14,8 % večji v primerjavi s predhodnim letom, v glavnem zaradi večjih transferov iz državnega proračuna za povračilo zdravstvenih storitev do polne vrednosti za socialno ogrožene, večjih plačil iz naslova mednarodnih sporazumov z drugimi državami in zaradi prodaje blaga in storitev. Prihodki, povezani z opravljanjem tržne dejavnosti, so bili v letu 2010 realizirani v znesku 625.739 evrov. Odhodki, povezani z izvajanjem tržne dejavnosti, pa so znašali 424.663 evrov. ZZZS je tako v letu 2010 realiziral za 201.076 evrov presežka prihodkov nad odhodki iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu (ZZZS 2010, 86–88).

Celotni prihodki ZZZS so bili v letu 2009 realizirani v višini 2.263.018.915 evrov in so bili nominalno za 2,2 % oziroma realno za 1,3 % večji v primerjavi z letom 2008. Večji del prihodkov (98,4 %) predstavljajo prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost (2.227.145.716 evrov), ki so v primerjavi z letom 2008 večji za 2,6 % (realno za 1,7 %). Drugi prihodki ZZZS so bili v letu 2009 realizirani v višini 35.873.199 evrov in so bili za 19,8 % manjši glede na predhodno leto, v glavnem zaradi manjših prihodkov od obresti (nizke obrestne mere in manjši likvidnostni presežki) in prihodkov iz naslova konvencij z drugimi državami. Drugi prihodki so dosegli 98,2 % načrtovane vrednosti za leto 2009, v glavnem niso bili realizirani prihodki iz naslova sporazumov z drugimi državami. Upošteva ta kriterij so bili prihodki, povezani z opravljanjem dejavnosti na trgu, v letu 2009 realizirani v znesku 664.263 evrov. Odhodki, povezani z izvajanjem tržne dejavnosti, pa so znašali 488.102 evra. ZZZS je tako v letu 2009 realiziral za

176.161 evrov presežka prihodkov nad odhodki iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu (ZZZS 2009, 78–81).

Na podlagi analize poslovanja ZZZS ugotavljamo, da je ZZZS v zadnjih letih konstantno beležil upad prihodkov. V letih 2008 in 2009 lahko zasledimo rahel porast prihodkov, nato je sledil upad prihodkov. Prihodki od plačanih prispevkov so se sicer povečevali, kar je posledica večjih transferov iz državnega proračuna za povračilo zdravstvenih storitev do polne vrednosti za socialno ogrožene osebe ter prodaje blaga in storitev. Drugi prihodki so bili v primerjavi s prejšnjimi leti manjši predvsem zaradi manjših prihodkov od obresti in prihodkov iz konvencij z drugimi državami. Presežek je bil dosežen pri prihodkih od tržne dejavnosti, kar kaže na ozaveščenost ZZZS o pomembnosti tržne dejavnosti v času finančne krize. Veliko več pa bi lahko bilo narejenega na področju črpanja sredstev iz EU oziroma drugih mednarodnih projektih.

Kljub upadom prihodkov se je ZZZS trudil, da dostopnost do zdravstvenih storitev in zagotavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja nista bila motena. Ravno zaradi nižanja prihodkov in višjih odhodkov, je ZZZS izvedel številne aktivnosti za stabilno finančno poslovanje v pogojih zmanjševanja prihodkov. Cilj ZZZS je bil zaključiti leto brez primanjkljaja, kar pa mu, realno ni uspelo; primanjkljaja ni bilo zaradi prenosa sredstev v naslednje leto in ne zaradi povečanih prihodkov.

Na podlagi razpoložljivih podatkov naj bi v prvih štirih mesecih leta 2012 prihodki zavoda bili pod načrtovanimi za to obdobje. Prihodki od prispevkov naj bi tako bili manjši od predvidenih. Sicer ni mogoče oceniti, kakšni bodo prihodki do konca leta, vendar, če se bo trend nadaljeval, lahko pričakujemo ponovno reševanje problema presežka odhodkov nad prihodki. Na prihodke ZZZS vplivajo tudi varčevalni ukrepi države.

V preglednici 2 so podrobno prikazani vsi prihodki v letih od 2008 do 2012, ki se delijo na davčne prihodke, nedavčne prihodke, kapitalske prihodke, transferne prihodke in prejeta sredstva iz EU. Ker je ZZZS javni zavod v lasti države, ne preseneča, da so najvišji davčni prihodki, sledijo transferni prihodki ter nedavčni prihodki in kapitalski prihodki. Kot lahko razberemo iz preglednice, se zelo slabo pridobivajo sredstva iz EU. Glede na trenutno finančno stanje ZZZS bi bilo smiselno poudariti pomen črpanja sredstev iz EU.

## Preglednica 2: Izkaz prihodkov ZZZS od leta 2008 do 2012

|  |               |               |               |               |                         |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| Prihodki   | 2.214.585.038 | 2.263.018.915 | 2.311.023.281 | 2.340.530.897 | 2.319.505.997           |
| A) Davčni prihodki                                   | 1.790.785.855 | 1.817.538.408 | 1.844.910.396 | 1.857.769.330 | 1.840.529.671           |
| I. Prispevki za socialno varnost                     | 1.790.785.855 | 1.817.538.408 | 1.844.910.396 | 1.857.769.330 | 1.840.529.671           |
| - Prispevki zaposlenih                               | 788.910.431   | 793.992.674   | 801.248.806   | 803.732.503   | 832.300.174             |
| - Prispevki delodajalcev                             | 884.182.301   | 889.423.348   | 899.188.595   | 899.516.434   | 842.005.047             |
| - Prispevki samozaposlenih                           | 92.700.224    | 102.017.127   | 107.779.511   | 110.156.066   | 121.614.849             |
| - Ostali prispevki za socialno varnost               | 24.992.899    | 32.105.259    | 36.693.484    | 43.035.888    | 45.729.223              |
| - Nerazporejeni prispevki                            |               |               |               | 1.328.439     | -1.119.622 <sup>3</sup> |
| B) Nedavčni prihodki                                 | 44.411.500    | 35.840.548    | 37.269.068    | 40.453.076    | 42.517.920              |
| II. Udeležba na dobičku in dohodki od premoženja     | 8.017.012     | 1.581.195     | 505.519       | 428.504       | 391.495                 |
| III. Takse in pristojbine                            |               | 115.400       | 115.300       | 149.200       | 102.325                 |
| IV. Denarne kazni                                    | 72.348        | 146.767       | 174.338       | 224.898       | 347.546                 |
| V. Prihodki od prodaje blaga                         | 3.229.899     | 2.757.1113    | 2.923.278     | 2.955.698     | 3.121.089               |
| VI. Drugi nedavčni prihodki                          | 33.092.241    | 31.240.073    | 33.550.633    | 36.694.776    | 38.555.456              |
| C) Kapitalski prihodki                               | 315.559       | 32.651        | 32.602        | 40.723        | 19.151                  |
| D) Transforni prihodki                               | 379.072.124   | 409.607.308   | 428.811.215   | 442.252.768   | 436.439.255             |
| - Prejeta sredstva iz državnega proračuna            | 22.195.504    | 37.197.508    | 45.752.659    | 49.731.418    | 53.619.824              |
| - Prejeta sredstva iz proračunov lokalnih skupnosti  | 16.750.723    | 17.523.705    | 15.675.748    | 14.938.834    | 14.735.752              |
| - Prejeta sredstva iz skladov socialnega zavarovanja | 340.125.897   | 354.886.095   | 367.382.808   | 377.582.516   | 368.083.679             |
| E) Prejeta sredstva iz EU                            |               |               |               | 15.000        |                         |

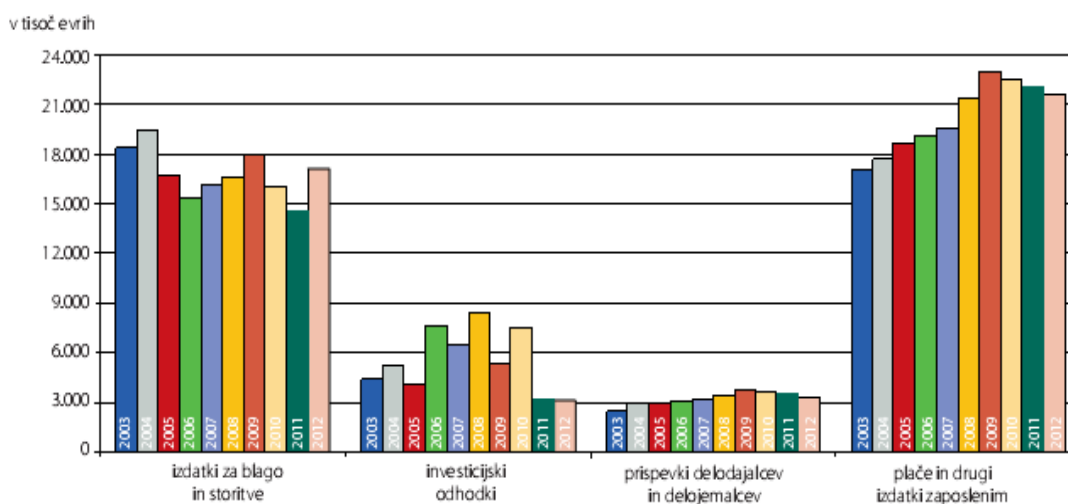
Vir: Prikazi iz letnih poročil – ZZZS 2009, 78; ZZZS 2010, 85; ZZZS 2011, 84; ZZZS 2013, 84.

Kot lahko razberemo iz preglednice 2 in slike 5, največji delež prihodkov predstavljajo davčni prihodki oziroma prihodki od plačanih prispevkov za socialno varnost (v povprečju okoli 98 %), kar je glede na namen ustanovitve zavoda logično. Struktura prihodkov je vseh pet let pri določenih prihodkih razporejena skoraj v enakem odstotku, in sicer znašajo prihodki od neposredno vplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje okoli 81 % vseh prihodkov, transforni prihodki okoli 18 % vseh prihodkov, kapitalski prihodki okoli 1,2 %, drugi prihodki pa se od leta do leta razlikujejo.

<sup>3</sup> DURS v letu 2011 ni zagotovil ustreznih podatkov za razčiščenje nerazporejenih prispevkov. Nerazporejene prispevke iz leta 2011 je DURS razčistil v letu 2012, kar se kaže kot negativni denarni tok na postavki »nerazporejeni prispevki«. AJ PES v obrazcu Izkaz prihodkov in odhodkov ne dovoljuje negativnega zneska, zato je v tem obrazcu za 1.119.622 evrov zmanjšana postavka »prispevki delodajalcev«.

### 5.5.2 Celotni odhodki

Med celotne odhodke ZZZS prištevamo: tekoče odhodke, kot so plače in drugi izdatki zaposlenim, prispevki delodajalca za socialno varnost, izdatki za blago in storitve, plačila domačih obresti, plačila tujih obresti, rezerve, sledijo pa tekoči transferi, kot so transferi posameznikom in gospodinjstvom (boleznine, drugi transferi), transferi nepridobitnim organizacijam in ustanovam, drugi tekoči domači transferi, tekoči transferi v tujino ter investicijski odhodki (nakup gradnja osnovnih sredstev).



**Slika 6: Odhodki za delo službe ZZZS v letu 2012 v primerjavi s predhodnimi leti**

Vir: ZZZS 2013, 101.

*Izdatki službe za blago in storitve* so v letu 2012 znašali 16.980.229 evrov in so bili za 20,4 % večji od načrtovanih. V primerjavi z letom 2011 so bili za 16,2 % večji. Povečanje teh odhodkov je v glavnem posledica nizkih odhodkov v letu 2011 zaradi nezmožnosti plačila zapadlih obveznosti decembra 2011 in posledično prenosa plačil v leto 2012. V letu 2011 so bili v primerjavi z letom 2010 za 9 % manjši. Zmanjšanje teh odhodkov je bila v glavnem posledica manjših odhodkov za tekoče vzdrževanje. V letu 2010 so bili izdatki za blago in storitve za 3,7 % manjši od načrtovanih. V primerjavi z letom 2009 so bili za 10,5 % manjši, kar je bila v glavnem posledica manjših odhodkov za pisarniški in splošni material ter storitve. V letu 2009 so bili v primerjavi z letom 2008 za 8,1 % večji. Povečanje teh odhodkov je v glavnem posledica večjih odhodkov za računalniške storitve, za tekoče vzdrževanje strojne računalniške opreme, zaradi novega režima vzdrževanja celotne strojne opreme v letu 2009 (ZZZS 2013, 101).

*Investicijski odhodki* so znašali 3.087.114 evrov in predstavljajo izdatke za nakup osnovnih sredstev in investicijsko vzdrževanje. Ti izdatki so bili za 4,3 % manjši kot

leta 2011 in za več kot polovico manjši kot leta 2010, kar je izkaz varčevalnih ukrepov v javnem sektorju (ZZZS 2013, 103).

*Izdatki za plače in druge izdatke zaposlenim ter prispevki delodajalcev za socialno varnost* so bili v letu 2012 glede na leto 2011 realno manjši za 5,2 %, v primerjavi z letom 2010 so bili realno manjši za 3,3 %, v letu 2010 pa so bili v primerjavi z letom 2009 realno manjši za 3,5 %, v glavnem zaradi ukrepov Vlade Republike Slovenije na področju plač v javnem sektorju in manjšega števila zaposlenih. V letu 2009 so bili izdatki za plače ter prispevki delodajalcev za socialno varnost realno večji za 6,3 % v primerjavi z letom 2008, v glavnem zaradi odprave nesorazmerij plač v javnem sektorju za en plačni razred od 1. 1. 2009. Povprečno število zaposlenih ZZZS v letu 2012, preračunano na polni delovni čas, je bilo 876 oziroma 11 manj kot leta 2011, ko je bilo 887 zaposlenih, oziroma 15 manj kot leta 2010, ko sta bila zaposlena 902 delavca. V letu 2009 je bilo 905 zaposlenih (ZZZS 2013, 101). Kot lahko ugotovimo, se je število zaposlenih do leta 2011 večalo, nato pa je začelo upadati, zlasti zaradi prepovedi zaposlovanja v javnem sektorju.

Kot izhaja iz preglednice 3, so odhodki ZZZS znašali 2.338.135.242 evrov, od tega tekoči odhodki 42.197.703 evre (1,8 % delež vseh odhodkov), tekoči transferi 2.292.850.425 evrov (98,1 %) in investicijski odhodki 3.087.114 evrov (0,1 %). Odhodki so se glede na leto 2011 za malenkost zmanjšali. Najnižji stroški so bili leta 2008, ko so znašali 2.209.377.457 EUR, ti so se leta 2009 zvišali za 5,5 % (na 2.338.544.529) in ostali približno na tej ravni vse do leta 2012 (ZZZS 2013, 103).

ZZZS je v letu 2012 izkazal primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 18.629.245 evrov, ki ga je pokrtil s presežki iz preteklih let, hkrati pa je moral za uravnoteženo poslovanje zamakniti še plačilo dela zapadlih obveznosti iz decembra 2012 v leto 2013 v višini 63.975.638 evrov.

### Preglednica 3: Izkaz odhodkov ZZZS od leta 2008 do 2012

|  |               |               |                |               |               |
|--|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| Odhodki  | 2.209.377.457 | 2.338.544.529 | 2.346.849.949  | 2.338.878.794 | 2.338.135.242 |
| A) Tekoči odhodki                                  | 43.155.021    | 44.570.452    | 42.205.154     | 40.521.212    | 42.197.703    |
| I. Plače in drugi izdatki zaposlenim               | 21.379.220    | 22.930.278    | 22.519.089     | 22.145.149    | 21.503.606    |
| II. Prispevki delodajalcev za socialno varnost     | 3.441.309     | 3.694.115     | 3.622.897      | 3.565.832     | 3.515.040     |
| III. Izdatki za blago in storitve                  | 16.596.624    | 17.946.059    | 16.059.454     | 14.606.797    | 17.012.991    |
| IV. Plačilo domačih obresti                        | 2.008         | 0             | 33.714         | 203.434       | 166.066       |
| V. Plačilo tujih obresti                           | 0             | 32.105.259    | 0              | 0             | 0             |
| IV. Rezerve  | 1.735.860     |               | 0              | 0             | 0             |
| B) Tekoči transferi                                | 2.157.779.292 | 2.288.614.981 | 2.297.099.365  | 2.295.131.145 | 2.292.850.425 |
| I. Transferi posameznikom in gospodinjstvom        | 8213.531.636  | 213.815.701   | 235.571.845    | 230.307.638   | 240.046.730   |
| - Boleznine  | 199.306.961   | 199.823.828   | 220.650.227    | 214.992.087   | 223.440.506   |
| - Drugi transferi posameznikom                     | 199.306.961   | 13.991.873    | 14.921.618     | 15.315.551    | 16.606.224    |
| II. Transferi neprofitnim organiz. in ustanovam    | 362.546       | 371.189       | 349.092        | 391.952       | 150.268       |
| III. Drugi tekoči domači transferi                 | 1.930.406.336 | 2.060.764.351 | 2.045.525.0792 | 2.037.933.206 | 2.024.376.883 |
| - Tekoči transferi v sklade socialnega zavarovanja | 1.665.607     | 1.859.542     | 2.086.661      | 2.210.997     | 2.385.546     |
| - Tekoči transferi v javne zavode                  | 1.633.654.668 | 1.739.273.492 | 1.729.963.718  | 1.717.455.997 | 1.710.569.657 |
| - Tekoči transferi v državni proračun              | 16.816        | 18.986        | 21.361         | 22.646        | 24.383        |
| - Tekoča plačila drugim izvajalcem javnih služb    | 295.069.245   | 319.612.331   | 313.453.339    | 318.243.566   | 311.397.297   |
| IV. tekoči transferi v tujino                      | 13.478.774    | 13.663.740    | 15.653.349     | 26.498.349    | 3.087.114     |
| C) Investicijski odhodki                           | 8.443.144     | 5.359.096     | 7.545.430      | 3.226.437     | 3.087.114     |

Vir: Prikazi iz letnih poročil – ZZZS 2009, 78; ZZZS 2010, 85; ZZZS 2011, 84; ZZZS 2013, 84.

Sklepna ugotovitev je, da so se odhodki višali, kar ni spodbudno, saj so se prihodki nižali. Zvišanje je sicer zlasti posledica neplačila zapadlih obveznosti iz prejšnjega leta. Odhodki za službe in blago so se v primerjavi z letom 2011 nižali, zlasti zaradi zmanjševanja odhodkov za pisarniški material in računalniško opremo. Višanje odhodkov se je poskusilo zaustaviti tudi z zmanjševanjem investicij, ki so se od leta 2010 zmanjšale za več kot polovico. Odhodki za plače so se prav tako znižali, zlasti zaradi sprejetih ukrepov, vendar pa vsi ukrepi niso zadostovali, da bi prihodki presegli raven odhodkov.

## **5.6 Analiza dejavnikov, ki vplivajo na poslovanje**

Na poslovanje ZZZS vplivajo tudi zunanji dejavniki, na katere pravna oseba praviloma sploh nima vpliva, ter notranji dejavniki, na katere organizacija lahko vpliva. Na poslovanje lahko organizacije vplivajo z različnimi ukrepi, predvsem z iskanjem notranjih rezerv na vseh področjih poslovanja. V iskanju optimizacije poslovanja zavod uporablja različne varčevalne ukrepe, s katerimi zlasti znižuje stroške poslovanja.

Zavod v zadnjih letih poskuša optimizirati poslovanje, tako da zmanjšuje cene zdravstvenih storitev, te so se zmanjšale za 3 %. V maju 2012 so se znižala sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči, znižale so se tudi osnovne plače za 8 %. Na znižanje odhodkov ZZZS je pozitivno vplivala tudi v okviru ZUJF sprejeta določba, da se znižajo odstotni deleži zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS 2013, 98).

### **5.6.1 Zunanji dejavniki**

Neugodno gospodarsko in finančno stanje v državi vpliva na aktivnosti zdravstvene blagajne. Kot smo lahko razbrali iz preglednice 3, je zdravstvena blagajna leta 2009 začela črpati rezerve in jih je do danes tudi izčrpala. Prav zaradi črpanja rezerv in vse manjših prihodkov, ter povečanja odhodkov (nadomestila odsotnosti, medicinsko-tehnični pripomočki, mednarodne obveznosti) je bilo tako v letu 2011 kot v letu 2012 potrebno sprejetje rebalansa finančnega načrta ZZZS. Predlagana rebalansa finančnega načrta ZZZS je vlada zavrnila. Predlagani ukrepi zdravstvene blagajne so bili namreč usmerjeni izključno v varčevanje v bolnišnicah, kar bi seveda pomenilo, da bi se s predlaganimi ukrepi vsi presežni odhodki ZZZS prevalili izključno na bolnišnice in posledično zaradi njihovega negativnega poslovanja na državni proračun. Poleg navedenega ukrepa so se predlagani ukrepi ZZZS nanašali tudi na znižanje odhodkov za zdravstvene storitve po linearnem pristopu, kar za vlado v letu 2011 ni bilo sprejemljivo. Nesistemski ukrepi namreč lahko povzročijo slabšo dostopnost in poslabšanje kakovosti zdravstvenih storitev uporabnikov. V letu 2012 je ZUJF sprejel določbo, da se znižajo odstotni deleži zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

ZZZS po mnenju vlade ne izvaja ukrepov, ki bi lahko omogočili vzdržnost in finančno stabilnost ZZZS v prihodnje. Zato je vlada konec novembra 2011 sprejela nekatere ukrepe za stabilno finančno poslovanje ZZZS, ki v rebalansu finančnega načrta niso enaki tistim, ki jih je predlagal ZZZS. Sprejeti ukrepi temeljijo na usmeritvah in izhodiščih Nadgradnje zdravstvenega sistema do leta 2020, ki izboljšujejo konkurenčnost sistema preko hitrejšega uvajanja novih tehnologij, poudarjanja pomena osnovnega zdravstvenega varstva, preventive in neinstitucionalne oskrbe ter

racionalizacije administrativnega kadra v bolnišnicah ter spodbujanja mreže izvajalcev. Sprejeti ukrepi naj bi tako zagotavljali večjo dostopnost državljanov do zdravstvenih storitev. Globalna recesija je v poslovanje javnih zdravstvenih zavodov posegla praktično šele leta 2010.

### **5.6.2 Notranji dejavniki**

Poleg zunanjih dejavnikov na poslovanje zavoda vplivajo tudi številni notranji dejavniki. Zavod lahko na notranje dejavnike bolj ali manj vpliva. Kako uspešna bo organizacija pri tem, je odvisno predvsem od sposobnosti posloводства in od zavzetosti vseh zaposlenih. V predhodnem poglavju o odhodkih so bili prikazani najpomembnejši odhodki zavoda, ki predstavljajo najpomembnejše notranje dejavnike (kot so plače, prispevki delodajalcev, material, obresti, investicije ipd.), ki vplivajo na uspešnost in učinkovitost poslovanja zavoda.

### **5.7 Predstavitev in analiza poslovnega izida**

Kot je razvidno iz preglednice 4, se je poslovanje ZZZS v letih 2008 in 2011 zaključilo s presežkom prihodkov nad odhodki. Prihodki so tako v letu 2008 znašali 2.214.585.038 evrov, odhodki pa 2.209.377.457 evrov. V letih 2009, 2010 in 2012 je ZZZS leto zaključil s primanjkljajem oziroma presežkom odhodkov nad prihodki.

Primanjkljaj je v letu 2012 znašal 18.629.245 evrov. ZZZS ga je pokrila iz lastnih virov – iz sredstev na računu, to je iz še neporabljenih presežkov prihodkov nad odhodki, realiziranih v preteklih letih, ki so znašali 20,35 milijona evrov pred pokrivanjem primanjkljaja.

Zaradi izkazanega primanjkljaja prihodkov nad odhodki so se zmanjšala sredstva na računih, tako da je bilo na dan 31. 12. 2012 stanje teh sredstev 1.717.180 evrov.

Zaradi zmanjšanja sredstev na računih konec leta 2012 za pokrivanje izkazanega primanjkljaja ZZZS v letu 2012 sta bila zmanjšana rezervni sklad in splošni sklad.



## Preglednica 4: Izid poslovanja ZZZS od leta 2008 do 2012

| <b>A) Bilanca prihodkov in odhodkov</b>                      |                  |                    |                    |                  |                    |  |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|--|
| Prihodki   | 2.214.585.038    | 2.263.018.915      | 2.311.023.281      | 2.340.530.897    | 2.319.505.997      |  |
| Odhodki  | 2.209.377.457    | 2.338.544.529      | 2.346.849.949      | 2.338.878.794    | 2.338.135.242      |  |
| Presežek primanjkljaja                                       | 5.207.581        | -75.525.614        | -35.826.949        | 1.652.103        | -18.629.245        |  |
| <b>B) Račun finančnih terjatev in naložb</b>                 |                  |                    |                    |                  |                    |  |
| Prejeta vračila danih posojil in prodaja kapitalskih deležev | 16.838           | 5.958              | 297                | 0                | 0                  |  |
| Dana posojila in povečanje kapitalskih deležev               |                  |                    |                    |                  |                    |  |
| Prejeti minus dana posojila in sprememba kapitalskih deležev | 16.838           | 5.958              | 297                | 0                | 0                  |  |
| <b>C) Račun financiranja</b>                                 |                  |                    |                    |                  |                    |  |
| Zadolževanje   | 0                | 0                  | 0                  | 0                | 0                  |  |
| Odplačilo dolga  | 0                | 0                  | 0                  | 0                | 0                  |  |
| Neto zadolževanje  | 0                | 0                  | 0                  | 0                | 0                  |  |
| <b>Povečanje/ zmanjšanje sredstev na računu</b>              | <b>5.224.419</b> | <b>-75.519.656</b> | <b>-35.826.371</b> | <b>1.625.103</b> | <b>-18.629.245</b> |  |

Vir: Prikazi iz letnih poročil – ZZZS 2009, 86; ZZZS 2010; 94, ZZZS 2011, 102; ZZZS 2013, 102.

### 5.8 Ocena gospodarnosti in učinkovitosti

V obdobju 2005–2008 je bil delež prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP večji od deleža odhodkov (slika 4). ZZZS je tako s presežkom prihodkov nad odhodki v navedenih letih zadostil merilom gospodarnosti poslovanja oziroma je posloval gospodarno in učinkovito, saj so prihodki presegali odhodke. Tega pa ne moremo trditi za obdobji 2003–2004 in 2009–2010, ko je bil delež odhodkov v BDP večji od deleža prihodkov. Poslovanje v navedenih poslovnih letih torej ni bilo uspešno.

Delež prihodkov in odhodkov ZZZS v BDP je v obdobju 2010–2012 stagniral. V letu 2011 je opazen padec deleža odhodkov v BDP, ki je posledica prvega prenosa plačila zapadlih obveznosti v naslednje leto.

### 5.9 Analiza in predlogi za racionalizacijo poslovanja ter sklepne ugotovitve

ZZZS se je v letu 2012, tako kot že v obdobju 2009–2011, srečeval z neugodnimi trendi predvsem na prihodkovni strani, saj so bili prihodki od prispevkov za 16,4 milijona

evrov manjši od načrtovanih in celo za 22,8 milijona evrov manjši kot v letu 2011. V letu 2012 je ZZZS izpolnil zahtevo organov upravljanja ZZZS in obvezo iz Programa stabilnosti Vlade RS, da ob koncu leta 2012 ne bo zadolžen. Ob nespremenjenih prispevnih stopnjah in pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je kljub neugodnim ekonomskim razmeram zagotovil programe in storitve zdravstvenega varstva zavarovanim osebam v obsegu, ki ni bil manjši od leta 2011.

Izkazani primanjkljaj za leto 2012 v višini 18.629.245 evrov zmanjšuje lastne vire ZZZS (rezervni sklad in splošni sklad). Tako je imel ZZZS na dan 31. 12. 2012 le še za 1,7 milijona evrov sredstev na računih, in sicer v obliki denarnih sredstev na transakcijskem podračunu v sistemu EZRD, ki so v bilanci stanja izkazana na aktivni strani v postavki denarna sredstva (ZZZS 2013, 103).

Vendar pa je ZZZS prenesel plačila dela zapadlih obveznosti iz leta 2012 v leto 2013 v višini 64 milijonov evrov in s tem vplival na povečanje obveznosti ZZZS v letu 2013.

Skupni učinek vseh sprejetih ukrepov za zagotovitev finančno vzdržnega poslovanja ZZZS v obdobju 2009–2012 v višini okoli 442 milijonov evrov in ukrepi Vlade Republike Slovenije na področju plač v javnem sektorju ter sprejem ZUJF za zagotovitev vzdržnih javnih financ niso mogli v celoti nadomestiti izpada prihodkov od prispevkov zaradi slabšanja pogojev poslovanja ZZZS v obdobju 2009–2012 ter naraščanja nekaterih odhodkov (odhodki iz naslova mednarodnih sporazumov, nadomestila odsotnosti z dela, odhodki za zdravstvene storitve, v glavnem iz naslova povečanja plač kot kalkulativnega elementa cene, zaradi odprave plačnih nesorazmerij in skrajševanja čakalnih vrst).

Žal tudi napovedi poslovanja ZZZS do leta 2014 ne kažejo izboljšanja, zato je za dolgoročno stabilnost zdravstvenega sistema nujno treba zagotoviti sistemske spremembe.

## 6 ZAKLJUČEK

Eden od najpomembnejših podsistemov države je zdravstveni sistem, katerega temeljni cilj je skrb za čim boljše zdravje državljanov. Zdravstveni sistem se v zadnjih letih srečuje z oteženimi ekonomskimi, demografskimi in socialnimi spremembami, na drugi strani pa se z razvojem medicinske znanosti pojavlja vse več novih medicinskih metod in postopkov, ki zahtevajo vse večje finančne izdatke. Razvoj medicinske znanosti ter višje zahteve in pričakovanja prebivalstva povzročajo dodatne težave pri zagotavljanju potrebnih finančnih sredstev ZZZS.

V Sloveniji zdravstveni sistem temelji na Bismarckovem socialnem modelu. V letu 1992 je bil ta sistem bistveno spremenjen, in sicer je bil sistem nacionalnega zdravstvenega varstva zamenjan s sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvaja takrat na novo ustanovljeni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, katerega poslovanje je bilo predmet analize te diplomske naloge.

Namen diplomskega dela je bil na podlagi računovodskih izkazov analizirati poslovanje Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije v obdobju 2008–2012. Pri analizi prihodkov in odhodkov smo ugotovili, da so se celotni prihodki po letu 2008 nižali, odhodki pa pomembno povečali. Najbolj je na to povečanje vplival prehod na nov plačni sistem v javnem sektorju (z odpravo nesorazmerij), kar je posledično zahtevalo popravek cen zdravstvenih storitev in programov. Razkorak med prihodki in odhodki se kaže tudi v deležu odhodkov in prihodkov ZZZS v BDP. V obdobjih 2003–2004 in 2009–2010 je bil delež odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP večji od deleža prihodkov. Obdobje 2005–2008 je bilo obdobje konjunktore, ki je omogočilo, da je delež prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP presegel delež odhodkov. V tem obdobju je bila tudi upočasnjena rast odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP. K temu so prispevale še aktivnosti ZZZS pri porabi zdravil in zadrževanje rasti plač v javnem sektorju. Delež prihodkov in odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja v BDP je v obdobju 2010–2012 stagniral.

Razlika v prihodkih in odhodkih se kaže v poslovnem izidu. Poslovanje v letih 2008 in 2011 se je zaključilo s presežkom prihodkov nad odhodki. V letih 2009, 2010 in v letu 2012 je ZZZS leto zaključil s primanjkljajem oziroma presežkom odhodkov nad prihodki. Primanjkljaj je v letu 2012 znašal 18.629.245 evrov, ki ga je ZZZS pokrila iz lastnih virov. ZZZS je tako v leto 2013 vstopil brez primanjkljaja in zadolžitev.

Gospodarska kriza kot zunanji dejavnik pri poslovanju je dodobra načela tudi zdravstveni sistem, kar se kaže v poslovnih izidih ZZZS ter pri učinkovitosti in gospodarnosti poslovanja. Gospodarska kriza se je v zavodu začutila v letih 2009 in

2010, ko je zavod posloval s primanjkljajem, ki pa se je v letu 2010 za kar 50 % zmanjšal v primerjavi z letom 2009.

Prav zaradi primanjkljaja in posledično črpanja rezerv in vse manjših prilivov, ki so razvidni iz preglednice 3, ter povečanja odhodkov je bilo tako v letu 2011 kot v letu 2012 potrebno sprejetje rebalansa finančnega načrta ZZZS. Prav zaradi navedenega stanja je Vlada Republike Slovenije konec novembra 2011 sprejela nekatere ukrepe za stabilno finančno poslovanje ZZZS. Zavod je konec leta 2012 posloval z izgubo, ki pa jo je pokrtil iz lastnih virov ter tako izpolnil zahtevo vlade, da ne sme prenesti izgube v naslednje leto. Osnovne težave, ki se nanaša na presežek odhodkov nad prihodki, pa ZZZS na tak način ni rešil.

ZZZS se mora še vedno truditi v čim večji meri opravljati tudi tržno dejavnost ne glede na svojo izrazito negospodarsko usmerjenost zaradi pretežnega izvajanja javne službe. To je namreč način, da bo zavod v današnjih nezavidljivih gospodarskih razmerah pripravljen na potencialno poslabšanje položaja pri financiranju iz naslova javnih financ.

K izboljšanju poslovanja ZZZS lahko prispeva tudi sodelovanje ZZZS v slovenskih in mednarodnih projektih, ki predstavljajo pomemben vir sredstev. Na tem področju ima ZZZS precejšen potencial.

## LITERATURA

- Cvetko, Aleksej. 1992. *Zdravstveno zavarovanje po novem*. Ljubljana: Enotnost.
- Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Jaklič, Marko. 2004. Dilemmas and Opportunities of Voluntary Health Insurance. *Bančni vestnik* 4 (7/8): 66 – 70.
- Keber, Dušan et al. 2003. *Zdravstvena reforma (osnutek)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Kersnik, Janko. 2010. *Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Pregled stanja*. Kopenhagen: Ministrstvo za zdravje RS, Urad SZO.
- Koletnik, Franc. 2006. *Proučevanje (analiziranje) računovodskih izkazov*. Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta.
- Melavec, Dane, Franko Milost. 2003. *Računovodstvo*. Koper: Fakulteta za management.
- Miklavčič, Andreja. 1997. *Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji: problemi in perspektive*. Diplomsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Miles, David, Myles Gareth D. in Presto Ian. 2003. *The economics of Public spending*. Oxford: Oxford University Press.
- Oder, Majda. 2008. *Primerjava sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in izbranimi evropskimi državami*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska poslovna fakulteta.
- Strban, Grega. 2006. *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Cankarjeva Založba.
- Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Turk, Ivan, Kavčič Slavka, Kokotec – Novak Majda, Koželj Stanko in Marjan Odar. 2004. *Finančno računovodstvo*. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo.
- Žnidarič, Boris. 2004. *Zavarovalništvo in varnost. Zavarovalništvo kot mehanizem zagotavljanja varnosti posameznika v sodobni družbi*. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.

## VIRI

- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2009. *Poslovno poročilo za leto 2008*.  
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/\\$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS\\_23.03.2010.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/$FILE/poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS_23.03.2010.pdf) (11.10.2013).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2010. *Poslovno poročilo za leto 2009*.  
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/1b99c27fc5698ad2c12576ef0024a184/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202009\\_12.04.2010.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/1b99c27fc5698ad2c12576ef0024a184/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202009_12.04.2010.pdf) (11.10.2013).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2011. *Poslovno poročilo za leto 2010*.  
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20za%20leto%202010\\_18.4.2011.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20za%20leto%202010_18.4.2011.pdf) (11.10.2013).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2012. *Poslovno poročilo za leto 2011*.  
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/59d2866474ebc834c12579e500286886/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202011\\_19.4.2012.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/59d2866474ebc834c12579e500286886/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202011_19.4.2012.pdf) (11.10.2013).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2013. *Poslovno poročilo za leto 2012*.  
[http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b65eb118eac3df54c1257b1d003281de/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202012\\_po%20sprejemu%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dini%20ZZZS\\_3.4.2013.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/b65eb118eac3df54c1257b1d003281de/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZZS%20za%20leto%202012_po%20sprejemu%20na%20seji%20Skup%C5%A1%C4%8Dini%20ZZZS_3.4.2013.pdf) (11.10.2013).

## PRAVNI VIRI

- Pravilnik o opredelitvi pridobitne in nepridobitne dejavnosti. *Uradni list RS*, št. 109-5463/2007.
- Pravilnik o določitvi neposrednih in posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov. *Uradni list RS*, št. 46/2003.
- Zakon o davku od dohodka pravnih oseb (ZDDPO). *Uradni list RS*, št. 81/2013.
- Zakon o zavodih (ZZ). *Uradni list RS*, št. 12/1991.
- Zakon o javnih financah (ZJF). *Uradni list RS*, št. 11/2011-UPB4.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS*, št. 929/1998.
- Zakon o računovodstvu (ZR). *Uradni list RS*, št. 23/1999.