

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program Management

Diplomska naloga
UREJANJE POGODBENIH ODNOSOV
V ZDRAVSTVU

Mentor: Mag. BORIS MRAK

Obrađnavana organizacija: Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

KOPER, 2005

ALEKSANDRA VODOPIVEC

POVZETEK

V Sloveniji je bil leta 1992 sprejet povsem nov sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja, ki ima za osnovo partnerski način upravljanja s programom zdravstvenih storitev. To je sodoben, demokratičen način upravljanja, ki temelji na avtonomnosti in interesni organiziranosti področja zdravstvenega varstva. Država pri tem postavlja okvire in pravila, partnerji za dogovarjanje pa imajo pooblastila, da se vsako leto dogovorijo o obsegu in vsebini programov zdravstvenih storitev ter o izhodiščih za vrednotenje programov in ostalih osnovah za sklepanje pogodb med zdravstveno zavarovalnico in izvajalci zdravstvenih storitev. Pri procesu dogovarjanja gre za usklajevanje številnih, velikokrat nasprotujočih si stališč in interesov. Cilj naloge je spoznavanje priložnosti in pasti obstoječega modela, primerjalnih prednosti ter slabosti, kar je pomembno tako za visoki management kot za operative izvajalce v procesu pogajanja.

Ključne besede: zdravstvo, sistemi zdravstvenega varstva, proces pogajanj, zdravstvene storitve, partnersko dogovarjanje, sklepanje pogodb v zdravstvu

ABSTRACT

In 1992 Slovenia passed a radically new system of health care and insurance, founded on the management of the health service program run by partners. The current health care system is a modern, democratic way of management which is based on autonomy and on well-organized interests in the field of health care. Frames and rules are set by the state, consulting, however, is carried out by their partners. The partners are authorized to come to an agreement about the program extent and its contents of health services as well as the starting-points of the program evaluation and other bases for executing contracts between health insurances and suppliers of health services. In the process of negotiation numerous, not so rarely also contradictory, viewpoints of interests must be dealt with. The key objective of this thesis is to identify the opportunities and risks of the actual model and to comprehend its comparable benefits and drawbacks. This is vital not only for contractual management, but also for the effective performance of providers and purchasers.

Key words: system of health insurance, negotiation process, health services, partnership contractual arrangements, executing contracts in health care

UDK 347:368.02 (043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
2	Sistem zdravstvenega varstva	3
2.1	Definicija zdravja	3
2.2	Sistem zdravstvenega varstva	3
2.2.1	Globalna predstavitev sistema	3
2.2.2	Značilnosti sistema zdravstvenega varstva	4
2.2.3	Sistem zdravstvenega varstva v ožjem pomenu	4
2.2.4	Modeli sistemov zdravstvenega varstva	6
2.3	Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji	10
2.3.1	Zgodovinski pregled	10
2.3.2	Sistem zdravstvenega varstva po letu 1992	12
3	Partnersko dogovarjanje in sklepanje pogodb	15
3.1	Upravljanje sistema zdravstvenega varstva v Evropi	15
3.2	Dogovarjanje in sklepanje pogodb v Evropi	17
3.3	Partnerski način dogovarjanja v Sloveniji	19
3.4	Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva	21
3.5	Partnerji pri dogovarjanju in njihovi interesi	23
3.5.1	Država	25
3.5.2	Izvajalci zdravstvenih storitev	26
3.5.3	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)	26
3.6	Proces pogajanj	27
3.6.1	Splošni in področni dogovori	31
3.6.2	Načini financiranja izvajalcev	33
3.6.3	Potek partnerskega dogovarjanja 1992 – 2004	35
3.6.4	Analiza procesa dogovarjanja in potrebni ukrepi za izboljšanje	38
3.7	Sklepanje pogodb	42
3.7.1	Nadzor nad uresničevanjem določil pogodb	46
4	Sklep	47
	Literatura	51
	Viri	52

SLIKE

Slika 2.1 Učinki opravljanja zdravstvene dejavnosti:	5
Slika 2.2 Nacionalni zdravstveni sistem: komponente, funkcije in razmerje med njimi ..	6
Slika 3.1 Dvostopenjski proces partnerskega dogovarjanja	20
Slika 3.2 Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki 1993 - 2003	45

TABELE

Tabela 2.1 Merila za razvrščanje sistemov v modele	9
Tabela 3.1 Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva in njihovi interesi	22
Tabela 3.2 Temeljni koncepti pogajanj	28
Tabela 3.3 Vrednost programov 2004 po dejavnostih	32
Tabela 3.4 Primerjava uspešnosti različnih sistemov plačevanja	34
Tabela 3.5 SPIN analiza obstoječega modela dogovarjanja v Republiki Sloveniji	39

KRAJŠAVE

DRG	Diagnose Related Groups, skupine glede na diagnozo
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
RS	Republika Slovenija
SIS	Samoupravna interesna skupnost
SOZD	Sestavljena organizacija združenega dela
SPP	Skupine primerljivih primerov
TOZD	Temeljna organizacija združenega dela
WHO	World Health Organization, Svetovna zdravstvena organizacija
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Zahvaljujem se mentorju, mag. Borisu Mraku za usmeritve in pomoč pri pripravi diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki mi je omogočil predstavitev navedene teme.

1 UVOD

Cilj diplomskega dela je predstavitev urejanja odnosov med subjekti v sistemu zdravstvenega varstva, predvsem pa s teoretičnega in praktičnega vidika prikazati proces partnerskega dogovarjanja in sklepanja pogodb. Partnerski model je bil uveden z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju leta 1992 in pomeni sodoben način upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Predstavniki države, izvajalcev zdravstvenih storitev in zdravstvene zavarovalnice se v procesu demokratičnega dogovarjanja odločajo o obsegu in vsebini programa zdravstvenih storitev ter o izhodiščih za vrednotenje programov in ostalih osnovah za sklepanje pogodb med zdravstveno zavarovalnico in izvajalci zdravstvenih storitev. Dogovarjanje naj bi torej temeljilo na argumentih in ne na nestabilnih političnih opredelitvah.

V prvi fazi pogajanja se zakonsko opredeljeni partnerji dogovorijo o temeljnih odnosih in obsegu sredstev po zdravstvenih dejavnostih za obdobje enega leta, kar predstavlja okvir za sklepanje pogodb. Rezultat pogajanj so sprejeti splošni in področni dogovori. Po sklenitvi skupnih dogovorov sledi korak pripravljanja in sklepanja individualnih pogodb, kjer se natančno dogovorijo programi in druge podrobnosti za njihovo izvajanje. Na tem nivoju gre za neposreden, stalen stik med pooblaščenimi delavci Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev, zato je kvaliteta medosebnih odnosov zelo pomembna. Potreben je tudi stalen nadzor nad uresničevanjem pogodbenih določil.

Z nalogo želim kritično oceniti obstoječe procese dogovarjanja in sklepanja pogodb. Izhajam iz predpostavke, da je obstoječi model ustrezen, ker je demokratičen in sodoben. Hkrati ugotavljam, da prihaja v praksi velikokrat do neuspešnosti pogajanj, ko o spornih vprašanjih odloča vlada in se sklepajo pogodbe z veliko kasnitvijo šele v drugi polovici leta. Zato želim prepoznati prednosti in slabosti, priložnosti in nevarnosti obstoječega modela, razloge za težave, ugotoviti od kod izhajajo ter na osnovi tega spoznati možnosti za izboljšanje. Večja učinkovitost dogovarjanja torej pomeni stabilnejše delovanje sistema zdravstvenega varstva, kar je cilj vsakega sistema.

Razvoj le-tega je v Sloveniji šel skozi različne faze in spremembe. Prvi del naloge predstavlja pretežno teoretični vidik ter pomeni osnovo za prikaz aplikativnega dela, ki sledi.

Drugi del naloge je pretežno aplikativni in zajema glavno temo, to je prikaz in analizo partnerskih pogajanj. V evropskih državah so se pogajanja začela uporabljati kot orodje načrtovanja in upravljanja. Ugotovili so, da ta način v primerjavi s tradicionalnimi mehanizmi omogoča bolj učinkovito razporeditev denarnih sredstev in s tem boljše doseganje ciljev zdravstvene politike.

V Sloveniji smo z reformo leta 1992 uvedli Bismarckov model obveznega zdravstvenega zavarovanja in nov, dvostopenjski partnerski način upravljanja programov zdravstvenih storitev, ki ga je bilo potrebno še razviti .

V zdravstvenem sistemu delujejo številni udeleženci in subjekti, ki imajo vsak svoje interese. Pri urejanju odnosov gre za pogajalski proces, ki si zasluži posebno obravnavo spričo njegove kompleksnosti. Sistem financiranja programov zdravstvenih storitev je eden od poglobitnih značilnosti modela celotnega sistema. To je tudi razlog, da ga posebej analiziram.

Specifičnost sistema je tudi ta, da ponudnik storitev (izvajalec) in uporabnik (zavarovanec, pacient) nista v neposrednem pogajalskem odnosu. Pacienti torej niso subjekti v pogajanju.

Metoda dela je opisno analitični pristop in prikaz možnih smeri ter razvoj nadaljnega procesa dogovarjanja. Kot metoda je v teoretičnem delu uporabljena metoda deskripcije, v aplikativnem delu pa poleg opisnega načina tudi metoda kompilacije. Na osnovi pridobljenih znanj s področja managementa, z uporabo strokovne literature ter na osnovi spoznanj iz dosedanjega urejanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in v Evropi in lastnih delovnih izkušenj želim prikazati vzroke določenih pojavov oz. odnosov v procesu dogovarjanja. S prikazom in analizo teh pojavov lahko ugotovljamo njihovo medsebojno odvisnost, predvsem pa učinkovitost in skladnost delovanja.

Podatki, ki jih navajam v diplomskem delu, so pridobljeni iz primarnih in sekundarnih virov, to je poslovnih poročil, knjig in publikacij.

Zaradi obsežnosti teme delovanja zdravstvenega sistema, njene specifičnosti, vplivnosti širšega družbenoekonomskega in socialnega okolja je obravnavo omejena le na dejavnike, ki neposredno vplivajo na dogovarjanje in sklepanje pogodb za programe zdravstvenih storitev. Naloga obravnava predvsem sistem razdeljevanja sredstev, medtem ko je prihodkovna stran, ki je predpogoj za delitev, izvzeta iz podrobne obravnave. Omejitve obravnavanja je tudi pri definiciji zdravstvenega varstva, ki ga opredeljujem predvsem v ožjem pomenu besede. Osredotočena je predvsem na vrednotenje programov zdravstvenih storitev in se z vprašanji ostalih stroškov zdravstvene dejavnosti (za zdravila, medicinsko tehnične pripomočke, zdravljenje v tujini,...) in denarnimi dajatvami (nadomestila odsotnosti, povračila) ne ukvarja.

Predmet obravnave je torej sistem zdravstvenega varstva kot celota, pri čemer z nalogo proučujem notranje procese opredeljevanja programov zdravstvenih storitev in razdeljevanja potrebnih sredstev zanje. Za ta namen podrobneje proučim tudi tiste elemente in značilnosti sistema, ki bistveno vplivajo na obravnavane procese.

2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

2.1 Definicija zdravja

Za vsakega človeka je zdravje temeljna dobrina, saj je pogoj za kakovost njegovega življenja in dela. Ker gre za neko občutje, ki ga vsak posameznik drugače zaznava in izraža, je zdravje človeka zelo relativen pojem. Na občutje zdravja posameznika vpliva tako fizično kot tudi psihično počutje v določenem okolju in času. Predvsem je pogojeno s pričakovanji, ki so plod kulture, izobraženosti ali dostopnosti zdravstvenih storitev. Le zdrav človek je lahko aktiven in ustvarjalen, zato predstavlja zdravje tudi ekonomski potencial vsake države.

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je zdravje »stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali oslabelosti« (Toth, 2003, 14-15). S to definicijo je pojem zdravja opredeljen zelo široko, saj na zdravje dejansko vpliva vse družbeno in socialno okolje, v katerem živimo.

Po Denverjevem modelu naj bi bilo zdravje v veliki meri (kar 43 odstotkov) odvisno od življenjskega stila oz. načina življenja (Denver v Letica, 1989, 24-25), zato lahko posamezniki veliko vplivamo na svoje zdravje. Povezovanje in usklajeno delovanje ljudi s skupnim ciljem doseganja boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva, predstavlja sistem zdravstvenega varstva.

2.2 Sistem zdravstvenega varstva

2.2.1 Globalna predstavitev sistema

Sistem je po teoriji definiran kot celota, ki jo sestavlja več različnih delov, ki so medsebojno odvisni in povezani in zasledujejo isti skupni cilj. »Za delovanje dobiva sistem vložke iz okolja (ljudje, snovi, energija, informacije), pa tudi iz sebe, delovanje poteka kot proces preoblikovanj, posledica tega pa so izidi, zopet znotraj sistema in v okolje« (Kralj 2003, 41). Za uravnoteženo delovanje sistema je pomembno, da so sestavine skladne in da udeleženci delujejo k skupnemu cilju.

Definicij sistema zdravstvenega varstva je več. Opredelitev v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je naslednja: »Zdravstveno varstvo po tem zakonu obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, 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« (Uradni list RS, št. 9/92).

Letica povzema po Fieldu dve opredelitvi sistema zdravstvenega varstva. Po prvi je zdravstveni sistem opredeljen kot specializiran družbeni podsistem, ki se ukvarja z

biološkimi in psihološkimi motnjami in problemi človeka kot posameznika ter širših družbenih skupin prebivalstva, ki so poznani kot »pet D«, to so: smrt (death), bolezen (disease), nesposobnost (disability), neugodje (discomfort) in nezadovoljstvo (dissatisfaction). Ekonomsko bolj podkrepjena opredelitev pa je, da je sistem zdravstvenega varstva družbeni mehanizem, ki spreminja splošne vire in inpute v specializirane outpute kot zdravstvene storitve, usmerjene na zdravstvene probleme dane družbe (Field 1973, po Letica 1989, 129, 134).

2.2.2 Značilnosti sistema zdravstvenega varstva

Sistem zdravstvenega varstva je zelo kompleksen organizacijski sistem, ki ga je potrebno nenehno upravljati. Grajen je z namenom da bi zadovoljeval določene potrebe prebivalstva. Cilj sistema zdravstvenega varstva je doseganje boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva in izboljšanje kakovosti življenja ljudi. Je izredno dinamičen sistem, ki se stalno spreminja ter prilagaja spremembam v notranjem in zunanjem okolju. Kljub temu da gre po definiciji za enega velikih sistemov, katerih značilnost je togost.

Zaradi številnih elementov spada sistem zdravstvenega varstva med sestavljene in zapletene organizacijske elemente, kar povzroča težave pri upravljanju in proučevanju delovanja posameznih podsistemov. Je odprt sistem za okolje, zato je zelo težko napovedovati njegovo obnašanje v prihodnosti. Je družbeni sistem, v katerega se vključujejo različne skupine ljudi z različnimi interesi, zahtevami in pričakovanji, ki so lahko materialni kakor tudi idejni. Močno so prisotni tudi vplivi politične moči.

Sistem zdravstvenega varstva je v svojem delovanju dokaj močan, saj s svojimi spremembami pomembno vpliva na družbeno-ekonomsko okolje. Na vsako njegovo spremembo se okolje silovito odziva. Je sorazmerno velik porabnik sredstev in vlaganja v zdravstveno varstvo vsako leto še naraščajo. Za delovanje sistema zdravstvenega varstva je potrebno usklajeno delovanje vseh temeljnih elementov, ki so po Česnu naslednji: zdravstvena politika, zdravstvena dejavnost in zdravstveno zavarovanje. Ti predstavljajo jedro, njihovo podporo pa predstavlja izobraževanje, usposabljanje in medicinska znanost ter zdravstvena tehnologija (Česen 1998, 10).

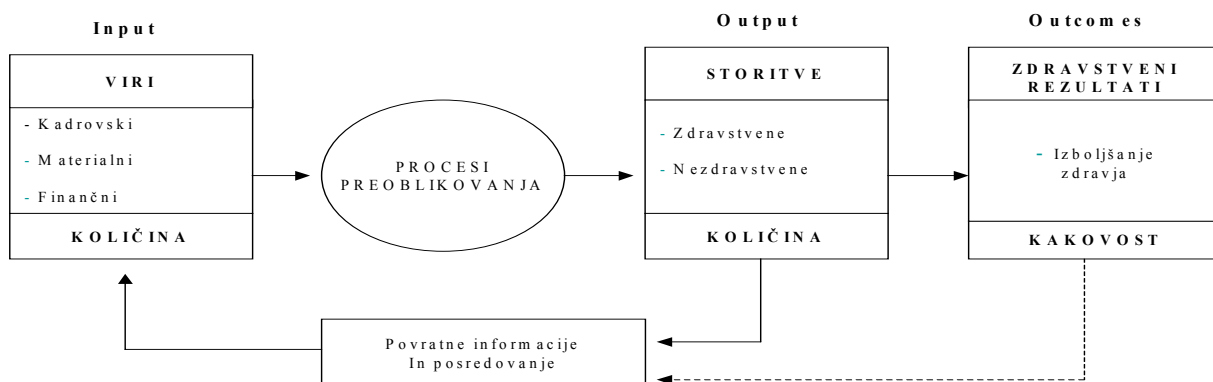
Zaradi prepletanja z drugimi sistemi je težko obravnavati pojem zdravstvenega varstva v širšem smislu, zato se pri strokovnih analizah proučuje oz. osredotoči na ožja področja zdravstvenega varstva ali podsisteme.

2.2.3 Sistem zdravstvenega varstva v ožjem pomenu

Definicija zdravstvenega varstva v ožjem smislu poudarja vlogo zdravstvene dejavnosti kot eno izmed najbolj vidnih in razpoznavnih dejavnosti, to je izvajanje zdravstvenih storitev. Učinki opravljanja zdravstvene dejavnosti (slika 2.1) so nematerialni in so večinoma nemerljive narave. Zato zelo težko definiramo učinkovitost

sistema zdravstvenega varstva glede na vložene izdatke za zdravstveno varstvo na kratek rok.

Slika 2.1 Učinki opravljanja zdravstvene dejavnosti:



Vir: Česen 1998, 14.

Temeljno vprašanje je ali vlaganja v vhodne elemente - vire prinašajo tudi ustrezne rezultate – izboljšanje zdravja prebivalstva. Analize kažejo, da povečevanje vlaganj v zdravstveno varstvo nima vedno neposrednega vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja ljudi oziroma da je ta vpliv komaj zaznaven. Svenškova v svoji analizi ugotavlja, da na zdravstveno stanje veliko bolj vpliva množica dejavnikov iz socialnega, ekonomskega in naravnega okolja kot pa investiranje v zdravstvo (Svenšek 1995, 25).

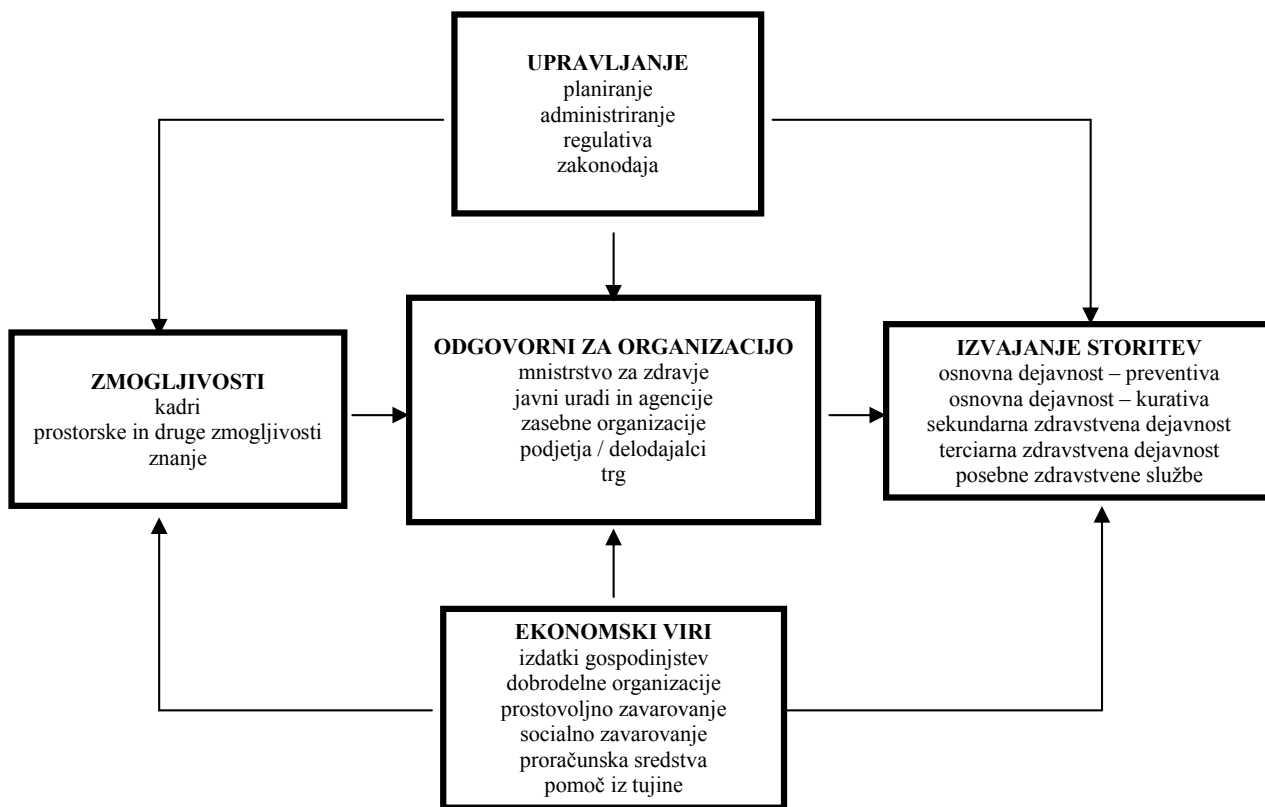
Za večino zdravstvenih storitev veljajo naslednje značilnosti, ki izhajajo iz opredelitve storitev: procesnost, neotipljivost, neobstojnost, neposrednost odnosa med izvajalci in uporabniki (sočasnost izvajanja), participiranje uporabnikov v izvajanju, variabilnost, visoka kompleksnost in visoka divergentnost. Zaradi navedenih značilnosti nastajajo problemi pri oblikovanju, organiziranju, vrednotenju, izvajanju in nadzoru izvajanja storitev. Zelo težko se s strani vseh sodelujočih in zunanjih udeležencev meri kakovost in učinkovitost posamezne storitve ali procesa. Poudariti je potrebno, da uporabniki v večini primerov laično ocenjujejo kvaliteto opravljene storitve, zelo subjektivno, glede na občutene rezultate posameznika. Pomanjkanje znanja s strani pacientov omogoča zdravniku, da vpliva hkrati na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Snoj navaja, da so » za storitvene organizacije problemi predvsem pri specifikiranju procesnih sestavin storitev (na primer prijaznost osebja), ki jih ni možno natančno opredeliti in pri njih tradicionalne raziskovalne metode niso uporabne. Zato tržniki vežejo standarde na merljive vrednosti, kot na primer na povprečen čas odjemalčevega čakanja na storitev in podobno, saj je to najlažji, vendar vprašljiv način za merjenje kakovosti« (Snoj 1998, 168-169). Z raziskavo o kakovosti storitev so Parasuraman, Zeithaml in Berry ugotovili deset najpomembnejših dimenzij

kakovosti storitev, ki so: zanesljivost, pripravljenost osebja, strokovnost, dostopnost, uslužnost, komuniciranje, zaupanje, varnost, razumevanje in poznavanje odjemalcev ter fizična podpora (Snoj 1998, 162). Vse te dimenzije veljajo tudi za ocenjevanje kakovosti zdravstvenih storitev. Pomembnost posamezne določi odjemalec glede na lastno oceno. Bistvena je ugotovitev, da je zaznana kakovost storitev opredeljena kot razlika med pričakovanji in zaznavami odjemalca.

2.2.4 Modeli sistemov zdravstvenega varstva

Vsi nacionalni sistemi zdravstvenega varstva v ožjem smislu zajemajo naslednja področja: zagotavljanje zmogljivosti in virov za delo, posebno organizacijo, ekonomske vire, način upravljanja in izvajanje zdravstvenih storitev. Navedena področja in razmerja med njimi so prikazana na sliki 2.2.

Slika 2.2 Nacionalni zdravstveni sistem: komponente, funkcije in razmerje med njimi



Vir: Toth 2003, 101 (povzeto po Roemerju 1991, 79).

Vsaka od navedenih področij je v posameznih nacionalnih sistemih različno urejena, ima svoje posebnosti in različno osnovo razvoja. Razlike so posledica razvitosti gospodarstva, šolstva, demografskih značilnosti, tradicije, kulture in razvitosti družbe

kot celote. Vse države pa imajo isti cilj: z danimi možnostmi doseči najboljše možno zdravstveno stanje prebivalstva. Kljub vsem raznolikostim elementov imajo ti sistemi nekatere skupne značilnosti, po katerih jih razvrščamo. Npr. glede na kriterij zagotavljanja finančnih virov (Toth 2003, 143-145) razlikujemo štiri modele:

- **tržni ali podjetniški sistemi**, katerih značilnosti so: veljavnost tržnih zakonitosti, profitni princip delovanja izvajalcev, več kot polovica sredstev za financiranje predstavljajo privatna sredstva, ni solidarnosti med prebivalci, zelo majhna vloga države, socialni programi le za majhno število ljudi; tipičen predstavnik so Združene države Amerike, Južna Koreja, Južna Afrika;
- **socialno naravnani sistemi**, za katere je značilno, da: je država prevzela financiranje dejavnosti ali uvedla obvezno zdravstveno zavarovanje. V razvitejših državah so storitve dostopne večjemu delu prebivalstva, izločene so le osebe z najvišjimi dohodki, izvajalci so javni in zasebni; tipične predstavnice so Nemčija, Francija, Nizozemska, Belgija, Japonska, Avstralija;
- **komprehenzivni sistemi**, za katere je značilno: dostopnost do zdravstvenih storitev zagotovljena celotnemu prebivalstvu brez izjeme in brez neposrednega plačila stroškov, pretežno javna služba, zelo dobro organizirani sistemi, predvsem bogatejše države, dobro razvite zdravstvene zmogljivosti; tak sistem imajo skandinavske države ter Velika Britanija, Nova Zelandija, Italija, Grčija, Španija, pa tudi Slovenija;
- **socialistični sistemi**, njihove značilnosti so: centralno planiranje in nadzor nad sistemom, financiranje iz državnega proračuna, država je prevzela vse zdravstvene zmogljivosti in osebje, zasebnitvo ni dovoljeno; take sisteme so povzele vse vzhodnoevropske države in izvenevropske države, ki so bile povezane s Sovjetsko zvezo. Po razpadu socialističnega političnega sistema države spreminjajo tudi sistem zdravstvenega varstva.

Zaradi različnih gospodarskih, družbenih in političnih dejavnikov, ki so vplivali na nastajanje in razvijanje sistemov zdravstvenega varstva, obstajajo med njimi razlike glede financiranja, upravljanja in organizacije, kroga upravičencev do posameznih pravic in podobno.

Za **Evropo** je značilno, da so tu nastajali prvi sistemi zdravstvenega varstva nasploh in se od tu z različnimi spremembami širili na druge kontinente. V Evropi poznamo vse omenjene tipe sistemov zdravstvenega varstva z izjemo tržnih sistemov. Za zdravstvene sisteme v Evropi je značilno, da imajo zelo poudarjeno socialno razsežnost, zdravstvene storitve so zagotovljene iz javnih financ za pretežni del prebivalstva. Prevladujoči so trije modeli, poimenovani po njihovih predlagateljih in sicer: Bismarckov model zdravstvenega zavarovanja, Beveridgev model in Semaškov model. Temeljne značilnosti posameznih modelov so naslednje (povzeto po Tothu 2003, 145-149):

Bismarckov model socialnega zavarovanja

V Nemčiji je bil na pobudo kanclerja Bismarcka proti koncu 19. stoletja sprejet zakon o obveznem zavarovanju za delavce. To je bil prvi zdravstveno – zavarovalniški sistem na svetu. Kasneje se je zavarovanje širilo tudi na druge skupine prebivalcev. V določenem številu držav imajo posamezne skupine ljudi lastna socialna zdravstvena zavarovanja, v drugih so vsi vključeni v enotno zdravstveno zavarovanje. V Nemčiji in na Nizozemskem se niso dolžne zavarovati osebe, ki presegajo zakonsko določen prag letnih prihodkov. V tem sistemu država določa obveznost vseh državljanov, da se zavarujejo za tveganje, ki ga prinašajo bolezni in poškodbe. Vsi, ki imajo kakršne koli dohodke pa so dolžni plačevati prispevke za kritje teh tveganj. Plačujejo jih delodajalci in delojemalci v enakem deležu.

V takšnih ureditvah so nosilci zavarovanja »bolniške blagajne«, ki delujejo po načelu solidarnosti oz. vzajemnosti. Upravljajo jih predstavniki delodajalcev in delojemalcev, ki so plačniki prispevkov in imajo relativno visoko stopnjo samostojnosti v izvajanju zdravstvenega zavarovanja. Pomembno je, da so bolniške blagajne sčasoma prevzele tudi nalogo pogajanj o cenah s predstavniki oz. združenji izvajalcev (zdravnikov, bolnišnic, lekarn) ter v nekaterih primerih tudi o plačah in drugih pogojih izvajanja zdravstvenih storitev. Okvire in pravila igre v pogajalskih postopkih določa država. Izvajalci, s katerimi se sklepajo pogodbe, so tako javni kot zasebni. Za Bismarckov model je značilno, da predstavlja tipično partnersko upravljanje sistema zdravstvenega zavarovanja. Obvezno zdravstveno zavarovanje imajo poleg Nemčije še Avstrija, Francija, Belgija, Luksemburg, Nizozemska, Češka in Slovenija.

Beveridgev model

Vzpostavljen je bil leta 1948 v Veliki Britaniji. Po Beveridgevem predlogu so vsi prebivalci pridobili možnost uveljavljanja zahtev po zdravstvenih storitvah iz državnih sredstev. Vzpostavljena je bila nacionalna zdravstvena služba, ki financira investicije v zmogljivosti in stroške zdravstvenih storitev. Na primarni ravni delujejo zasebni splošni zdravniki, ki so v pogodbenem odnosu z nacionalno zdravstveno službo in so plačani glede na opredeljene osebe. Bolnišnice so predvsem javne. Sistem se financira iz proračunov države in lokalnih oblasti, ki se zbirajo z davki, odločitve o deležu sredstev za zdravstveno varstvo pa sprejema parlament. Ta ima velik vpliv tudi na odločitve v zvezi s pravicami državljanov in v zvezi z mrežo zdravstvenih zmogljivosti. Država področje zdravstvenega varstva sama ureja, organizira, vodi in nadzira. Odločitve sprejema najvišja raven, nižje ravni imajo predvsem izvedbeno in nadzorno funkcijo na svojih območjih. Tak model ima večina držav Evropske unije: Velika Britanija, Irska, Islandija, Norveška, Švedska, Finska in Danska.

Semaškov model

Razvil se je v prvi polovici 20. stoletja v nekdanji Sovjetski zvezi, ko je bila uvedena socialistična družbena ureditev. Za ta model je značilna skupna lastnina, zasebna zdravstvena dejavnost ni dovoljena. Vsi državljani imajo pravico do zdravstvenih storitev brez neposrednega plačevanja ali doplačila. Vsa pooblastila nad celotnim delovanjem sistema ima le vlada, razvoj poteka v skladu s centralnim vladnim planom. Izvajalci zdravstvenih storitev so javni uslužbenci. Ta model so po drugi svetovni vojni prevzele vse vzhodnoevropske države. Po padcu socialističnega sistema pa so te države začele reformirati področje zdravstvenega varstva in se nagibati k uvedbi Bismarckovega modela, tako da so njihove sedanje ureditve mešanice omenjenih dveh modelov.

Področja nacionalnih sistemov se stalno spreminjajo, reformirajo in so lahko tudi v prehodni fazi razvoja. Opisani modeli so teoretično čisti in jih v praksi ne najdemo. Dejansko stanje so sistemi, ki vsebujejo različne kombinacije elementov teoretično zastavljenih modelov. V določene modele jih lahko razvrščamo le po prevladujočih elementih. Podrobnejši prikaz meril za razvrščanje sistemov v modele je podan v tabeli 2.1.

Tabela 2.1 Merila za razvrščanje sistemov v modele

	Bismarckov model	Bederidgev model	Semaškov model	tržni (podjetniški) model
financiranje	prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev	davki, proračuni države, dežel, lokalnih skupnosti	centralni, državni proračun	zasebne zavarovalnice, zasebna sredstva
upravljanje	samoupravno, v njem sodelujejo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb	državni organi ali upravni organi na nižjih ravneh	centralna vlada oziroma ministrstvo za zdravstvo	zasebna združenja, agencije
sprejemanje odločitev o pravicah zavarovancev	organi upravljanja bolniških blagajn v okvirih, ki jim jih določa zakon	državni organi	državni organi	ni pravic, vse temelji na načelih ponudbe in povpraševanja
vklučenost (obveza) prebivalstva v sistem	vse prebivalstvo, ponekod so izločene le nekatere skupine	vse prebivalstvo	vse prebivalstvo	obveznosti zavarovanja ni
solidarnost, vzajemnost	absolutna	absolutna	absolutna	ne obstaja
planiranje področja	država in nosilci zavarovanj	država	država	namesto plana deluje trg

Vir: Toth 2003, 148.

2.3 Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji

2.3.1 Zgodovinski pregled

Pregled razvoja sistema zdravstvenega varstva je povzet po Tothu, 2003, 431-465 in osnutku Zdravstvene reforme, 63-65.

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji se je skozi zgodovinski razvoj spreminjal glede na družbeno politične in druge spremembe in je prešel v različnih obdobjih vse tri prikazane modele.

Slovenija je bila v 19. stoletju del Avsto-Ogrske, zato se je zdravstveno varstvo razvijalo po zakonih, ki so veljali takrat za celotno deželo. Začetki socialne zaščite segajo v leto 1854, ko je bilo z zakonom uvedeno obvezno zavarovanje rudarjev in topilniških delavcev, kasneje pa tudi za železničarje. Leta 1888 je avstrijski državni zbor sprejel zakon o delavskem bolniškem zavarovanju, ki je bil objavljen tudi v slovenščini. Zakon je dovoljeval ustanavljanje okrajnih, obratnih, zadružnih, »gradbenih« in društvenih bolniških blagajn, s katerimi so upravljali delavci in delodajalci v razmerju 2:1. To razmerje je bilo postavljeno glede na prispevana sredstva (dve tretjini delavci, eno tretjino delodajalci). Že naslednje leto je bila v Ljubljani ustanovljena prva okrajna bolniška blagajna, ki so ji kmalu sledile še druge v večjih slovenskih mestih. Okrajne blagajne so se združevale v zveze bolniških blagajn, ki so imele pooblastila za sklepanje pogodb z zdravniki, lekarnami in bolnišnicami ter za ustanavljanje skupnih zdravstvenih zmogljivosti. Do leta 1918 je bila zdravstvena služba zasebna, delovala je predvsem v mestih.

Prva svetovna vojna je delovanje prekinila. Že leta 1919 je bila v Ljubljani ustanovljena Okrajna bolniška blagajna za Slovenijo, ki je nasledila bivše bolniške blagajne. Novonastala država Kraljevina Jugoslavija je začela z reformo in leta 1922 uvedla centralistično upravljanje sistema socialnega zavarovanja. Zakon o zavarovanju delavcev je uvedel obvezno in enotno zavarovanje za vse delavce, razen za brezposelne. Edini nosilec vseh vrst socialnih zavarovanj je postal Osrednji urad za zavarovanje delavcev s sedežem v Zagrebu. V začetku tridesetih let je oblast zaradi naraščanja potreb začela ustanavljati nove bolnišnice ter lastne ambulatorije. Ti t.im. ambulatoriji so bili dobro opremljeni in boljše usposobljeni kot zasebni zdravniki. V tem obdobju se je na področju osnovnega varstva organizirala mreža zdravstvenih domov po konceptu zagrebškega profesorja Andrije Štamparja, ki so začeli razvijati dispanzerski način zdravljenja z večjim poudarkom na preventivi. Po tem konceptu so zdravstveni domovi v Sloveniji še danes zgledno organizirani.

Po drugi svetovni vojni je področje socialnega zavarovanja prevzela država. Ustanovljen je bil Državni zavod za socialno zavarovanje kot neposredni izvajalec zavarovanj delavcev v celotni državi. Financiranje socialnega zavarovanja je potekalo s

prispevki, ki so se plačevali v proračun. To je bilo obdobje administrativnega socializma, kjer ni bilo samouprave, značilne za socialna zavarovanja. Izvajalci so bili financirani iz zveznega proračuna (Semaškov model). V tem času kmetje, samozaposleni in obrtniki niso bili vključeni v obvezno socialno zavarovanje, ki je vključevalo pokojninsko, invalidsko, zdravstveno in porodniško zavarovanje.

Že leta 1952 so bili ponovno ustanovljeni zavodi za socialno zavarovanje, ki so prevzeli izvajanje socialnega zavarovanja od državne uprave. Postali so samostojni zavodi in imeli so na voljo lastna finančna sredstva. S tem se je spremenil tudi status in financiranje izvajalcev, katerim se je ponovno plačevalo opravljene storitve. Zdravstveni zavodi so začeli poslovati samostojno v okviru ustvarjenega dohodka.

Od leta 1955 dalje zakonodaja ločuje zdravstveno zavarovanje od ostalih vej socialnega zavarovanja. Ločeni so bili tudi skladi. Vzpostavila so se ločena zavarovanja za delavce, javne uslužbenke, obrtnike in samozaposlene. Za različne vrste zavarovanja so veljale različne prispevne stopnje. Leta 1961 je bilo uvedeno zdravstveno zavarovanje kmetov (komprehenzivni sistem, zavarovanje za vse). Kmetje so pridobili pravico do osnovnega zavarovanja v celoti, za določene storitve pa le delno na račun socialnega zavarovanja. Zakon o zdravstvenem zavarovanju je leta 1962 določil, da se prispevki zbirajo v skladih zdravstvenega zavarovanja komunalnih skupnosti. Uvedena je bila tudi participacija pri uveljavljanju določenih storitev. V začetku sedemdesetih let so bila določena merila za sklepanje pogodb med komunalnimi skupnostmi in zdravstvenimi zavodi, ki so zajemala pogodbeni program storitev, ceno, celotni program, pogoje, roke in nadzor.

Po letu 1970 se je začelo »delavsko samoupravljanje«, ki se je odražalo tudi v zdravstvenem sistemu. Leta 1972 je prišlo do združitve delavskega in kmečkega zavarovanja, obenem pa je bil uveden sistem nacionalnega zdravstvenega varstva. V teh letih so nastale samoupravne interesne skupnosti (SIS) za različna področja, tudi za zdravstvo in sicer na treh nivojih: občinski, medobčinski in republiški. Pogodbe so sklepale občinske skupnosti za osnovno in lekarniško dejavnost, medobčinska (regijska) skupnost pa za bolnišnično dejavnost. Izvajalci pa so se po letu 1980 organizirali v temeljne organizacije združenega dela (TOZD) in sestavljene organizacije združenega dela (SOZD). V tem obdobju je bila izdana »zelena knjiga«, to je katalog zdravstvenih storitev, ki je zajemal kadrovske normative, časovne normative ter preračun v točkovne vrednosti. Prilagojen je bil takratni tehnološki usposobljenosti in je veljal v celotni Sloveniji s predpostavko, da velja v okviru planskih sredstev. Ta sistem evidentiranja se deloma uporablja še danes. Uvedena je bila tudi medobčinska in republiška solidarnost, ki je do določene mere omilila razlike v razvitosti občin in regij.

Sledilo je obdobje visoke inflacije in zadolževanja. Zaradi težav s financiranjem zdravstva je država leta 1989 posegla v poslovanje z interventnimi predpisi, vse naloge

je prevzela Republiška uprava za zdravstveno varstvo kot državni organ Ministrstva za zdravstvo. Razpuščeni so bili vsi organi upravljanja, vse odločitve je sprejemala vlada oz. Ministrstvo za zdravstvo. V tem prehodnem obdobju so bili vsi izvajalci enakomerno financirani glede na razpoložljiva sredstva.

Analiza zdravstvenega sistema v obdobju pred reformo kaže na veliko pomanjkljivosti. Decentralizirana organiziranost je povzročila veliko problemov: nepreglednost zdravstvene politike, nekoordiniran razvoj regij, porast stroškov, nenadzorovano rast števila zdravstvenih delavcev, neusklajena vlaganja, preobsežnost pravic glede na možnosti. Poleg tega sistem ni imel spodbud za varčno obnašanje uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev. Kljub navedenim slabostim je opisani sistem zagotavljal dokaj visoko zdravstveno in socialno varnost, saj so bili v obvezno zdravstveno varstvo vključeni vsi prebivalci. Poleg tega je bilo to obdobje dobro razvejane mreže javne zdravstvene službe, s tem pa zagotovljena dobra dostopnost zdravstvenih storitev. Izvajalci so sledili razvoju medicinske tehnologije v svetu. Letica o tem navaja: »Stopnja in oblike politizacije zdravništva, medicine in zdravstva so bile v obdobju komunizma ali samoupravljanja obredne, simbolične in nepomembne« (Letica 1999, 152). Predvsem je potrebno poudariti razvoj primarnega zdravstva (dispanzerskega načina zdravljenja), ki je razvil visok nivo preventivne dejavnosti, zlasti za otroke, mladino, ženske v rodni dobi in nekatere skupine z dolgotrajnimi boleznimi, kar je bil vpliv šole Andrije Štamparja.

2.3.2 Sistem zdravstvenega varstva po letu 1992

Po osamosvojitvi je prišlo tudi do sprememb na področju zdravstvenega varstva. Marca 1992 je bila v okviru reforme sprejeta nova zakonodaja: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92), Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) in Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92). Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predstavlja krovni zakon, ki »ureja sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, določa nosilce družbene skrbi za zdravje in njihove naloge, zdravstveno varstvo v zvezi z delom in delovnim okoljem, ureja odnose med zdravstvenim zavarovanjem in zdravstvenimi zavodi ter uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja« (Uradni list RS, št. 9/92). Zakon o zdravstveni dejavnosti »ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javno zdravstveno službo ter povezovanje organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja«. (Uradni list RS, št. 9/92). Zakon o lekarniški dejavnosti opredeljuje subjekte, pogoje in ostale specifičnosti za opravljanje lekarniške dejavnosti ter pristojnosti Lekarniške zbornice (Uradni list RS, št. 9/92).

Temeljne novosti Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju so bile naslednje:

- uvedba obveznega zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model). Po določilu zakona mora biti vsaka oseba zdravstveno zavarovana, plačilo prispevka je odvisno od dohodkov zavarovancev. Za osebe brez dohodkov plačuje prispevek država;
- uvedba doplačil do polne cene zdravstvenih storitev, ki je zamenjala plačevanje participacije;
- uvedba prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev, višji standard zdravstvenih storitev in za storitve in pravice oseb, ki se ne morejo vključiti v obvezno zavarovanje;
- uvedba zasebne zdravstvene dejavnosti. Vstop zasebnih zdravnikov v mrežo javne zdravstvene službe ne pomeni širjenja mreže, predstavlja pa večjo konkurenčnost za vse izvajalce, ki sproža težnjo po večji učinkovitosti, boljši kakovosti storitev in spremenjenem odnosu do zavarovanih oseb;
- vzpostavitev partnerskega načina upravljanja s programom zdravstvenih storitev. Partnerji samostojno in enakopravno odločajo o programu zdravstvenih storitev, o njegovi razdelitvi po dejavnostih in območjih ter o njegovem izvajanju. Spoštovati pa morajo materialne okvire in pravila igre, ki jih za področje sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja oz. javnih financ določa država;
- za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja na območju celotne države je bil ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS);
- v zakonu je močnejše poudarjena skrb in odgovornost za zdravje s strani zavarovancev ter poudarjena vloga osebnega zdravnika, ki ima velika pooblastila;
- spremembe v javni službi: poleg uvedbe zasebne dejavnosti so bile predvsem novosti v zvezi s statusom, lastnino in upravljanjem. Zdravstveni domovi, bolnišnice in lekarne so dobili status javnih zavodov, zdravilišča so lahko postala gospodarske družbe. Ustanovitelj in lastnik bolnišnic je postala država, ustanovitelji in lastniki zdravstvenih domov in lekarn pa občine.

V zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92) so naštet tudi področja, ki jih ne more opravljati zasebna zdravstvena dejavnost. Ta področja so: preskrba s krvjo in krvnimi pripravki, odvzem in hranjenje človeških organov za presajanje, socialnimedicijska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost ter patoanatomska dejavnost.

Uvajanje reforme pa naj bi hkrati ohranilo vse najpomembnejše pridobitve prejšnjih sistemov, predvsem visoko raven zdravstvene varnosti prebivalstva ter organizacijo področja preventive.

3 PARTNERSKO DOGOVARJANJE IN SKLEPANJE POGODB

3.1 Upravljanje sistema zdravstvenega varstva v Evropi

Kot je bilo že omenjeno, je sistem zdravstvenega varstva zelo kompleksen sistem z mnogimi pogosto nasprotujočimi si interesi številnih formalnih in neformalnih skupin, organizacij in posameznikov, ki želijo v sistemu uresničiti svoje interese. Zato sistem ne more biti samourejevalen, ampak ga je potrebno čim bolj učinkovito upravljati. »Upravljanje je proces, ki teče in se ponavlja in v katerem na osnovi dobrega poznavanja dejanskega stanja in delovanja usmerjamo sistem v zeleno smer« (Česen 1998, 20).

Izraz upravljanje (management) zajema več procesov (Roemer 1991, 67): planiranje, administracijo, regulativo in zakonodajo. Planiranje je lahko različno podrobno, omejeno le na človeške in naravne zmogljivosti ali pa vključuje podrobne standarde za izvrševanje zdravstvenih storitev. Pri planiranju se uporabljajo različni pristopi. Lahko se ugotavljajo objektivne zdravstvene potrebe prebivalstva s pomočjo analiz in raziskav ali pa se plani preprosto prilagodijo razpoložljivim virom. Plani so lahko strateški (na nacionalni ravni) ali izvedbeni (na nižjih ravneh ali za ožja področja). Administracija zajema naslednje naloge (Toth 2003, 133-134): organizacijo, zagotavljanje potrebne delovne sile in sredstev, nadzor, svetovanje, oskrbo s sredstvi za zdravljenje in delovanje zdravstvene dejavnosti, dokumentiranje in poročanje o stanju, usklajevanje med posameznimi programi ter ocenjevanje delovanja sistema. Te naloge izvajajo ministrstva za zdravje in njihovi upravni organi, nosilci zdravstvenih zavarovanj, razne zbornice in združenja, pa tudi zdravstveni zavodi sami. Naslednja funkcija je urejanje (regulativa), ki določa standarde oz. predpise za enotno ravnanje vseh nosilcev zdravstvenih dejavnosti (predpisi o izobrazbi, registraciji zdravnikov, podeljevanju licenc), predpisi o medicinski dokumentaciji, o evidentiranju in zaračunavanju storitev in drugo. Zakonodaja postavlja okvire za delovanje vseh sestavin sistema ter njihova medsebojna razmerja. Države z zakoni določajo način zagotavljanja virov za delovanje sistema ter njegovo finančno podporo, za njegovo organizacijo in upravljanje. Upravljalni proces je v določenem številu držav Evrope centraliziran, tako da se vse odločitve in funkcije opravljajo na enem mestu, medtem ko imajo nižje ravni za nalogo le izvajati sprejete odločitve.

Zadnje čase se vse bolj uveljavlja decentralizirano upravljanje, ki pozna štiri tipe delovanja (Saltman in Figueras 1997, 45):

- dekoncentracija (administrativna decentralizacija),
- devolucija (politična decentralizacija),
- delegacija,
- privatizacija - naloge so prenesene iz javne v zasebno dejavnost.

Upravljanje sistema zdravstvenega varstva je torej lahko bolj ali manj centralizirano ali decentralizirano. Vsak način ima svoje prednosti in slabosti. Centralizirano upravljanje naj bi bilo ob predpostavki dobrega managementa in učinkovitega informacijskega sistema bolj racionalno in naj bi imelo naslednje prednosti (Česen 1998, 26):

- možnost vodenja dobre razvojne politike in lažje organiziranje,
- centralizirane službe so številčno in kakovostno močne, povratne informacije upravljalških odločitev so hitre,
- racionalna delitev dela, boljša koordinacija posameznikov,
- boljša izkoriščenost materialnih zmogljivosti,
- boljši nadzor nad delovanjem organizacije.

Slaba stran centraliziranega upravljanja je predvsem ta, da je težko obvladljiv, zaradi odtujenosti ljudi od odločanja ni motivacije, zato je potrebna prisila in močan nadzor. Ta način upravljanja za sistem zdravstvenega varstva ni najbolj primeren, saj sodobne oblike upravljanja temeljijo na močnejšem sodelovanju delavcev pri upravljanju in vodenju, kar zagotavlja decentralizirana oblika upravljanja. Upoštevati je treba dejstvo, da v sistemu zdravstvenega varstva prevladuje delovno intenzivna dejavnost, predvsem visoko usposobljeni delavci, ki želijo z delovanjem uresničiti višje človekove potrebe in osebni razvoj. Drucker o tem pravi: »To, kar motivira – zlasti umske delavce – je enako tistemu, kar motivira prostovoljce [...]. Prostovoljci delajo predvsem zaradi izziva, ki jim ga ponuja delo. Hočejo poznati poslanstvo organizacije in vanj verjeti. Hočejo se tudi nenehno usposabljanje. Navsezadnje pa hočejo tudi videti rezultate svojega dela« (Drucker 2001, 30-31). Prevladujoča centralizirana oblika upravljanja pride do izraza le v kriznih razmerah (vojne, epidemije), vendar to ni predmet naloge.

Prednosti decentraliziranega (demokratskega, kooperativnega) upravljanja pa so (Česen 1998, 27):

- visoka stopnja demokratičnosti, samostojnost posameznih enot pri odločanju,
- odločanje je bolj prilagojeno resničnim potrebam prebivalstva,
- omogočen je osebni razvoj managementa na nižjih ravneh,
- participacija pri odločanju zagotavlja prevzemanje skupnih ciljev, večjo učinkovitost pri njegovem uresničevanju.

V praksi se tudi v zdravstvenem sistemu uporabljata obe obliki upravljanja. Problem pri uveljavljanju centraliziranega ali decentraliziranega upravljanja je doseči pravo ravnovesje med obema načinoma. Potrebno je zagotoviti uravnavanje ob zelo skrbnem uravnovešanju interesov, saj gre za izjemno občutljiv sistem sleherne družbe. V sistemu zdravstvenega varstva imajo najmočnejši položaj izvajalci zdravstvenih

dejavnosti. Zato je potrebno v decentraliziranem sistemu interese izvajalcev obvladovati z ustreznim organiziranjem nasprotnih interesov (Česen 1998, 26-28).

3.2 Dogovarjanje in sklepanje pogodb v Evropi

Prikaz procesa je povzet po ugotovitvah Saltmana in Figuerasa (1997, 141-152), ki sta proučevala zdravstvene sisteme v Evropi.

Avtorja ugotavljata, da so številne evropske države začele opuščati tradicionalne oblike institucionalnega razporejanja denarnih sredstev s kontrolo poslovanja zdravstvene oskrbe in vzpostavile nov model, to je dogovarjanje in sklepanje pogodb. Ta način ustvarja ekonomsko motivacijo in s tem omogoča bolj učinkovito razporejanje denarnih sredstev. Avtorja Saltman in Figueras v svojem delu trdita, da uvajanje pogajanj ni značilno le za zdravstveno varstvo in v zvezi s tem navajata mnenje nizozemskega sociologa De Swaana. Po njegovem mnenju gre za proces prehoda od družbe, ki je temeljila na ukazih na pogajalsko družbo, kjer pogajalski odnosi nadomestijo tradicionalne hierarhične odnose. Meni, da obstajata dva razloga za preokret in sicer hitre tehnološke spremembe in rastoča potreba po učinkovitosti in inovaciji, ki zahtevata bolj učinkovit tip koordinacije, kot je tog model ukaza in kontrole. Po mnenju De Swaana ima model dogovora večji potencial na odzivnost potreb posameznika ali majhne skupine kot pa model ukaza in kontrole.

Zagovorniki dogovorov navajajo štiri glavne vzroke za uvajanje tega modela v zdravstvene sisteme, ki temeljijo na plačevanju davkov in metodi zahteve in kontrole, in sicer:

- vzpostavljanje decentralizacije v upravljanju (medsebojna delitev tveganja) ,
- izboljšava storitev zaradi neposrednega vpliva plačnika na obnašanje izvajalca in njegov nadzor,
- izboljšanje načrtovanja razvoja zdravstvenega varstva (direktna povezava med načrtovanjem in razporeditvijo denarnih sredstev, razvoj informacijskih sistemov),
- izboljšanje izvajanja zdravstvene oskrbe (zmanjševanje bolnišnične oskrbe, stroškovno učinkovita vlaganja).

Pogajanja se lahko izvajajo v tekmovalnih in netekmovalnih okoljih. V obeh primerih se lahko na dogovarjanje gleda kot na orodje načrtovanja in upravljanja. Dogovarjanje lahko podpira pravičnost, če se upošteva potrebe najbolj ogroženih skupin. Družbena udeležba pri dogovarjanju lahko sproži proces demokratizacije pri nujenju zdravstvenih storitev, poveča odgovornost vlade in medicine, hkrati pa oblikuje zdravstveno politiko tako, da se bolj odziva na potrebe družbe.

Pri Beveridgevem modelu je povprašujoča stranka javni sektor zdravstvene oblasti. V Bismarckovem modelu je obseg pogajanj z vlado precej ožji, ker zdravstvene zavarovalnice delujejo kot kupci zdravstvenega varstva.

Obstaja razlika med »trdimi« in »mehkimi« pogajanj. Pri trdih pogajanjih so pogajalske strani relativno avtonomne in svoje interese vsiljujejo zelo aktivno in močno. Pri mehkih pogajanjih pa imajo pogodbe nižjo stopnjo formalnosti, pogajalske strani pa ožjo identiteto interesov. Pri sklepanju pogodb je možno zaslediti štiri glavne trende:

- od blok pogodbe, ki je globalna pavšalna pogodba, do stroškovnih in količinskih pogodb ter pogodb, ki temeljijo na stroških vsakega primera posebej,
- od univerzalnih do individualnih pogajanj,
- od pogajanj z vsemi dobavitelji do selektivnih pogajanj,
- od pogodb z majhno nabavo do bolj zahtevnih pogodb.

Izvajanje dogovarjanja se v Evropi precej razlikuje glede na modele financiranja in organiziranja zdravstvenega varstva. Države, ki imajo Beveridgev model, postopno prehajajo iz prevladujočega odnosa zahteve in kontrole na sistem dogovarjanja. V tej skupini so tri države direktno uvedle dogovarjanje: Finska, Švedska in Velika Britanija.

V zdravstvenih sistemih, ki so zasnovani na socialnem zavarovanju po Bismarckovem modelu, že od začetka obstajajo tripartitna dogovarjanja. Pogodbe se sklepajo med združenjem bolniških blagajn in združenji bolnišnic ali zdravnikov in so urejene z nacionalno zakonodajo. Izvajalci se tu ne pogajajo kot posamezniki, temveč se združujejo v organizacije (združenja, zbornice). Sprva so se pogajali le o cenah zdravstvenih storitev, kasneje pa so začeli vključevati tudi obseg storitev in druge pogoje izvajanja, za kar pa je bilo potrebno vedno več evidenc in informacij. V zadnjem času Nemčija in Nizozemska uvajata obliko pogodb, ki so cenovno bolj občutljive in imajo elemente finančne učinkovitosti.

Države južne Evrope imajo mešane modele obeh zgoraj navedenih modelov in so v fazi njihovega spreminjanja. Nekatere izmed njih imajo v predlogih reform tudi uvajanje dogovarjanja med plačniki in dobavitelji, vendar ga še niso začeli uvajati.

Države bivšega vzhodnega bloka so imele sisteme grajene na Semaškovem modelu, ki je strogo hierarhičen in kjer je vse zdravstveno osebje vključeno med državne uslužbenke. Tudi te države so v fazi spreminjanja in uvajajo Bismarckov model in dogovarjanje.

Prehod na dogovorni model pa ni enostaven. Pogajanja lahko naletijo na mnoge ovire in težave, med katerimi so najvažnejša pomanjkanje informacij in pogajalskih spretnosti pri kupcih in dobaviteljih zdravstvenih storitev. Prehod na stroškovne količinske pogodbe, ki slonijo na plačilu vsakega primera zdravljenja posebej je dokaj omejen zaradi nezadostnosti informacij, ki bi omogočale izvajanje učinkovite

nakupovalne politike. Za to so potrebne velike investicije v informacijske sisteme. To pa predstavlja velike transakcijske stroške (ocenitev potreb, analize izvajanj, pogajanja, kontrole, itd.). Pogoji za uvedbo tega modela je predvsem zadostno in stabilno javno financiranje, ki lahko pokriva račune pogodbenih dobaviteljev.

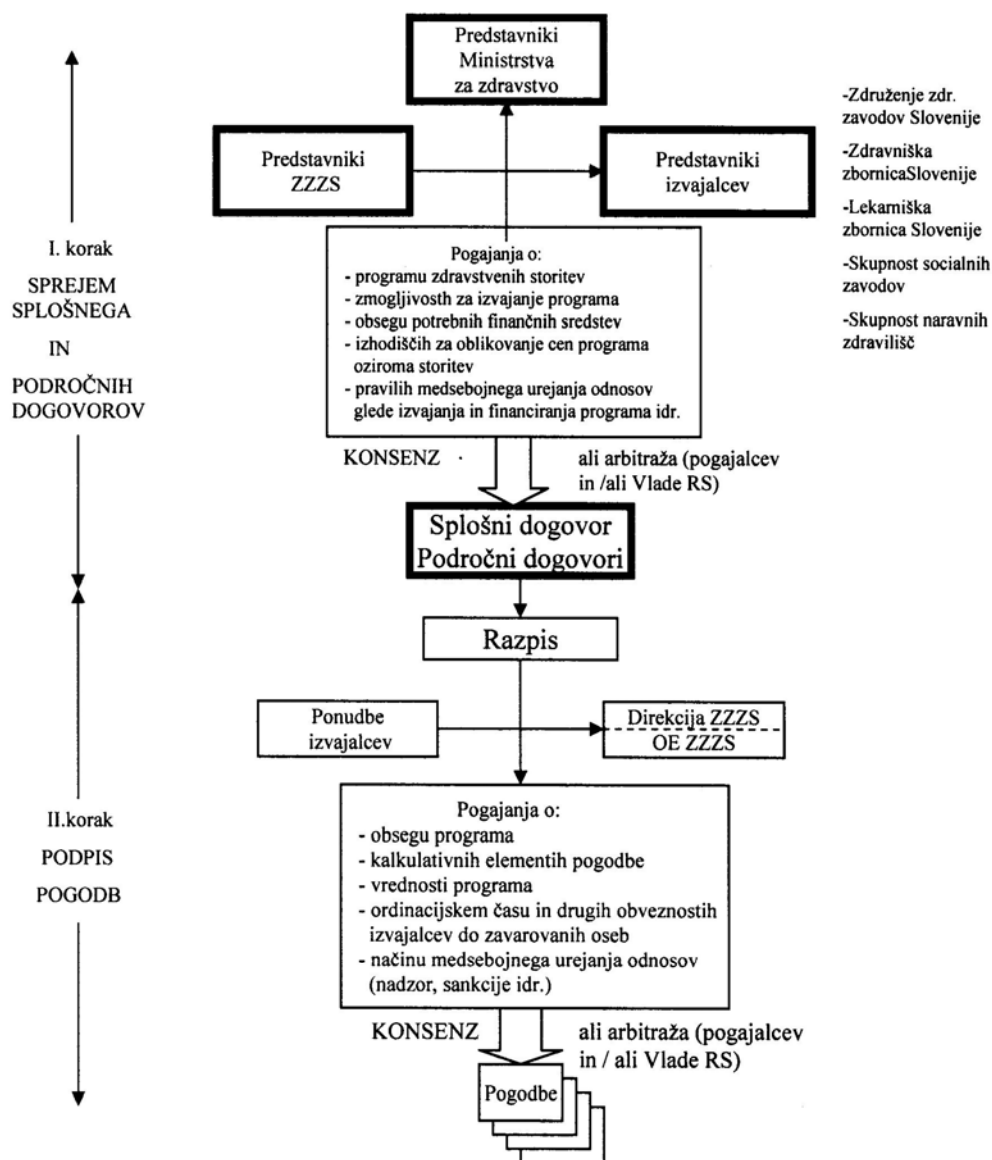
Pogajanja so lahko organizirana eno ali dvonivojsko (Toth 2003, 264-265). Enonivojsko pogajanje poteka na državni ali regionalni ravni, kjer predstavniki obeh pogajalskih skupin sprejmejo poseben dokument, v katerem opredelijo vse obveznosti in tudi cene storitev. Vsebina tega dokumenta neposredno velja za vse izvajalce, ki izvajajo storitve na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri tem pa so izvzete bolnišnice, saj gre pri pogajanjih z bolnišnicami za primerjanje med njimi (benchmarking) in iskanje najbolj uspešne in racionalne. Dvonivojski način pogajanja je bolj zahteven in je prikazan v nadaljevanju pri predstavitvi slovenskega modela.

3.3 Partnerski način dogovarjanja v Sloveniji

Urejanje pogodbenih odnosov v zdravstvu pri nas poteka na decentraliziran način, z dogovarjanjem predstavnikov treh najpomembnejših partnerskih skupin: zavarovancev (združenih v nacionalni zdravstveni organizaciji), izvajalcev zdravstvene dejavnosti in države. V Sloveniji smo ta model povzeli od drugih držav, vendar smo ga prilagodili našim razmeram. Določene izkušnje pri takšnem načinu upravljanja izhajajo že iz obdobja samoupravnih interesnih skupnosti. Takrat so se na različnih nivojih (republiškem, medobčinskem, občinskem) uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev dogovarjali o obsegu programov zdravstvenih storitev in financiranju zdravstva nasploh. Država je le redko posegala v samoupravno urejanje odnosov.

V nadaljevanju je na sliki 3.1 prikazan natančnejši potek dvostopenjskega procesa partnerskega dogovarjanja v Sloveniji.

Slika 3.1 Dvostopenjski proces partnerskega dogovarjanja



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2000, 21.

Temeljna podlaga za urejanje pogodbenih odnosov je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92), ki določa osnovni potek dogovarjanja in sklepanja pogodb. Določila zakona navajajo, da so partnerji za dogovarjanje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pristojne zbornice,

združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo. Ti »se za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Na tej osnovi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci« (Uradni list RS, št. 9/92, 585). To je prva stopnja partnerskega dogovarjanja.

V zakonu je določeno, če izhodišča niso sprejeta do konca decembra za naslednje leto, o spornih vprašanjih odloča arbitražna komisija. Ta je sestavljena iz predstavnikov partnerjev, predseduje ji predstavnik Ministrstva za zdravje. V primeru, da tudi arbitražna komisija ne more rešiti spornih vprašanj, odločitev sprejme Vlada Republike Slovenije.

Po sprejemu splošnega dogovora, ki je osnovni dokument, v katerem partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za posamezno pogodbeno leto in področnih dogovorov, ki urejajo določena specifična vprašanja oz. natančnejšo opredelitev splošnega dogovora za posamezno ožjo zdravstveno dejavnost, se začne drugi del dogovarjanja. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je med drugim zadolžen, da vsako leto na osnovi sprejetih dogovorov in meril objavi razpis programov, na katere se izvajalci prijavijo. Na osnovi ponudb izvajalcev se sklepajo pogodbe tako z javnimi kot zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Glede na določbe zakona, bi morale biti pogodbe med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev vsako leto sklenjene najkasneje do 31. marca za tekoče leto, torej praviloma za naprej.

3.4 Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva

Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva so vsi posamezniki, skupine, organizacije in širše družbeno in gospodarsko okolje, ki imajo moč in željo vplivati na usmeritve in delovanje sistema. »Delež posebnih ciljev (interesov) udeležencev v skupnih ciljih organizacije je sorazmeren razmerju njihovih zmožnosti in zavzetosti za vplivanje na organizacijo« (Tavčar 1999, 19). Navedena trditev prav tako velja za interese udeležencev v zdravstvenem sistemu.

Ker je zdravje zelo pomembna vrednota, so na področju zdravstva potrebe, želje in pričakovanja udeležencev zelo velika. Zaradi tega se v sistemu zdravstvenega varstva pojavljajo številni, pogosto navzkrižni interesi udeležencev, ki stremijo k povečevanju njihovih koristi in predstavljajo za delovanje sistema izjemno kompleksno komponento. Sistem bo dobro deloval, le če bo upošteval interese udeležencev.

Čeprav je v zdravstveni dejavnosti najbolj viden odnos med izvajalci zdravstvenih storitev in zavarovanci – uporabniki, med katerega se vključuje plačnik storitev –

zavarovalnica in širši družbeni interes države, obstajajo relativno močni interesi ostalih udeležencev, ustanoviteljev, komercialnih zavarovalnic, dobaviteljev, sindikatov, managementa, zaposlenih in ostalih (raznih organov in organizacij, sindikata, političnih strank, javnosti, mediji). Najpomembnejše skupine udeležencev oz. subjektov, njihovi interesi in načini vplivanja so prikazani v tabeli 3.1.

Tabela 3.1 Udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva in njihovi interesi

Skupine udeležencev / subjekti	Način vplivanja	Interesi skupin udeležencev oz. subjektov
Bolniki, zavarovanci, občani, (zveza potrošnikov, javnost, mediji)	posredno	socialna varnost, kvalitetne in dostopne storitve, dobra preventiva, kvalitetno okolje
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	neposredno	učinkovito zbiranje in razporejanje sredstev, zagotavljanje pravic, stabilnost poslovanja,
Izvajalci (združenja zbornice, skupnosti)	neposredno	stabilno financiranje, kvalitetne storitve, sodobna tehnološka opremljenost
Zdravniška profesija, stanovska združenja (zdravniško društvo, strokovna združenja)	neposredno	kakovost storitev, ugled, informacije, nove tehnologije
Zaposleni (sindikat zdravstva)	posredno	zaslužek, osebni razvoj, status, socialna varnost, izobraževanje
Management v zdravstvu	posredno	osebni razvoj, ugled, plača
Delodajalci (splošno)	posredno	čim večje pravice, čim nižji prispevki
Država (vlada, parlament)	neposredno	širši družbeni interesi
Lokalne skupnosti (občine)	posredno	preskrbljenost, dostopnost, kvaliteta storitev
Mednarodne organizacije (WHO,...)	posredno	splošna visoka raven zdravstvene varnosti, usmeritve razvoja, povezovanje, svetovanje
Komercialne zavarovalnice	Posredno	Čim več zavarovancev, dobiček
Dobavitelji, investitorji, banke, farmacevtska industrija (lobiji)	Posredno	čim večji zaslužek
Donatorji	Posredno	ugled v družbi

Temeljni subjekt v sistemu zdravstvenega varstva v socialno usmerjenih državah je državljan in njegov interes. Zato naj bi leti imeli tudi večjo vlogo v sistemu. Pravice zavarovancev so določene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, podrobneje pa v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Znano je, da uporabniki premalo poznajo svoje pravice v zdravstvenem varstvu in pritožne postopke. Ker gre za zelo občutljivo področje, se uporabniki neradi izpostavljajo kot posamezniki. Verjetno pa svoje pripombe lažje in v večji meri izražajo v raznih civilnih institucijah (društvih, organizacijah, zvezah potrošnikov). Prav v zadnjem času je aktualna tema uvajanje varuha bolnikovih pravic. V Sloveniji deluje kar nekaj društev, ki opravljajo dobrodelno podporno dejavnost na področju zdravstva in sociale, izvajajo pomoč svojim članom, bolnikom in drugim in zastopajo njihove interese v družbi. Zato menim, da bi vključevanje čim širše skupine ljudi v sistem dogovarjanja pripomoglo k odločitvam, ki bi bile po meri večjega števila udeležencev. Z večjim sodelovanjem nevladnih organizacij bi upadli vplivi lobijev. Kovač o tem trdi: »če bi bile določene inštitucije učinkovite in uspešne, ker bi upoštevale vse interese in želje ljudi, potem bi bilo lobiranje povsem nepotrebno« (Jelovac 2002, 219).

Po mojem mnenju pri dogovarjanjih premalo sodelujejo lokalne skupnosti. Po zakonu imajo pristojnosti podeljevanja koncesij za dejavnosti s področja primarnega zdravstva, ni pa povezave z izvajalci in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije glede izpolnjevanja določenih obveznosti, kot so zagotavljanja nujne medicinske pomoči, usklajevanje ordinacijskih časov, začasnih odsotnosti zdravnikov in ostalih zadev, ki vplivajo na izvajanje zdravstvenega varstva na lokalnem območju.

3.5 Partnerji pri dogovarjanju in njihovi interesi

Partnerji pri dogovarjanju so Ministrstvo za zdravje kot predstavnik države, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot predstavnik uporabnikov ter zbornice, združenje in skupnosti, ki zastopajo izvajalce zdravstvenih programov. Ker v tem modelu usklajujejo interese tri skupine partnerjev, imenujemo ta način tudi »tripartitni« model dogovarjanja.

Vsi predstavniki partnerjev morajo pri dogovarjanju skrbeti za uresničitev skupnih nalog in v okviru teh tudi posebnih nalog. Interesno področje zdravstvene zavarovalnice in izvajalcev zdravstvenih storitev je usmerjeno predvsem na zagotavljanje pravic, pri čemer je nujno zagotavljati tudi uresničevanje poslanstva stabilnosti in razvoja dejavnosti. Zaradi zagotavljanja skupnih družbenih interesov nastopa v upravljanju sistema zdravstvenega varstva tudi tretji partner – država. Njena naloga je, da zagotovi ljudem enakomerno zadovoljevanje vseh materialnih in duhovnih potreb tudi z drugih področij. Zaradi tega ima med partnerji v določenem pomenu nadrejen položaj. V njeni domeni je priprava strateškega plana, ki predstavlja osnovo za pripravo vsakoletnih

dogovorov. Plan zajema globalno smer razvoja v prihodnjem obdobju. Zadnji strateški plan je Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004, ki je bil sprejet junija 2000 (Uradni list RS, št. 49/2000). Novega strateškega načrta za prihodnje obdobje še ni. Dolgoročne napovedi je zajemal osnutek zdravstvene reforme, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje julija 2003, t.i. »Bela knjiga«, ki pa ni bila sprejeta (Zdravstvena reforma, 2003) Kljub temu se njena vsebina delno izvaja.

Izkušnje kažejo, da je v tem desetletnem obdobju država ni bistveno posegala v dogovarjanja med partnerji. Po mnenju Česna je bila to posledica nadaljevanja miselnosti iz bivšega sistema o umiranju države. Za dogovarjanje v prvem desetletju nove države trdi, da je »potekalo pretežno v razmerah nenasitne prilastitve zdravstvene oblasti prek javne zdravstvene zavarovalnice in izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Hkrati je bila usmerjevalna vloga države odločno premajhna« (Česen 2003, 175).

Kržič kritično ocenjuje zastopanje interesov v partnerskem dogovarjanju. Po njegovem mnenju Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki mu pogajalsko pozicijo določa skupščina, ni direktni reprezentant zavarovancev. Ko se odloča o zmogljivostih, so zavarovanci vedno na strani izvajalcev. Interesi izvajalcev so v odnosu do ostalih partnerjev enotni le pri oblikovanju celotnega obsega sredstev. Ko pa gre za delitev po dejavnostih, nastopi interesna diferenciranost v okviru samih izvajalcev. Nadalje trdi, da »niti ministrstvo ne more biti povsem nevtralnno. Kot ustanovitelj in lastnik bolnišnic ima objektivni interes, da jih favorizira« (Kržič 1999, 49-50).

Bistvo tripartitnega dogovarjanja je, da vsak predstavnik v procesu ne le sodeluje, ampak tudi dokazuje, predlaga, soglaša, odloča in prevzema odgovornost za sprejete skupne odločitve, ki jih je potrebno spoštovati. Glavna prednost odločanja v skupini je po Kralju povečanje zavzetosti in ustvarjalnosti. »Obstaja večja vsota znanja ter informacij. Možno je večje število pristopov k problemom. Sodelovanje v odločanju povečuje splošno sprejetje končne izbire. Obstaja boljše razumevanje odločitev« (Kralj 2003, 339).

Potrebno je izpostaviti, da se na dogovarjanjih za Splošni dogovor pojavlja iz leta v leto vse večja ponudba programov s strani izvajalcev zdravstvenih storitev, ki jih zastopajo združenja, zbornice in skupnosti in ki pomenijo širitev obstoječih programov. Njihov cilj je čim več programa vključiti v obvezno zdravstveno zavarovanje, solidno poslovanje in zagotavljanje čim boljšega položaja zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Širitev in razvoj dejavnosti je naravna težnja izvajalskega podsistema, ki je zaradi hitrega tehnološkega razvoja vse izrazitejša. Distribucija omejenih finančnih virov med

različnimi dejavnostmi in programi ter teritorialnimi območji je zato posebej občutljiv proces. In prav to je osrednje vprašanje dogovarjanja.

3.5.1 Država

Država kot predstavnik oblasti ima v vsaki družbi glavno vlogo. Njene pristojnosti so opredeljene v ustavi, zakonih in predpisih. Zastopa skupne družbene cilje, kot so trdnost politične in ekonomske ureditve, uravnotežen ekonomski in socialni razvoj, dosegljiv zdravstveni standard prebivalstva in pravična porazdelitev ekonomskih bremen zdravstvenega varstva (Česen 1998, 34-36).

Organi države v upravljanju sistema zdravstvenega varstva so: Ministrstvo za zdravje, Svet za zdravje pri vladi RS, Zdravstveni svet pri ministrstvu za zdravje ter vladni zavodi, izmed katerih ima posebno mesto Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). V tropartitnem sistemu dogovarjanju zastopa interese države Ministrstvo za zdravje. V sistemu zdravstvenega varstva ima država naslednje temeljne pristojnosti:

- načrtovanje zdravstvenega varstva (predvsem opredeljevanje prioritet, širitev programov, zaposlovanje v mreži javne zdravstvene službe)
- predlaganje zakonskih predpisov,
- dogovarjanje z drugimi partnerji (razporejanje kadrovskih in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe, financiranje zdravstvene dejavnosti),
- predpisovanje strokovno medicinske doktrine, izvajanje nadzora nad delovanjem zdravstvenega varstva in obvladovanje njegove celovite kakovosti.

Država skrbi za realizacijo srednjeročnih in dolgoročnih ciljev, tako da predvidene programe vključuje v program za določeno leto. Predvsem gre za poudarek na preventivni zdravstveni dejavnosti (preventivni pregledi odraslih, varstvo žensk, otrok in šolarjev), programi za promocijo zdravja, zagotovitev učinkovite službe nujne medicinske pomoči, širitev programa paliativne oskrbe, nege na domu, krepitev centrov za zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog. Cilj Ministrstva je zagotavljanje stabilnega zdravstvenega sistema, učinkovito in zakonsko predpisano izvajanje zdravstvenega varstva s strani izvajalcev. V zadnjem času so predvsem aktualni ukrepi za skrajševanje čakalnih dob. Država ima preko svojih služb in inštitucij tudi ekskluzivno domeno nad sistemom evidenc v zdravstvu ter pri zagotavljanju mednarodne primerljivosti in izmenjavi podatkov. V njeni pristojnosti je tudi nadzor nad spoštovanjem dogovorov (spoštovanje vsebine in rokov za sklenitev dogovorov in sklepanje pogodb, rešuje interesne spore).

3.5.2 Izvajalci zdravstvenih storitev

Izvajalce zdravstvenih storitev, katerih storitve krije obvezno zdravstveno zavarovanje, delimo na dve skupini. V prvo skupino spadajo tisti, ki delujejo v mreži javne zdravstvene službe kot so javni zdravstveni in lekarniški zavodi in zasebniki – koncesionarji. V drugo skupino pa spadajo izvajalci, katerih temeljni predmet poslovanja ni zdravstvena dejavnost. To so zdravilišča, socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje.

V mreži javne zdravstvene službe so enakopravno vključeni javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki s koncesijo. Z uvedbo zasebnega dela v zdravstveni dejavnosti je ostala mreža na obstoječi ravni. Širi se le v dejavnostih, ki jih partnerji opredelijo kot prioritete in se za to zagotovijo oz. prerazporedijo dodatna sredstva.

Vsebina in opravljanje zdravstvene dejavnosti, javna zdravstvena služba ter povezovanje zdravstvenih organizacij in zdravstvenih delavcev v zbornice in združenja je opredeljeno v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92). Opredeljeno je tudi nadzorstvo za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter zavodov. Izvajajo se štiri vrste nadzorov: interni strokovni nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje in nadzor nad izpolnjevanjem določil pogodb, ki ga izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ni zanemarljiv niti nadzor javnosti, zlasti preko medijev in zveze potrošnikov.

Interesi in cilji zdravstvene službe so: popolna poklicna prostost, zagotavljanje čim boljših delovnih razmer, optimalna medicinska doktrina, dobro plačilo in osebni razvoj. Izvajalci v okviru dogovarjanja sodelujejo pri določanju vrste in obsega zdravstvenih programov in pri globalni delitvi po strokovnih področjih in ravneh, izpostavljajo potrebe po novih zaposlitvah, novih tehnologijah, skrbijo za tekoče nadomeščanje zaposlenih, za specializacije, v koordinaciji z zdravstvenimi sveti pri Ministrstvu pa so pristojni za strokovne poklicne standarde, strokovni nadzor in drugo.

Izvajalci imajo program opredeljen v pogodbi in je praviloma znan vnaprej. Uspešno poslovanje je pogojeno z realizacijo dogovorjenega programa in smotrnim gospodarjenjem. Največjo vlogo pri tem ima management v zdravstvenih zavodih, ki mora obvladati tudi osnove zdravstvene ekonomike. Poskrbeti mora za informiranje in izobraževanje zaposlenih, predvsem zdravnikov, ki imajo največji vpliv na stroške zdravljenja. Z večjim znanjem in informacijami s področja zdravstvene ekonomike bi pri izvajalcih spremenili mišljenje, da je možno boljše gospodariti le z dodatno pridobljenimi sredstvi, temveč tudi z racionalnejšim delom in obvladovanjem stroškov.

3.5.3 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)

Osnovna dejavnost ZZZS je učinkovito zbiranje in razdeljevanje javnih sredstev za zagotavljanje pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po zakonu je

ZZZS edini nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v državi. Zavarovancem zagotavlja pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev po načelu neprofitnosti, solidarnosti in socialne pravičnosti. Kot nosilec je pristojen in zadolžen za vse naloge, ki jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, kot izvajalec sprejema podrobnejše predpise o obveznem zdravstvenem zavarovanju, s partnerji oblikuje in določa program zdravstvenih storitev v državi ter je zadolžen, da zavarovanim osebam zagotavlja pravice v skladu z zakonom.

Interesi in cilji zdravstvene zavarovalnice so naslednji: zastopanje interesov zavarovanih oseb za čim bolj enakomerno razporeditev zdravstvenih zmogljivosti, dostopnost in kakovost, finančna stabilnost, avtonomnost, racionalna poraba ter delovanje po zakonu in prepisih. Hkrati želi postati zavarovancem sodoben, strokovno učinkovit zavarovalni servis. Njegovo temeljno poslanstvo je uravnoteženje izdatkov z viri in lastna poslovna stabilnost ob sočasnem zagotavljanju stabilnosti izvajalcev in zagotavljanju čim višje ravni pravic zavarovanih oseb. Pomembne naloge ZZZS so, da sodeluje pri pripravi plana zdravstvenega varstva Slovenije, da podrobneje opredeljuje pravice in standarde storitev v zdravstvenem zavarovanju, da predlaga višino prispevne stopnje za zdravstveno zavarovanje in oblikuje predlog o višini deleža vrednosti storitev, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje.

Njegova vloga pri dogovarjanjih je predvsem: zastopanje interesov zavarovanih oseb, obseg razpoložljivih finančnih sredstev glede na splošne usmeritve države, določanje obračunskih enot in njihovih cen, izvedba razpisa in sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji tehničnih pripomočkov, izdelava in izvajanje obračunskih metod za plačevanje zdravstvenih storitev, oblike poročanja izvajalcev o izpolnjevanju pogodbenih obveznosti ter zavarovalniški nadzor (Česen 2003, 178).

ZZZS je organiziran po območnih enotah, ki jih je deset in izpostavah, ki jih je petinštirideset. Dejavnost ZZZS upravlja skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev ter upravni odbor. Na nivoju območnih enot se lahko ustanovijo tudi območni sveti, ki sicer nimajo nikakršnih pristojnosti, so pa oblika organiziranega javnega mnenja.

3.6 Proces pogajanj

Definicij pogajanj je več. Na splošno jih lahko definiramo kot »proces reševanja konflikta med dvema ali več strankami, v katerem sta obe oz. vse stranke pripravljene spremeniti svoje začetne zahteve, da bi dosegle skupno sprejemljivo rešitev.« (Kavčič 2002, 345). Pogajanja s partnerji, s katerimi nas vežejo skupni interesi, lahko opredelimo kot »večsmeren proces komuniciranja, v katerem več udeležencev – posameznikov, skupin, organizacij – vpliva drug na drugega pri nastajanju skupnih

odločitev« (Možina, Tavčar, Kneževič 1998, 306). Pogajamo se celo življenje, v zasebnem in v javnem življenju. Vsakdo je glede na svoje izkušnje in znanje razvil svoj način pogajanj. Teh spretnosti se lahko naučimo in izurimo ter tako bistveno povečamo svojo učinkovitost na pogajanjih.

Pomembno je upoštevati, da pogajanja terjajo svoj čas, da se v tem času spreminjajo okoliščine in ljudje, lahko tudi vsebina pogajanj. Zato so vsaka pogajanja enkratna in se je nanje potrebno pripraviti. Slaba pripravljenost bistveno podaljšuje pogajanja, zmanjšuje verjetnost doseganja cilja ter povečuje verjetnost, da bodo pogajanja neprijetna in zapletena. Način pogajanj je potrebno prilagoditi interesom v pogajanje vpletenih ljudi, njihovim potrebam, željam in pričakovanjem. Po teoriji obstaja pet konceptov pogajanj (tabela 3.2), pri katerih je potrebno računati na različne odzive udeležencev.

Tabela 3.2 Temeljni koncepti pogajanj

Koncepti pogajanj	Osnova pogajanja	Poraba zmožnosti	Kakovost pogajanja	Odziv udeležencev na pogajanja	
				ob uspehu	ob neuspehu
Prisila	Razmerje moči	Zelo majhna	Kratkoročna	Nejeverno priznanje	Maščevalnost, ogorčenje
Kompromis	Ena stran sama popusti	Majhna	Kratkoročna	Prikrito nezadovoljstvo	Izrazito nezadovoljstvo
Tekmovanje	Poštena pravila	Srednja	Srednjeročna	Pozabljena napetost	Oporekanje pravilom
Sodelovanje	Skupno urejanje	Velika	Dolgoročna	Utrjeno sodelovanje	Složno popravljanje
Prikrita pogajanja	Nezavedna usvojitev	Največja	Dolgoročna	Utrjena zavzetost	Prikrito popravljanje

Vir: Širca, Tavčar 1998, 86.

Čeprav je pri sodelovanju in prikritih pogajanjih poraba resursov velika, sta ti dve obliki primernejši, saj zagotavljata dolgoročno učinkovitost pogajanj. Posebno za partnerska pogajanja, kjer je odziv udeležencev toliko bolj pomemben, sta primernejši navedeni obliki, ki povečujeta zaveznitvo ter ustvarjata ozračje skladnosti in zaupanja med udeleženci pogajanj. Koncept se med pogajanja spreminja, prilagajati ga je potrebno ravnanju udeležencev. Pogosto je koncept prilagojen tudi predmetu pogajanj.

Ocenili bi lahko, da prevladuje želja po konceptu sodelovanja, zelo pogosti pa so tudi tekmovalni pristopi zlasti med segmenti izvajalcev po dejavnostih (zdravstveni domovi - bolnišnice; mesto - podeželje), ko gre za globalno delitev finančnih sredstev.

Proces pogajanj lahko razdelimo na več faz (Kavčič 2002, 349): priprave na pogajanja, začetek pogajanj, proces iskanja sporazuma ter sklenitev sporazuma in zaključevanje pogajanj. Priprave na pogajanja obsegajo: določitev ciljev, izbiro pogajalske strategije, zbiranje informacij, določitev pogajalske skupine, odločitev o času, kraju in javnosti pogajanj in določitev pristojnosti pogajalcev.

Predpriprave na pogajanja se v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvajajo tako da ima vsak delavec do določenega roka možnost posredovati svoje pripombe in predloge za nov dogovor. Predlogi se zbirajo na Direkciji, kjer jih prouči pogajalska skupina ZZZS. Partnerji morajo že v obdobju priprav sporočiti drug drugemu svoja stališče, tako da vsaka stran vnaprej poda svoje pripombe in predloge na predlog dogovora.

Pri pogajanjih je pomembno tudi število udeležencev. Pri »tripartitnem« dogovarjanju bi lahko bili kot udeleženci le trije predstavniki, od vsakega izmed partnerjev po eden. Ker pa so izvajalci zelo raznovrstni in številni, je težko izbrati le enega skupnega predstavnika in jih je zato praviloma več (Česen 2003, 178-179).

Začetek pogajanj predstavlja z uradnim prvim srečanjem strank ustvarjanje začetnega vtisa. Sledi medsebojno spoznavanje strank, določitev dnevnega reda, predstavitev začetnih pozicij ter ugotovitev pristojnosti in pooblastil. Dogovarjanje je velikokrat neuspešno, ker predstavniki izvajalcev nimajo pooblastil od pristojnih organov (združenj, zbornic) za sklenitev dogovora. Za večjo soodgovornost in porazdelitev lojalnosti bi po mnenju Kržiča partnerji morali imeti »absolutni mandat za sprejem odločitev, ne pa zgolj imperativno pooblastilo s strani organov izvajalskih asociacij, s čimer se pristojnost in odgovornost socializira, postopek pogajanj pa običajno blokira« (Kržič 1999, 50).

Osrednji del je proces iskanja sporazuma. Trajanje te faze je odvisno od politične in strokovne pripravljenosti pogajalcev. Politična zrelost pomeni, da pogajalci ne vztrajajo trmasto na lastnih stališčih, temveč so pripravljene razrešiti interesna nasprotja in sklepati kompromise. Osnova za dobro strokovno pripravljenost pa je ustrezno znanje in informacije. Pomembna prvina pri tem procesu je vzdušje, ki prevladuje v pogajanjih. Na to vzdušje vplivajo pričakovanja pogajalcev, njihovi cilji, vrednote, občutki in čustva ter razumevanje in poznavanje nasprotne strani. V tej fazi gre za dokazovanje, predlaganje, iskanje novih možnosti, prepričevanje, pa tudi popuščanje.

Zadnja faza je zaključevanje in sklenitev sporazuma. Pri tem je pomembno, da pogajalci oz. vodja skupine prepozna pravi trenutek in z izbiro primerne tehnike

pogajalski proces zaključi. Na splošno velja, da je idealen zaključek pogajanja takrat, ko vse tri strani dosežejo največ od tega, kar ocenjujejo, da je sploh mogoče.

»Dogovarjanje naj bi se končalo s soglasjem partnerjev. Pri tem ima vsak partner le en glas, četudi sodeluje na njegovi strani več predstavnikov. To velja tudi, če partnerji odločajo z glasovanjem. V tem primeru pa velja, da stališče vlade praviloma ne more biti preglasovano« (Česen, 2003, 181). Sprejeti sporazum je potrebno tudi natančno opredeliti oz. zapisati.

Včasih pa pogajanja zaidejo v slepo ulico. Vzroki za to so lahko: interes posamezne pogajalske stranke, previsoke zahteve, užaljenost oz. trmoglavost strank. Če ni uspeha pri pogajanjih, jih lahko prekinemo za določen čas, opustimo sporno vsebino in jo odložimo za kasneje ali zamenjamo pogajalce. S tem pa se čas pogajanj podaljša. Druga možnost je arbitražna, ki ima tudi pri pogajalskem procesu v zdravstvu posebno mesto.

Za izvajanje pogajanj so v okviru t.i. hardvarskega projekta razvili vsestransko uporabno metodo »načelnih pogajanj«, ki je hkrati trda do bistva pogajanj in istočasno mehka do ljudi. Načela te metode so naslednja (Fischer, 1998):

1. ločite ljudi od problema (ločiti je potrebno odnos od vsebine)
2. osredotočite se na interese, ne na stališča (uskladite interese in ne stališč)
3. oblikujte možnosti v obojestransko korist (ustvarjalno iščite nove možnosti, skupne koristi)
4. vztrajajte pri uporabi objektivnih meril (uporabite nepristranske standarde in postopke)

Vsa navedena vodila veljajo tudi za partnerska pogajanja. Predvsem pri delitvi programov in sredstev po izvajalcih je potrebno zagotoviti, da so merila čim bolj objektivna in sprejemljiva za vse.

Za učinkovito delovanje skupine je potrebno, da se člani zavedajo namena in odgovornosti delovanja v skupini, da so pripravljeni na sodelovanje in sprejemanje tudi drugih mnenj, da so odkriti in si med seboj zaupajo, predvsem pa da so jim jasni skupni cilji. Ob koncu pogajanj bi bilo potrebno opraviti analizo poteka, da bi ugotovili odstopanja, ki jih je potrebno upoštevati vnaprej. Pogajalci morajo o poteku pogajanj tudi redno obveščati nadrejene.

Partnerji delujejo po sprejetem Poslovniku o delu skupine za pripravo določenega dogovora. Najpomembnejše mesto v skupini ima vodja skupine. Ta mora zbirati informacije, spodbujati izmenjavo mnenj, hkrati pa doseči časovno omejenost in pravilno ugotoviti, kdaj je najbolj primeren trenutek za sprejem odločitve. Od vodje je odvisno, ali prihaja na dogovarjanjih do zavlačevanj, prevlade določenih interesov, čustvenih izpadov, ponavljanj že rešenih problemov in podobnega.

Seveda pa vpliva na delovanje določene skupine tudi delovanje zunanjega okolja. Obseg sredstev za financiranje zdravstva je znan, ko je sprejet proračunski

memorandum in mora biti znan pred začetkom pogajanj. Za dogovarjanje so potrebne strateške usmeritve na nacionalnem razvoju in če te niso pravočasno opredeljene in sprejete, prihaja lahko do neusklajenosti med nižjimi in višjimi družbenimi cilji. Odločitve, ki jih sprejme skupina za pripravo splošnega dogovora (npr. sprememba v izhodiščih za vrednotenje programov, širitev programov, standardi...), v veliki meri posledično vplivajo na skupine, ki usklajujejo področni dogovor in so jih lete dolžne upoštevati.

Pojavljajo se zahteve tudi po finančni odgovornosti partnerjev za sprejete dogovore. Vendar je ugotavljanje materialne odgovornosti težko izvedljivo, ker so odločitve pri dogovarjanju neponovljive in se stvari stalno spreminjajo. Poleg tega so tisti, ki odločitev sprejmejo, le redkokdaj pristojni za celoten potek izvajanja določenega ukrepa in zato nanj ne morejo vplivati. Merjenje učinkov oz. izidov pa je zaradi specifičnih lastnosti zdravstvenih storitev, ki so bile že omenjene, zelo težko izvedljivo.

3.6.1 Splošni in področni dogovori

Podrobneje so osnove urejanja pogodbenih razmerij za posamezno pogodbeno leto opredeljene v dogovoru, ki je splošni in v področnih dogovorih, ki določajo specifična določila glede na tip programov zdravstvenih storitev. Splošni dogovor sprejemajo predstavniki vseh sodelujočih partnerjev: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in predstavniki izvajalcev: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje.

V prvih dveh letih veljave zakona je bil sprejet le splošni dogovor, od leta 1994 dalje pa tudi področni dogovori. Ti so se po letih sprejemali za različno skupino dejavnosti, za leto 2004 jih je bilo sprejetih pet: za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost, za bolnišnice, za lekarniško dejavnost, za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč ter za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje. Za izvajalce, katerih dejavnost ni urejena s področnim dogovorom, se smiselno uporabljajo določila Splošnega dogovora.

Splošni dogovor opredeljuje količinski program zdravstvenih storitev, potrebne kapacitete in potrebno število zdravstvenih delavcev ter potrebna sredstva po posameznih dejavnostih. Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa za leto 2004 (obvezno zavarovanje in doplačila), brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah je znašala 306.052 milijonov SIT v tekočih (povprečnih) cenah. Prikaz plana po posameznih dejavnostih je v tabeli 3.3. S sprejetimi aneksi k dogovoru se je vrednost programa nekoliko spremenila.

Tabela 3.3 Vrednost programov 2004 po dejavnostih

	dejavnost	vrednost programa v mio SIT v tekočih (povpr.) cenah 2004	struktura v %
1.	osnovna zdravstvena dejavnost	84.973	27,7
2.	specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična sekundarna in terciarna dejavnost	187.911	61,4
3.	zdraviliška zdravstvena dejavnost	5.732	1,9
4.	lekarniška dejavnost (storitve brez nabavne vrednosti zdravil)	7.629	2,5
5.	dejavnost socialnovarstvenih zavodov	19.807	6,5
	SKUPAJ	306.052	100

Vir: Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004. Občasnik ZZZS, št. 3/2004, 11 (prirejeno).

V Splošnem dogovoru so opredeljena tudi izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in izvajalci, kot npr. določila v zvezi z razpisom in izbiro programov, osnovne standarde ponudbe zdravstvenih storitev, način obračunavanja zdravstvenih storitev, delovanja arbitraže in drugo. V okviru vsakoletnega dogovarjanja partnerji sprejmejo tudi merila za obračun opravljenih programov, s katerimi podrobneje opredelijo pogoje za plačilo storitev.

Plače izvajalcev v Sloveniji niso predmet pogajanj, saj višino izhodiščne plače urejajo kolektivne pogodbe, ki jih sklepajo sindikati in vlada. Po mnenju Kržiča imajo pri nas izvajalci v pogajanjih sorazmerno majhen vpliv na stroške delovne sile oziroma na materialni položaj zaposlenih. Imajo pa velik vpliv na oblikovanje zdravstvenih programov in obseg potrebnih zmogljivosti. V Evropi pa je stanje obratno (Kržič 1999, 50).

Področni dogovori natančneje opredeljujejo določila Dogovora, ki se nanaša na posamezno skupino izvajalcev oziroma zdravstveno dejavnost in ne smejo biti v nasprotju z določili Splošnega dogovora.

V zadnjih letih se obseg določil tako splošnega dogovora, kakor tudi področnih dogovorov in njihovih prilog vedno bolj širi. Po eni strani to pomeni podrobnejšo opredelitev obravnavanih področij, po drugi strani pa je celotno gradivo težko v celoti

obvladati. Nastajajo tudi problemi, saj obseg sprememb prerašča zmožnosti sprejemanja informacij, sistem postaja nepregleden. Zaradi zagotovitve enotnih tolmačenj bi bila potrebna večja vključenost pravne stroke pri pripravi dogovora.

Z vsebino dogovora in področnih dogovorov bi morali biti seznanjeni vsi izvajalci, s katerimi se sklepajo pogodbe. Še posebej velja to za zasebne zdravnike koncesionarje, saj so to osnove za njegovo delo in poslovanje. V javnih zavodih (npr. zdravstvenih domovih ali bolnišnici) je o tem seznanjen predvsem management in del uprave, ki je zadolžen za spremljanje in analizo delovnega in finančnega programa, ki pa sorazmerno slabo informira sodelavce o tem. Predvsem zdravniki pa bi morali biti seznanjeni s tendencami zdravstvene politike, z vsebino dogovorov in pogodb, saj so njihov neposredni izvajalec. Za boljšo informiranost izvajalcev ZZZS od leta 1994 dalje izdaja glasilo Občasnik – akti & navodila, ki izhaja nekajkrat letno glede na pomembne informacije in v katerem so objavljeni vsi omenjeni dogovori. Zadnja leta se vse pomembnejše informacije in gradiva objavljajo tudi na spletni strani ZZZS.

3.6.2 Načini financiranja izvajalcev

Metode za plačevanje storitev izvajalcem vplivajo zlasti na stabilnost sistema in zanesljivost ponudbe ter na učinkovitost in zagotavljanje kakovosti storitev. V svetu so znane različni sistemi prenosa sredstev na izvajalce: plačilo storitev, glavarina, plačilo po bolezenskem primeru, plačilo po bolniško-oskrbnih dnevih, plačilo po diagnozi (Diagnose Related Groups - DRG) oz. skupinah primerljivih primerov (SPP), plačilo za program (proračun) in razni drugi. Vsaka od metod ima različne prednosti in slabosti, predvsem pa različen vpliv na kakovost zdravstvenih storitev, obvladovanje stroškov in na administracijo. (Kržič 1999, 96). V tabeli 3.4 je prikaz različnih sistemov plačevanja, ki jih uporabljamo tudi v Sloveniji, in ocena njihovega vpliva na obvladovanje stroškov, zagotavljanje kakovosti storitev in potrebno administracijo.

Tabela 3.4 Primerjava uspešnosti različnih sistemov plačevanja

Sistem plačevanja	Obvladovanje stroškov	Kakovost	Tehnične zahteve
Plačevanje storitev	zelo slabo	zelo dobra	kalkulacija storitve ali cenik
Glavarina	zelo dobro	zadovoljiva	kalkulacija, pogajanja
Plačevanje primerov	dobro	zadovoljiva	seznam
Plačilo po bolniško - oskrbnih dnevih	zadovoljivo	slaba	kalkulacija obremenitve, pogajanja
Plačevanje programov	zelo dobro	zadovoljiva	kalkulacija, pogajanja
Pavšal	dobro	dobra	lista odobrenih postavk, kalkulacija, pogajanja

Vir: Kržič 1999, 96 (prirejeno).

Primernost in učinkovitost posameznih oblik financiranja je za vsako državo različna, odvisna od lokalnih razmer. Priporočljive so kombinacije različnih oblik.

V Sloveniji imamo različne sisteme evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, ki so po posameznih dejavnostih različni.

Na primarni ravni:

- v dejavnosti splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev, v dispanzerjih za ženske - kombiniran sistem glavarine in storitev (količniki) z dodatnimi pogoji,
- v dejavnosti zobozdravstva, patronaže in nege na domu, fizioterapije, dispanzerjev za mentalno zdravje - storitveni sistem (točke),
- za ostale dejavnosti v osnovni zdravstveni dejavnosti – pavšal,
- v dejavnosti reševalne službe: za nujne reševalne prevoze - pavšal, za nenujne reševalne prevoze – storitveni sistem (km oz. točke).

Na sekundarni ravni in terciarni ravni:

- v specialistični ambulantni dejavnosti - storitveni sistem (točke, obiski),
- dializna dejavnost – evidentiranje števila dializ oz. dializnih dni,
- v bolnišnični dejavnosti: pavšal za bolnišnični primer, bolniško oskrbni dan, postopno uvajanje plačevanja bolezenskih primerov po skupinah primerljivih primerov (SPP), za zahtevnejše posege dogovorjena cena.,
- V drugih dejavnostih:
- v lekarniški dejavnosti - storitveni sistem (točke) za storitve lekarniškega delavca, zdravila se plačujejo po nabavni vrednosti

- v zdraviliški zdravstveni dejavnosti - nemedicinski oskrbni dan (za hrano in nastanitev), točke (za rehabilitacijske storitve)
- v dejavnosti socialnih zavodov - povprečni oskrbni dan glede na najzahtevnost zdravstvene nege.

Način financiranja se je v zadnjih desetih letih večkrat spremenil in predvsem doživljal večje in manjše modifikacije. Vse navedene spremembe obračunskih modelov so bile sprejete s partnerskim dogovarjanjem. Načini evidentiranja in obračunavanja se praviloma izvajajo vnaprej. V praksi se dogaja, da se partnerji dogovorijo za obračun storitev po spremenjenem načinu tudi za nazaj, kar pa predstavlja velike zaplete pri obračunu.

3.6.3 Potek partnerskega dogovarjanja 1992 – 2004

Pregled trinajstletnega razvoja partnerskega dogovarjanja kaže na zelo velike spremembe in dograjevanja tega modela urejanja medsebojnih odnosov.

Po uveljavitvi partnerskega dogovarjanja s 1.3.1992 so se pojavile začetniške težave pri vseh partnerjih, predvsem zaradi velikih sprememb, ki jih je prinesla nova zakonodaja. Država je po reformi dobila nove naloge in pristojnosti, ki jih je počasi privzemala. ZZZS je bil na novo ustanovljen, nastal je iz bivših zdravstvenih skupnosti, ki so bile zelo različno razvite in neenotno urejene, razdeljene po celotnem območju Slovenije. Po ukinitvi samoupravnih interesnih skupnosti (SIS) so do sprejetja nove zakonodaje delovale pod okriljem Republiške uprave za zdravstveno varstvo. Zavod je zato kot prvo želel vzpostaviti novo organiziranost in poenoteno delovanje vseh teritorialnih enot. Na strani izvajalcev je prišlo do bistvene spremembe, saj je bila po novem dovoljena zasebna dejavnost, ki se je na podlagi koncesije lahko vključila v mrežo javne zdravstvene službe. Veliko je bilo sprememb, ki so se nanašale na status, lastnino in upravljanje zdravstvene službe. Ustanovljeni sta bili Zdravniška in Lekarniška zbornica Slovenije ter Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ki sta pridobili poleg ostalih tudi pristojnost za zastopanje članstva v pogajanjih. Za ta namen niso imeli vzpostavljene nikakršne informacijske infrastrukture, spopadali so se z začetniškimi organizacijskimi težavami.

Izvajalci so bili v začetnem obdobju nepovezani, združenja niso bila še v funkciji, z izjemo lekarniške, ki je že imela nekaj tradicije. Med izvajalci iste dejavnosti so bile velike razlike, ki so izhajale iz podedovanih materialnih in kadrovskih zmogljivosti (regijska raznolikost). S strani Ministrstva za zdravstvo in Zavoda še ni bila izdelana jasna vizija delovanja zasebnitva v sistemu zdravstvene službe. Nova struktura je morala začeti delovati brez lastnih strategij, temeljila je na konceptualnih podlagah in zakonodaji bivše države.

Zaradi navedenega med partnerji sprva ni bilo ustreznega sodelovanja in zaupanja. Novega načina demokratičnega odločanja se je bilo potrebno šele učiti. Edine podobne izkušnje takemu načinu upravljanja so bile iz obdobja samoupravnih interesnih skupnosti, kjer so se predstavniki uporabnikov in izvajalcev zdravstvenih storitev dogovarjali o obsegu programov zdravstvenih storitev in financiranju zdravstva nasploh.

ZZZS je bil kot edini nosilec in izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja prisiljen izjemno pospešeno informatizirati in organizirati lastno dejavnost. Zaradi njegove vloge plačnika programov zdravstvenih storitev in spremljanja njegove realizacije, je bil ZZZS prvi organizator in iniciator v skupini, ki je pripravljala predlog dogovora. Predvsem zaradi razpoložljivosti s podatki in sposobnostjo njihovega procesiranja (tehnološko in kadrovske) je bil ZZZS edini, ki je bil zmožen uvesti spremembe načina financiranja in s tem poenotiti različen položaj izvajalcev in povečati učinkovitost izvajanja v dejavnosti zdravstvenega varstva. Država na to področje ni posegala, zato je prevladoval občutek, da se dogovarjata le dva. Med predstavniki izvajalcev je vladalo nezaupanje in strah, da jim bo ZZZS vsilil izhodišča, ki jim bodo bistveno poslabšala finančni položaj glede na predhodno obdobje. ZZZS je glede na okoliščine deloval oz. je bil prisiljen delovati in ukrepati tudi na tistih področjih, kjer je premalo aktivno delovala država. Ob tem je potrebno poudariti, da so bili v tem obdobju prav po zaslugi aktivnosti ZZZS doseženi veliki premiki v poenotenju in izenačevanju položajev izvajalcev, enakomernejši preskrbljenosti in s tem postavljene osnove za nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva.

V zadnjih letih se stanje nekoliko spreminja. Ministrstvo za zdravje prevzema vse vidnejšo vlogo, postaja aktivnejši nosilec nalog vrednotenja storitev (uvajanje novega načina evidentiranja bolnišničnih storitev, preventiva, aktivnosti za skrajševanje čakalnih dob in drugo). Združenja in zbornice so vse bolj homogena in organizirana. Zelo očitna je vloga sindikatov zaposlenih v zdravstvu. ZZZS je še naprej nosilec številnih nalog integralnega pomena, vendar bolj na področju pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter uvajanju tehnologij za uveljavljanje in spremljanje izvajanja programov zdravstvenih storitev (npr. kartica zdravstvenega zavarovanja).

V trinajstletnem obdobju so partnerji obravnavali številna pomembna vprašanja. V ospredju je bila standardizacija in usklajevanje zahtev in potreb z razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Zaradi stihijskega financiranja pred reformo leta 1992 so nastale velike razlike v zmogljivostih med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti. Zato je bilo potrebno takoj začeti s projektom prestrukturiranja. Po Petriču je osnovni cilj standardizacije v zdravstvu poenotiti dostopnost in kvaliteto storitev vsem zavarovanim osebam, pravičnejša delitev sredstev med izvajalci iste dejavnosti, zagotovitev enake obremenitve zaposlenih izvajalcev, stimuliranje izvajalcev k boljšemu delu ter

poenostavitev vsakoletnega dogovarjanja in sklepanja pogodb (Petrič 1998, 17). Standardizacija se je začela v osnovni in zobozdravstveni dejavnosti ter nekaterih specialističnih ambulantah in je sprva veljala le za zasebnike, leta 1996 pa poenotila skoraj vse dejavnosti tako v zdravstvenih domovih kot pri zasebnikih. Izvedena je bila v lekarniški dejavnosti in v dejavnosti zdravstvene nege v socialnih zavodih. Na področju bolnišnic se je standardizacija začela pri dializni dejavnosti in na področju psihiatrije, nato pa z izenačevanjem kadrovskih in materialnih pogojev primerljivih bolnišnic, ki so bile razvrščene v tri skupine oz. kategorije. Nadaljnje poenotenje se bo uveljavljalo s postopnim prehodom na plačevanja po skupinah primerljivih primerov.

Načini plačevanja izvajalcev so stalna tema pri pogajanjih. Pred spremembo zakonodaje 1992 je bil uveljavljen nekoliko spremenjen storitveni sistem z upoštevanjem relativnih točkovnih razmerij iz seznama zdravstvenih storitev t. im. zelene knjige. Spremembe so se začele leta 1993, ko je bil uveden količniški sistem v splošnih ambulantah in dispanzerjih za otroke in šolarje, plačevanje bolniško-oskrbnih dni v bolnišnicah in negovalnih dni v socialnih zavodih. Bistvena sprememba v osnovni zdravstveni dejavnosti je bila tudi uvedba glavarine leta 1995 za plačevanje dela splošnih ambulant, dispanzerjev za otroke in šolarje, od leta 2000 dalje pa tudi dispanzerjev za ženske. Postopoma se je v osnovni zdravstveni dejavnosti uveljavil tudi model plačevanja po pavšalih (za zdravstveno vzgojo, nujno medicinsko pomoč, dežurno službo, razvojno ambulanto). Spreminjal se je tudi način plačevanja bolnišnične dejavnosti. Od leta 1993 dalje je veljal način plačevanja po bolnišnično oskrbnih dnevih, v letu 2001 je bila sprememba na plačevanje po primerih, z letom 2003 pa se je začelo postopno uvajanje plačila po skupinah primerljivih primerov (SPP). Ta način pomeni, da se izvajalcem akutnih bolnišničnih obravnav plačuje opravljene bolnišnične storitve po skupinah glede na diagnozo. Poleg temeljnih sprememb načina financiranja so bili sprejeti številni dopolnilni pogoji za plačevanje, ki naj bi dodatno stimulirali izvajalce in povečali kakovost opravljenih storitev. Bistven korak je bil v tem obdobju narejen pri izboljševanju in izenačevanju preskrbljenosti z vključevanjem ključnih pogojev za zagotavljanje pravične in enakomerne dostopnosti zdravstvenih storitev vsem zavarovanim osebam. Uvedli so se novi programi za zagotovitev nujne medicinske pomoči, program preprečevanja odvisnosti od prepovedanih drog, povečanje programov nekaterih, za prebivalstvo pomembnih operacij in preiskav, kjer so dolge čakalne dobe, preventivni programi za odraslo prebivalstvo, širitev kapacitet v socialnovarstvenih domovih in drugo.

Sprejeta izhodišča za izračunavanje cen in obračunavanje zdravstvenih storitev zajemajo naslednje elemente: plače, druge prejeme zaposlenih po kolektivni pogodbi, zakonsko predpisane obveznosti, materialne stroške in amortizacijo. V navedenem obdobju so na rast odhodkov za zdravstvo imeli predvsem velik vpliv realna rast plač

zaposlenih v zdravstvu, zlasti zdravnikov, ki so bila dogovorjena med vlado in zdravstvenimi sindikati, povečanje materialnih stroškov zaradi uvedbe davka na dodano vrednost v letu 1999 ter širitev programov. Predvsem pa so potrebe in zahteve udeležencev vsako leto vedno večje od zmožnosti oz. finančnih sredstev. Zato je bilo potrebno vsakoletno prilaganje in odločanje za prioritete.

Dosedanje izkušnje kažejo, da se partnerji zelo težko dogovorijo za kakršno koli spremembo. Vsako leto ostaja veliko nerešenih vprašanj, ki se rešujejo na arbitražah ali z odločitvami vlade. S tem se pogajanja močno podaljšajo, kasnijo zakonski roki za zaključek posameznih aktivnosti, predvsem so pozno sprejeti področni dogovori. Dogovorom takoj po sprejetju že sledijo aneksi, ki so »korektura« ali dopolnilo sprejetih določil in so zelo nepregledni pri uporabi. Poleg tega se sprejeti dogovori in aneksi objavljajo v različnih časovnih terminih, v različnih medijih in ker se čistopisi ne izvajajo, lahko pride do različnih tolmačenj posameznih določil.

Zamik prve stopnje pogajanj povzroči zamik druge faze, ki zajema izvedbo razpisa in sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev. Praviloma je objava razpisa za datumom začetka veljavnosti pogodbe. Pri tem je potrebno upoštevati, da proces prijave izvajalcev, izdelave pogodbe in operativnega pogajanja do podpisa traja od enega do tri mesece. Razpisi so tako izvedeni praviloma šele sredi leta, sklepanje pogodb pa se pomakne v drugo polovico ali celo zadnjo četrtino leta. Letna realizacija programov se takrat že zaključuje. Obračuni po pogodbah se izvajajo za nazaj, ko določeni ukrepi sploh niso več izvedljivi. V nerodnem položaju so izvajalci, ki zaradi rokovne zamude pogodbe nimajo potrjenega planiranega obsega dela in sprejetih finančnih načrtov, prav tako pa tudi ZZZS predvidenih finančnih izdatkov. Zagotavljanje pokritosti izdatkov z viri je težavno, nenehno koregiranje finančnih načrtov je zapleteno, sistem financiranja izgublja na preglednosti.

3.6.4 Analiza procesa dogovarjanja in potrebni ukrepi za izboljšanje

Model dogovarjanja je v evropskih zdravstvenih sistemih, ki so zasnovana na socialnem zavarovanju, uveljavljen že mnogo let. V novejšem času se dogovarjanje uveljavlja kot orodje načrtovanja in upravljanja tudi v tistih sistemih, ki temeljijo na proračunskih sredstvih. Namen uveljavljanja tega modela je doseči ekonomsko motivacijo, izboljšanje izvajanja zdravstvenega varstva in s tem učinkovitejše razporejanje denarnih sredstev. Prehod na dogovorni model pa ni enostaven, saj morajo biti za to izpolnjeni številni pogoji.

Slovenija je z uvedbo tega modela že prešla določene težave. Pojavljajo pa se še nekatere pomanjkljivosti, ki jih bo potrebno odpraviti. Po mnenju Česna » neuspešno dogovarjanje potiska financiranje zdravstvene dejavnosti iz obveznega zdravstvenega

zavarovanja v proračun. To pa bi pomenilo korak nazaj in bi bilo v nasprotju s sodobnim gledanjem na upravljanje sistema zdravstvenega varstva» (Česen 2003, 175).

Analiza slovenskega modela (tabela 3.5) pokaže, katere so njegove prednosti in slabosti znotraj modela ter izzivi in nevarnosti zunaj sistema.

Tabela 3.5 SPIN analiza obstoječega modela dogovarjanja v Republiki Sloveniji

NOTRANJI DEJAVNIKI	
<p>PREDNOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - večja učinkovitost in kakovost izvajanja zdravstvenih storitev, - pravično razporejanje sredstev, - manjša možnost zgrešenih odločitev, - večja elastičnost pri odločitvah, - večja učinkovitost in zadovoljstvo zaradi možnosti vplivanja na spremembe, - enoten in povezan zdravstveno informacijski sistem, - le ena zdravstvena zavarovalnica, enotnost evidenc, - motivacija za deficitarne dejavnosti 	<p>SLABOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - prevlada interesov ene strani, neenakomeren razvoj posameznih zdravstvenih dejavnosti, - pomanjkanje informacij, pogajalskih spretnosti, - veliki administrativni (transakcijski) stroški, - nepreglednost sistema zaradi množice sprememb, - nepravilnost (neizvajanje storitev, ki so manj profitne), - zloraba moči zaradi monopola nad podatki in informacijami
ZUNANJI DEJAVNIKI	
<p>IZZIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> - decentralizacija, - demokratičnost, - stabilen sistem zdravstvenega varstva, - upoštevanje dejanskih potreb prebivalstva, - uravnotežena socialna politika 	<p>NEVARNOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - državni centralizem, - politični pritiski, - če ni enotnih vizij in strategij lahko sistem dogovarjanja odpove in odloča država, - finančna nestabilnost zdravstvenega sistema lahko vodi v proračunski način financiranja

Prednosti in slabosti izhajajo iz notranje organiziranosti, delovanja neposrednih udeležencev, njihovega znanja in pogajalskih izkušenj ter od pretoka informacij. Urejanje pogodbenih odnosov na decentraliziran način ima številne prednosti, saj upošteva večji vpliv in argumente neposrednih udeležencev, zahteva pa več časa in predvsem razvito pogajalsko kulturo. Je zahtevnejše za izvajanje, kar pomeni večje administrativne stroške.

Obstoječi model dogovarjanja je proces, ki poteka znotraj sistema zdravstvenega varstva, zato gre za prepletenost dejavnikov, ki vplivajo na obstoječi model. Po drugi strani gre tudi za prepletanje tako notranjih kot zunanjih vplivov. Tako na primer vzpostavitev enotnega in povezanega zdravstveno informacijskega sistema služi

administrativnim postopkom v zdravstvenih zavarovalnicah in pri izvajalcih, obenem služi za sistem poročanja, za razvoj medicinske stroke in podporo zdravljenju pacientov ter za potrebe strateškega odločanja tako na nivoju posameznih subjektov v sistemu zdravstvenega varstva kot za potrebe odločanja na državnem nivoju. Po drugi strani lahko takšen sistem pomeni tudi nevarnost. Če ni zagotovljen ustrezen nadzor nad uporabo podatkov in pride do njihove zlorabe je lahko s tem ogrožena varnost posameznikov.

V primeru, ko ni enotnih vizij in strategij razvoja zdravstvenega varstva, gredo lahko tudi odločitve partnerjev v nepravilno smer. V taki situaciji obstaja nevarnost, da pride do prevlade interesov ene strani, neenakomernega razvoja posameznih zdravstvenih dejavnosti, posledice česar pa so lahko zgrešene strategije posameznih izvajalcev. Povečan pritisk na dodatna sredstva lahko povzroči finančno nestabilnost sistema zdravstvenega varstva, kar ima lahko zelo velike posledice.

Izkušnje predhodnih obdobj v procesu dogovarjanja, analizirane z vseh vidikov in vseh udeležencev, so zelo dobra podlaga (povratna zanka) za nadaljnji razvoj.

Pogajalci so v pretežni meri managerji. S strani Zavoda so za delo v skupini za splošni dogovor pooblaščen najvišji vodstveni kadri, za področne dogovore pa tudi managerji nižjega nivoja (direktorji območnih enot, vodje ali delavci oddelkov za plan in analize). Po profesiji so to predvsem visokokvalificirani kadri ekonomske smeri. Včasih za določena področja ali zadeve sodelujejo zdravniki, farmacevti ali drugi profili. Na strani izvajalcev sodelujejo predvsem managerji združenj, zbornic in direktorji izvajalskih zavodov, večinoma strokovnjaki s področja medicine. Pogajalci s strani ministrstva so predvsem strokovni delavci. Ker je skupina zelo heterogena, bi po mojem mnenju lahko povečali učinkovitost zlasti z aktivnostmi pred pogajanja, kot npr. srečanje pogajalcev oz. potencialnih pogajalcev v obliki splošne inštruktaže o temeljnih osnovah dogovarjanja, o katerih se večina ni izobraževala v splošnih izobraževalnih programih. Nadalje bi zelo koristilo spoznavanje zdravstvene ekonomike, drugih zdravstvenih sistemov, primerjave raznih oblik načina plačevanja izvajalcem, spoznavanje dobrih in slabih strani posameznih oblik, proučevanje različnih načinov reševanja problemov v drugih državah (npr. problem zniževanja čakalnih dob, obvladovanja stroškov za zdravila) lahko bistveno pripomore k dobrim odločitvam. Menim, da se premalo uporabljajo tudi metode in tehnike za spodbujanje novih idej.

Za ureditev nastalega položaja je potrebno zagotoviti odgovorno ravnanje pogajalcev in disciplino pri upoštevanju časovno opredeljenih rokov. Eden izmed ukrepov je lahko ta, da v kolikor do postavljenega roka ne pride do dogovora, veljajo določila predhodnega dogovora. S tem bi povečali interes partnerjev, da stvari uredijo v dogovorjenem roku. Novosprejeti dogovori pa bi začeli veljati od 1.1. sledečega leta dalje. S tem bi bila zagotovljena večja stabilnost poslovanja in transparentnost sistema

financiranja, spremenjeni pogoji poslovanja pa bi tako bili poznani vnaprej. Zagotavljanje pokritosti izdatkov z viri bi bilo lažje. Takšni ureditvi so seveda nasprotni operativni, pogosto kratkoročni interesi, kjer prihajajo vse bolj do izraza tudi raznovrstni lobiji.

Partnerji morajo s pomočjo dogovarjanja tudi vnaprej nadaljevati s temeljnimi nalogami, to je s standardizacijo, ki zagotavlja enakovrednejši položaj izvajalcev in z zagotavljanjem čim bolj enake dostopnosti zdravstvenih storitev vsem zavarovanim osebam na celotnem območju Slovenije.

Za izboljšanje procesa dogovarjanja med partnerji so potrebni naslednji ukrepi:

- potrebno je izboljšati pripravljenost, disciplino in odgovornost partnerjev ter racionalizirati procese dogovarjanja, jih časovno razmejiti in zastaviti rokovni plan po fazah;
- zagotavljanje zakonsko predpisanih rokov za sprejem dogovorov in sklepanje pogodb. Potrebno je doseči, da bodo razpisi že v predhodnem letu, veljavnost pogodbe od 1.1. tekočega leta naprej;
- dogovori naj bi se sklepali za daljše obdobje, npr. za tri leta. Pogoj za to so stabilnejše gospodarske in družbene razmere;
- povečati informacijske podlage za odločanje, zagotoviti enakovredno dostopnost vseh partnerjev do informacij;
- možnost vključitve dodatne strokovne pomoči, npr. v obliki začasnega tima za analizo ali izvedbo določenega problema;
- pri izbiri predstavnikov upoštevati usposobljenost, ustvarjalnost in izkušnost s področja dogovarjanja. Zaželeno je kontinuiteta pogajalcev, da se ne bi ponavljale zadeve, ki so bile že razrešene;
- potrebno je natančneje razmejiti naloge in odgovornosti udeležencev v dogovarjanju, možnost uvedbe mandata namesto pooblastil zaradi povečanja odgovornosti, izboljšati pripravljenost na pogajanja, poostri nadzor nad pooblastili;
- potrebno je zagotoviti učinkovito razporejanje sredstev. Predvsem pri izvajalcih je težnja po dodatnih sredstvih večja kot želja po iskanju notranjih rezerv;
- miselnost o obvladovanju stroškov morajo prevzeti vsi partnerji. Izvajalci morajo pri pripravi predlogov programov upoštevati omejenost sredstev in na osnovi strokovnih utemeljitev predlagati prioritete;
- dopolnjevanje obstoječih in uvajanje novih načinov financiranja izvajalcev, ki jih bodo spodbujali k izvajanju kakovostnejših storitev, boljši organizaciji dela in večji učinkovitosti;
- povečati jasnost in razumljivost vsebine dogovorov in področnih dogovorov, sprejeta določila morajo vsi partnerji enako razumeti in jih tudi enotno razlagati

strani, ki jo zastopajo (nekatero sprejete rešitve so tako zapletene, da je potrebna njihova razlaga);

- stalno spremljanje in preverjanje ustreznosti posameznih standardov glede na spreminjanje pogojev;
- povečati vključenost nevladnih organizacij, varuha bolnikovih pravic in lokalnih skupnosti v proces dogovarjanja.

ZZZS predlaga tudi spremembe oz. dopolnitve zdravstvene zakonodaje za poenostavitev in dograditev partnerskega modela ter za jasnejšo razmejitev nalog, pristojnosti in odgovornosti posameznih partnerjev, kot npr. število predstavnikov posameznih partnerjev in števila glasov vsakega partnerja, podrobnejše določilo glede predstavnikov izvajalcev in drugo. Hkrati predlaga, da bi vlada sodelovala s predstavnikom Ministrstva za zdravje v arbitraži, odločitev arbitraže pa bi bila dokončna. (Strateški razvojni program ZZZS 2002-2007).

Z navedenimi predlogi bi odpravili nekatere slabosti sedanjega modela dogovarjanja, ki so navedene v tabeli 3.5 in se s tem izognili nevarnostim od zunaj. Tudi v naprej je potrebno v največji meri izkoristiti prednosti, ki jih ta način zagotavlja, saj bomo s tem dosegli stabilnost sistema zdravstvenega varstva, demokratičnost in večje upoštevanje dejanskih potrebe prebivalstva, kar so cilji vsake države.

3.7 Sklepanje pogodb

Z zaključkom prve faze dogovarjanja, to je sprejemom Splošnega in Področnih dogovorov, se pričena druga faza – izvedba razpisa, individualna pogajanja ter sklepanje pogodb med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev. Ker se v zadnjih letih dogaja, da so izpolnjeni pogoji za izvedbo razpisa šele sredi koledarskega leta, se skuša pospešiti zadnjo fazo dogovarjanja.

Razpis se nanaša na storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse zdravstvene dejavnosti. Do leta 2000 je veljal za vse izvajalce, ki so se morali na razpis v roku prijaviti z določenimi obrazci. Od takrat dalje pa se objavljen razpis nanaša le na nove izvajalce, vsem ostalim izvajalcem, ki so z ZZZS sklenili pogodbo za predhodno leto, pa Zavod ponudi sklenitev pogodbe v skladu z veljavnimi določili. To je bil dogovor med partnerji zaradi zagotovitve krajšanja postopkov, racionalizacije dela v postopku priprave in sklepanja pogodb. Pri tem izvajalci predvsem ponudijo oz. predlagajo spremembe v programu glede na predhodna obdobja.

Na razpis se lahko prijavijo vsi javni in drugi zavodi ter zasebni zdravstveni delavci, ki imajo za opravljanje dejavnosti dovoljenje in koncesijo. Izbira ponujenih programov med izvajalci se presoja na osnovi usklajenosti s splošnim in področnim dogovorom, podatki o preskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi storitvami, dostopnosti storitev in glede na specifične probleme posameznih območij. Pri rednih

razpisih praviloma ne gre za širitev mreže. V takšnih okoliščinah se z zasebnikom sklene pogodba pod pogojem, da izhaja iz mreže javne zdravstvene službe. Za dogovorjen obseg storitev se zmanjša program javnemu zavodu.

Šele s sklenitvijo pogodbe, ki je civilno – pravni dokument, izvajalec in plačnik (ZZZS) prevzameta konkretno dogovorjene medsebojne pravice in obveznosti, ki so tudi sodno iztožljive. Pogodbe sklepajo območne enote v imenu celotnega ZZZS z izvajalci s sedežem na njihovem območju. Z izvajalci na terciarnem nivoju in z zdravilišči sklepa pogodbe direkcija.

Partnerji so pred leti ugotavljali, da vsakoletna pogodba ni potrebna in so se sklepali aneksi k pogodbi za preteklo leto. Vendar s tem ni bilo nič manj dela. Prav tako je bilo potrebno pripraviti vse nove finančne načrte zaradi novih letnih izhodišč in nekatere nove priloge. Besedilo aneksa je bilo še bolj zapleteno, ker so se spreminjali le nekateri členi pogodb. V bistvu se je preglednost dogovorjenega zelo poslabšala. Zadnja leta se pogodbe spet sklepajo vsako leto, njihova veljavnost je od 1.4. dalje, za nove zasebnike pa vnaprej od 1.10.

Pogodbe podrobno opredeljujejo obseg in vrste storitev po dejavnostih, vrednost programa in izhodiščne cene storitev, medsebojne obveznosti pogodbenih strank, ordinacijski čas izvajanja programa in čakalne dobe za posamezne preglede, storitve oz. preiskave ter druge priloge (plan ločeno zaračunljivih materialov in preiskav, plan dragih laboratorijskih preiskav, seznam voznikov in vozil v reševalni službi, plan dejavnosti, ki se plačujejo v pavšalu in drugo). Celotna pogodbeni vrednost zajema obvezno in prostovoljno zavarovanje. Zato ni primerljiva z zneski obračunov, ki zajemajo le obveznost iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako ni primerjave zaradi različne ravni cen. V pogodbi so cene v višini decembra preteklega leta, obračuni zajemajo tekočo ceno, v kateri so zajete vse revalorizacije.

Določbe iz Splošnega in Področnih dogovorov so obravnavane kot sestavni del pogodbe. Nekatere pogodbene določbe imajo zelo dinamičen značaj. V takih posebej dogovorjenih primerih ob spremembah ni potrebno sklepanje aneksov (npr. ordinacijski časi, čakalne dobe, plan prevozov pacientov na in z dialize). Podatki o ordinacijskih časih in čakalnih dobah imajo javni značaj in so od novembra 2004 objavljeni na internetu.

V kolikor ZZZS in izvajalec ne dosežeta dogovora, je v pogajalskem procesu predviden še tretji korak. Bodisi izvajalec (če mu je predlog ZZZS nesprejemljiv) bodisi ZZZS (če se izvajalec na njegov predlog ne odzove) lahko sproži arbitražo. Odločitev arbitraže, na kateri sodelujejo predstavniki ZZZS, izvajalca in Ministrstva, je dokončna.

Osnovna prednost sklepanja pogodb na nivoju območnih enot pa je, da sta oba partnerja na tem nivoju najbolj seznanjena s potrebami in zahtevami prebivalcev, z zmogljivostmi in organiziranostjo zdravstvene dejavnosti na tem področju in se

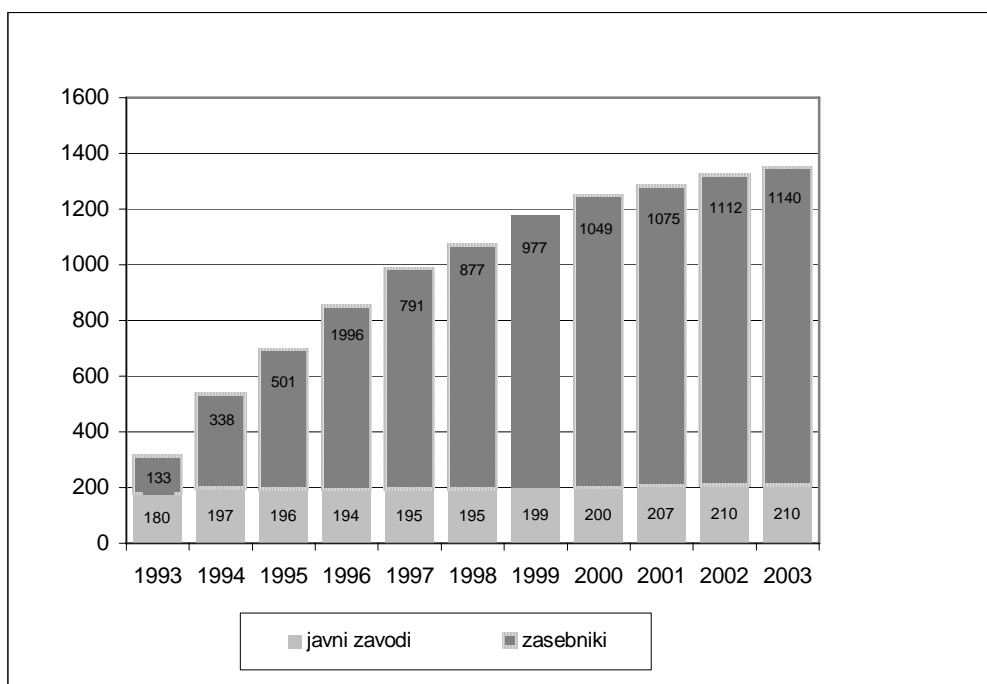
medsebojno podrobno poznata. V fazi operativnega pripravljavanja in sklepanja pogodb v območnih enotah tako ostaja razmeroma malo pristojnosti, o katerih se odloča. Kljub temu se šele v tej fazi realizirajo načelni dogovori. Z individualnimi pogajanjmi se dogovorijo zlasti notranja prestrukturiranja programov (v okviru finančnih sredstev) in raznovrstni posebni pogoji in druge določbe, ki pa ne smejo biti v nasprotju s splošnim in področnimi dogovori. Ta druga faza pokaže stopnjo uspešnosti in zadovoljstva obeh partnerjev s prvo fazo dogovarjanja. Pri tem ugotavljamo, da izvajalci ne poznajo pogajalskih poti in dajejo predloge, ko je dogovor že sprejet. Velikokrat dajajo zahtevke po povečanem obsegu programa, čeprav ni dogovorjen. Na nivoju območne enote so opazni tudi večji pritiski s strani lokalnih oblasti in lobijev.

Bistvo dogajanja na nivoju območne enote pa je direkten, vsakodnevni stik pooblaščenih predstavnikov izvajalcev in ZZZS v zvezi z operativnimi nalogami za izvajanje (skupni informacijski sestanki, operativno odpravljanje odprtih vprašanj in problemov, obveščanje o tekočih cenah, poračunih, pošiljanje navodil za evidentiranje in zaračunavanje, vodenje nadzornih postopkov in drugo). Zato je medsebojni odnos zelo pomemben in le sodelovanje obeh strani vodi k učinkovitemu delu.

Poleg priprave pogodb je predvsem zahtevno njihovo dejansko izvajanje. Sklenjena pogodba je podlaga za obračun zdravstvenih storitev. Evidentiranje in zaračunavanje storitev se tekoče izvaja in kontrolira pri likvidaturi računov. V skladu s prejetimi merili, ki jih sprejmejo partnerji za Dogovor, se izvedejo obdobjni in po zaključku koledarskega leta še končni obračun za določeno leto. Velik problem je sklepanje pogodb z veljavnostjo za nazaj, kar izjemno zapleta operativne procese. Sistem je zaradi tega netransparenten in težko preverljiv. Povečane so potrebe po dodatnih operativnih navodilih izvajalcem s strani financerja (ZZZS).

Podatki o številu sklenjenih pogodb od leta 1993 do 2003 (slika št. 3.2) kažejo, da je število predvsem v prvem obdobju močno naraščalo, trend se je začel umirjati šele po letu 1999.

Slika 3.2 Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki 1993 - 2003



Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2003, 10.

Povečevanje števila pogodb je predvsem posledica prehoda zdravstvenih delavcev iz javnih zavodov v zasebnništvo, nekoliko pa tudi širitve zdravstvene mreže (nove kapacitete v socialnovarstvenih zavodih in delovno varstvenih centrih).

Po podatkih iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2003 je Zavod je v letu 2003 sklenil pogodbe s 1.356 izvajalci, od tega 210 z javnimi zavodi in 1.146 z zasebniki. Čeprav predstavljajo pogodbe z zasebniki skoraj 85 % pogodb, znaša njihov delež v finančnih sredstvih za zdravstvene programe le okrog 9 odstotkov.

Delež zasebnih zdravnikov iz ur je po strokah različen. Največ zasebnikov je med zobozdravniki in sicer kar 45 % od vseh zobozdravnikov, okrog 30 % jih je med zdravniki v ginekoloških dispanzerjih, 18 % med vsemi splošnimi zdravniki in pediatri ter najmanj, le okrog 11% med specialisti v specialistični ambulantni dejavnosti.

Pogodbe, sklenjene z javnimi zavodi zajemajo skoraj 91 % finančnih sredstev za zdravstvene programe. V letu 2003 je Zavod sklenil pogodbe s 26 bolnišnicami, ki zajemajo kar polovico vseh vkalkuliranih delavcev iz ur. Druga velika skupina izvajalcev so zdravstveni domovi, s katerimi je bilo lani sklenjenih 61 pogodb. Z ostalimi izvajalci pa še: z lekarnami skupaj 97 pogodb (od tega 24 pogodb z javnimi in 73 z zasebnimi lekarnami), z zdravilišči skupaj 15 pogodb in s socialnovarstvenimi zavodi skupaj 86 pogodb.

V Zavodu si prizadevamo za čim bolj strokovno in učinkovito delo, ki naj bi se odražalo tudi pri procesu sklepanja pogodb. Zato je vzpostavljena dobra notranja informiranost med službami, oddelki in z direkcijo, organizirane so skupne inštruktaže in svetovanje pri reševanju problemov. Cilj tega je večja strokovnost, poenoteno ravnanje med območnimi enotami ter korektno sodelovanje z izvajalci. Temelj dobrega partnerskega sodelovanja je strokovni pristop, strpnost in zaupanje. Rezultati pa uspešno opravljeno delo in obojestransko zadovoljstvo.

3.7.1 Nadzor nad uresničevanjem določil pogodb

ZZZS izvaja tudi poseben nadzor, za katerega je pristojen po določilih Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. V okviru nadzora nad izvajanjem programov zdravstvenih storitev in uresničevanjem pogodb, sklenjenih med ZZZS in posameznimi izvajalci o opravljanju in financiranju zdravstvenih storitev, se nadzira:

- dokumentiranje, evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev ter materialov;
- spoštovanje predpisov in dogovorjenih postopkov za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja;
- spoštovanje določil splošnih in področnih dogovorov;
- izpolnjevanje obveznosti, dogovorjenih s pogodbo med ZZZS in izvajalci.

Nadzori se izvajajo na način, ki je določen s pravilnikom, sprejetim na Upravnem odboru ZZZS. Po podatkih iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2003 je število nadzorov, izvedenih na lokaciji pri izvajalcih od leta 1995 do leta 2002 vsako leto naraščalo (od 384 na 1.033), od leta 2003 dalje povečanje ni več planirano, poudarek je na kvaliteti. V prvih letih je bil cilj nadzorov zlasti doseči večje poenotenje pri evidentiranju storitev v zdravstvu. V letu 2003 je bilo skupno opravljenih 930 nadzorov, večji poudarek pa je bil na nadzoru predpisovanja zdravil.

Cilj nadzorov ni finančno kaznovanje izvajalcev, temveč odpravljanje nepravilnosti, svetovanje in poučevanje izvajalcev. To je tudi eden od pomembnih načinov zbiranja povratnih informacij. Na ta način se pogosto odkrijejo nedorečenosti v predpisih in navodilih, ki jih je potrebno izpopolnjevati. V zadnjih letih je že opazno izboljšanje stanja na tem področju.

4 SKLEP

Smer razvoja sistema zdravstvenega varstva v prihodnosti bo odvisen od gospodarskih in družbeno – političnih razmer in interesov. Vsekakor bi si morali prizadevati, da ohranimo tiste pridobitve v sistemu zdravstvenega varstva, ki so za naše razmere najustreznejše. Negovati bi morali nekatere vrednote, ki jih tudi nekateri najrazvitejši ne premorejo. Poleg zagotavljanja visoke stopnje zdravstvene in socialne varnosti vsega prebivalstva, ohranitvi solidarnosti in vzajemnosti na tem področju, je spoštovanja vredna pridobitev tudi demokratičen način upravljanja s programom zdravstvenih storitev in njegovim vrednotenjem. Model dogovarjanja in sklepanja pogodb je sodobnejši in bolj demokratičen od državnega upravljanja, saj zagotavlja bolj učinkovito porabo zmogljivosti in sredstev zdravstvenega varstva. Zaradi možnosti zagotavljanja vplivov širših interesov odločitve izražajo bolj realne potrebe prebivalstva in udeležence motivirajo za njihovo uresničevanje.

Glavne pridobitve partnerskega načina, ki se je v Sloveniji v trinajstletnem obdobju postopno razvijal in dograjeval, je predvsem zmanjšanje razlik v preskrbljenosti prebivalstva z zdravstvenimi storitvami, standardizacija in poenotenje položaja sorodnih izvajalcev v okviru iste dejavnosti in poenotenje ponudbe zdravstvenih storitev.

Kljub mnogim pridobitvam partnerskega načina dogovarjanja in priložnostim za nadaljni razvoj, je potrebno opozoriti zlasti na pomanjkljivosti, ki sem jih navedla v poglavju 3.6.4 in ki jih je potrebno urediti. Ukrepi se nanašajo predvsem na doseganje časovne usklajenosti, povečano odgovornost sodelujočih in vodij pogajalskih skupin, povečano informacijsko podporo in možnost strokovne pomoči pri odločanju. Na splošno je potrebno razvijati znanja o pogajanjih, ureditvah v drugih državah, o različnih možnih oblikah financiranja zdravstvenih storitev. Standardizacija se mora nadaljevati, hkrati pa je potrebno stalno preverjanje ustreznosti in pravilnosti že sprejetih standardov za vrednotenje in plačevanje zdravstvenih storitev.

Obstajajo pa tudi zunanji vplivi na delovanje. Osnovne usmeritve za pravilno in uspešno dogovarjanje morajo biti opredeljene v enotnih strateških dokumentih, ki morajo biti tudi pravočasno sprejeti.

Vključenost javnosti v urejanje javnih zadev je vse pomembnejša. Zato predlagam večje vključevanje uporabnikov v ta proces, saj bi s tem imeli večjo možnost izražanja interesov. Primerno bi bilo, da bi pacienti dobili tudi specialnega varuha svojih pravic.

Pogajalcem bi pri odločanju koristilo več znanja s področja zdravstvene ekonomike, strokovno utemeljenih analiz in objektivnih meril, ki so osnova za odločanje. Za pripravo le-teh pa bi potrebovali sodobna specializirana informacijska orodja in po potrebi dodaten strokovni team.

Vsi pogajalci, predvsem pa vodje pogajalskih skupin bi morali dobro poznati osnove organizacijske kulture, etike in vodenja, da bi lažje obvladovali odnose znotraj skupine.

Z upoštevanjem predlaganih ukrepov in sprememb bi se način dogovarjanja kvalitetno izboljšal. Zavedati pa se moramo, da je partnersko dogovarjanje proces, ki ga je potrebno razvijati in ni mogoče pričakovati velikih sprememb odnosov na kratek rok. Partnerji bodo tudi v nadalje morali usklajevati lastne interese in razvoj z višjimi cilji in predvsem s finančnimi možnostmi.

Ker je dokazano, da imajo mehanizmi financiranja oziroma plačevanja velik vpliv na stroške, bo tudi v prihodnosti to področje imelo pomembno mesto v okviru partnerskega dogovarjanja. Razvijati bo potrebno predvsem sistem spodbud za večjo storilnost, za skrajševanje čakalnih dob, krajšanje zdravljenja v bolnišnicah, obvladovanje izdatkov za zdravila in medicinsko tehnične pripomočke ter drugih ukrepov. Ukrepi za obvladovanje stroškov pa ne smejo imeti negativnih vplivov na uspešnost zdravljenja.

Učinkovito in uspešno dogovarjanje v sistemu zdravstvenega varstva je v zelo spremenljivem okolju zahtevna in odgovorna naloga. Z natančnejšo razmejitvijo nalog in pristojnosti med partnerji ter z dodatnimi spremembami in dograditvami načina dogovarjanja, bo model dosegel izboljšanje. Zastavljeni cilj ne bi smel pasti v lastno zanko neučinkovitosti zaradi nezadostnih pogajalskih znanj ali nerazvite pogajalske kulture in nedodelanih strateških dokumentov. Na demokratično urejenost prežijo nenehne pasti. Vsaka neučinkovitost sistema je priložnost za krepitev moči posameznih struktur in centralizacijo. Zato je potrebno zelo skrbno negovati kulturo spoštovanja tudi drugih interesov.

Potrebno se je nenehno truditi, da so vplivi in moč čim bolj enakomerno razporejeni med vsemi udeleženci. Nastale razmere in odnose je potrebno prepoznavati in jih urejati. Cilj uspešnega dogovarjanja in urejanja pogodbenih odnosov v zdravstvu bo dosežen le z dobrim sodelovanjem vseh udeležencev, s strokovnim in odgovornim pristopom k razreševanju nalog ter pripravljenostjo prisluhniti argumentom druge strani.

Cilj diplomske naloge je bil s teoretičnega in praktičnega vidika prikazati proces partnerskega dogovarjanja in sklepanja pogodb, kritično oceniti obstoječe procese, prepoznati prednosti in slabosti, priložnosti in nevarnosti ter na osnovi tega postaviti določene zaključke za izboljšanje. V zadnji fazi dogovarjanja, to je procesu priprave in sklepanja pogodb sodelujem kot delavka ZZZS že od uvedbe tega modela dogovarjanja. Vsa leta sem spremljala sprejete dogovore, njihove spremembe in zakasnitve, ki so vplivale na potek mojega dela. Zato sem želela z nalogo podrobneje spoznati in predstaviti sistem dogovarjanja ter ga umestiti v širše okolje. Pričakovala sem, da bom z

analitičnim pristopom celotnega procesa dogovarjanja prišla do določenih zaključkov ali celo do konkretnih predlogov za spremembo.

Ugotoviti moram, da sem z nalogo v globalu izpolnila zastavljeni cilj. Preveč optimistična pa sem bila glede pričakovanih sprememb, saj se jih ne da takoj uresničiti. Eden izmed vzrokov za to so ugotovitve, da so vsi odnosi v sistemu zdravstvenega varstva medsebojno zelo prepleteni, zato sprememb ni mogoče uresničiti na kratek rok. Sedaj pri svojem delu lažje razumem kompleksnost in dolgotrajnost obstoječih postopkov. Druga ugotovitev je ta, da se v takšnem sistemu kot je zdravstvo, spremembe lahko uspešno izvajajo le s konsenzom vseh neposrednih udeležencev in tudi interesentov. Zato je potrebno razvijati znanje o pogajanjih. »Uspešnost« pogajanj med partnerji posledično občutim pri vsakodnevnem delu. Sedaj so mi bolj razumljivi nekateri primeri neuspešnih pogajanj, neizvajanja že dogovorjenega ali nezainteresiranost izvajalcev zdravstvenih storitev do uvedbe nekaterih sprememb.

V nalogi sem podala nekaj konkretnih predlogov za manjše spremembe, h katerim pa je potrebno pristopiti načrtno in usklajeno s sprejetimi strategijami.

S pristopom k tej temi sem več razmišljala in razglabljala nasploh o delovanju celotnega sistema zdravstvenega varstva, o udeležencih in odnosih med njimi. Razširila sem si teoretično znanje o modelih zdravstvenega varstva in o pogajanjih. Menim, da mi bo pridobljeno znanje koristilo pri vsakodnevnem delu. Z boljšim poznavanjem ožjega in širšega okolja mi je lažje razumeti določena dogajanja in jih zato tudi lahko bolje obvladam.

LITERATURA

- Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
- Drucker, Peter F. 2001. *Managerski izzivi v 21. stoletju* (prevajalec Sveto Trajkovski). Ljubljana: GV Založba (Zbirka Manager).
- Fisher, Roger, William Ury, Bruce Patton. 1998. *Kako doseči dogovor: Umetnost pogajanja* (prevedla: Tina Česen). Ljubljana: Gospodarski vestnik (Zbirka Manager).
- Jelovac, Dejan (urednik). 2002. *Jadranje po nemirnih vodah menedžementa nevladnih organizacij. Lobiranje v neprofitnem sektorju*, Bogomir Kovač. Ljubljana: Radio Študent: Študentska organizacija Univerze; Koper: Visoka šola za management.
- Kavčič, Bogdan. 2002. *Poslovno komuniciranje*. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Ekonomska fakulteta v Ljubljani, Enota za založništvo.
- Kralj, Janko. 2003. *Management: temelji mnagementa, odločanje in ostale naloge managerjev*. Koper: Visoka šola za management.
- Kržič, Jože. 1999. *Problemi financiranja zdravstva z vidika prenosa sredstev na izvajalce*. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, letnik 15, št.2,3,4. 1999. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Letica, Slaven. 1989. *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed.
- Letica, Slaven. 1999. *Tranzicija in spremembe v sistemih zdravstvenega varstva v državah Srednje Evrope*. Bilten ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu, letnik 15, št. 6, 1999, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
- Možina, Stane, Mitja Tavčar in Ana Nuša Knežević. 1998. *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
- Petrič, Drago. 1998. *Standardizacija stroškov in preskrbljenosti s storitvami v slovenskem zdravstvu*. 5. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Nova Gorica – 1998. Zbornik prispevkov. Zveza ekonomistov Slovenije, Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Roemer, Milton I. 1991. *National health systems of the world. Volume One: The Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Saltman, Richard B. and Josef Figueras. 1997. *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO regional publications. European series; No. 72.
- Snoj, Boris. 1998. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
- Svenšek, Rosvita. 1995. *Model za opredeljevanje ekonomskih okvirov razvoja zdravstvenega varstva*. Magistrsko delo, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Univerza v Mariboru.
- Tavčar, I. Mitja. 1999. *Razsežnosti strateškega managementa - 2. predelana izdaja*. Koper: Visoka šola za management.

Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Trunk Širca, Nada in Mitja I., Tavčar. 1998. *Management nepridobitnih organizacij*. Koper: Visoka šola za management.

VIRI

Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), Uradni list RS, št. 49-2333/2000.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2003. 2004. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2000. 2001. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004, Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, akti & navodila št. 3/2004. Ljubljana. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Strateški razvojni program ZZZS (2002-2007) »Tradicija solidarnosti in spremembe po meri zavarovancev. 2002. <http://www.zzzs.si>

Zakon o lekarniški dejavnosti, Uradni list RS, št. 9/92.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 9/92.

Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 9/92.

Zdravstvena reforma, osnutek. 2003, Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.