

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

ZAKLJUČNA PROJEKTNA NALOGA  
POSLOVANJE ZDRAVSTVENEGA DOMA V  
MREŽI JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

ZDENKA ZAVRL

MENTOR  
DR. BOŠTJAN AVER

KOPER, 2006



## POVZETEK

Demografske spremembe, nove tehnologije in nova zdravila povečujejo pritisk na zdravstveno blagajno, zato so za ohranitev dolgoročne stabilnosti zdravstvenega sistema nujne spremembe. Predlagane spremembe v tokratni reformi zdravstvenega sistema se na primarni ravni nanašajo predvsem na spodbujanje zasebnosti v smislu koncesionarstva in povezovanja v skupinske prakse. Ker podeljevanje koncesij ne pomeni dodatnih finančnih virov oz. širitve mreže javne zdravstvene službe, se s tem zmanjšuje obseg programa javnih zavodov, javne finance pa se preusmerjajo v zasebno sfero, nad katero Računsko sodišče nima pristojnosti glede nadzora nad porabo javnofinančnih sredstev. Temeljni nosilci osnovne zdravstvene dejavnosti so po veljavni zakonodaji še vedno zdravstveni domovi, kjer ima Slovenija dolgoletno tradicijo. V zaključni projektni nalogi je predstavljen javni zavod Zdravstveni dom Medvode, analizirano je njegovo poslovanje ter predstavljena je simulacija poslovnega rezultata ob morebitni uvedbi zasebnosti na področju zobozdravstva.

*Ključne besede:* zdravje, zdravstveni sistem, trg zdravstvenih storitev, primarno zdravstveno varstvo, javni zavodi, javna zdravstvena služba, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zasebnost, letno poročilo, poslovni rezultati, kazalniki poslovanja

## ABSTRACT

Demographical changes, combined with the introduction of modern technology and new pharmaceuticals, have put tremendous strain on the medical budget, making it essential to introduce changes that will guarantee the long-term stability of the healthcare system. The changes which form the centre of the current reform proposal aim to stimulate both concessionary and joint private practices on the primary level. Since the awarding of concessions to private practitioners demands no state funds and does not constitute an expansion of the public healthcare service, it in turn causes a reduction in the activity of public institutions. Thus public funds are directed to the private sector, over which the Court of Audit has no right to oversee the proper use of those funds. Under applicable law, the primary providers of basic healthcare services are still Health Centres, which have a long tradition in Slovenia. In this assignment, I have presented the case of the Medvode Health Centre, analysed its performance and prepared a simulation of its business performance in the hypothetical case of the privatisation of its dental healthcare activities.

*Keywords:* health, healthcare system, healthcare services market, primary healthcare, public institutions, public healthcare service, Health Insurance Institute of Slovenia, privatisation, annual report, profit and loss, performance ratios

UDK 657.47:614.2 (043.2)



## VSEBINA

<b>1</b>	<b>Uvod</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Oprelitev sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji</b> .....	<b>3</b>
2.1	Organiziranost sistema zdravstvene dejavnosti.....	3
2.2	Institucije, ki sestavljajo sistem zdravstvenega varstva .....	3
2.2.1	Država .....	4
2.2.2	Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS).....	4
2.2.3	Izvajalci zdravstvene dejavnosti.....	4
<b>3</b>	<b>Financiranje zdravstvene dejavnosti</b> .....	<b>5</b>
3.1	Organiziranost zdravstvenega zavarovanja .....	5
3.1.1	Obvezno zdravstveno zavarovanje.....	5
3.1.2	Prostovoljno zdravstveno zavarovanje.....	6
3.2	Partnerska pogajanja v zdravstvu .....	6
3.3	Trg zdravstvenih storitev .....	7
3.4	Oblikovanje cen .....	8
<b>4</b>	<b>Predstavitev javnega zavoda – Zdravstvenega doma Medvode</b> .....	<b>11</b>
4.1	Razvoj .....	11
4.2	Organiziranost .....	11
4.3	Dejavnost.....	13
<b>5</b>	<b>Povzetek letnega poročila Zdravstvenega doma Medvode</b> .....	<b>15</b>
5.1	Računovodsko poročilo.....	15
5.1.1	Analiza bilance stanja zavoda .....	15
5.1.2	Analiza izkaza prihodkov in odhodkov zavoda .....	20
5.2	Določeni izločki iz Poslovnega poročila ZD Medvode .....	23
<b>6</b>	<b>Zasebništvo v javni zdravstveni službi</b> .....	<b>31</b>
6.1	Pojem zasebništva .....	31
6.2	Prednosti in slabosti zasebništva.....	31
6.3	Uvedba zasebništva z vidika Zdravstvenega doma Medvode.....	33
<b>7</b>	<b>Sklep</b> .....	<b>37</b>
	<b>Literatura</b> .....	<b>39</b>
	<b>Viri</b> .....	<b>40</b>
	<b>Priloge</b> .....	<b>41</b>



## SLIKE

Slika 3.1	Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2005.....	7
Slika 4.1	Organigram zavoda Zdravstvenega doma Medvode.....	12
Slika 5.1	Struktura sredstev (aktive bilance stanja) ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s slovenskim povprečjem .....	16
Slika 5.2	Struktura virov sredstev (pasive bilance stanja) ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s slovenskim povprečjem .....	17
Slika 5.3	Struktura virov sredstev za investicije in investicijska vlaganja v letu 2005.....	19
Slika 5.4	Kazalniki poslovanja Zdravstvenega doma Medvode v primerjavi s povprečjem slovenskih zdravstvenih domov za leto 2005.....	30

## TABELE

Tabela 3.1	Standard za delo splošne ambulante .....	10
Tabela 4.1	Izobrazbena struktura zaposlenih na dan 31. 12. 2005 .....	13
Tabela 5.1	Realizacija plana investicij in investicijskih vlaganj v letu 2005 .....	19
Tabela 5.2	Rezultat poslovanja ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s preteklim letom in planom .....	20
Tabela 5.3	Plače v letu 2005 v primerjavi z letom 2004 (v SIT).....	23
Tabela 5.4	Realizacija storitev po pogodbi z ZZZS za leto 2005 .....	26
Tabela 5.5	Rezultat poslovanja ZD Medvode za leto 2005 po dejavnostih (v tisoč SIT) .....	27
Tabela 6.1	Primerjava ustvarjenega in simuliranega poslovnega rezultata za leto 2005 ob predpostavki izločitve celotnega zobozdravstva za odrasle.....	34





## 1 UVOD

V Sloveniji javnofinančni tokovi zajemajo štiri blagajne javnih financ, ki tvorijo globalno bilanco javnih financ države. Te štiri blagajne so:

- državni proračun,
- občinski proračuni,
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije in
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije.

Vse štiri blagajne potrošijo skoraj polovico ustvarjenega bruto družbenega proizvoda (Milost in Milunovič 2006, 7).

Celotni izdatki za zdravstveno varstvo v Sloveniji so v letu 2005 znašali približno 557,55 milijarde tolarjev ali 8,38 % bruto družbenega proizvoda (v nadaljevanju BDP), od tega so sredstva za obvezno zdravstveno zavarovanje predstavljala 6,30 % BDP (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006, 14). Ker pa je delež javnih sredstev omejen, skuša zdravstvena politika krčiti že pridobljene pravice zavarovancev (trenutno je najbolj odmevno nižanje nadomestil za čas bolezni). Določanje osnovne košarice pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je zahteven proces, ki terja veliko znanja, obenem pa mora biti usklajen z razpoložljivimi javnofinančnimi sredstvi. Pomemben dejavnik, ki v današnjem času v večini razvitih držav vpliva na povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah in posledično ustvarja večji pritisk na zdravstveno blagajno, so demografske spremembe (padanje števila rojstev in staranje prebivalstva). Ker pa želi država izpolniti osnovni cilj zdravstvenega sistema – ta je ohraniti ali ponovno vzpostaviti zdravje ljudi – ter končni cilj, ki je izboljšanje zdravja prebivalcev, je sprejemljiva usmeritev, da so spremembe v zdravstvenem sistemu usmerjene predvsem v učinkovitejše upravljanje z obstoječimi viri in v spodbude za racionalno obnašanje tako ponudnikov kot tudi uporabnikov zdravstvenih storitev. V zadnjem času pa se vse pogosteje slišijo izjave in mnenja politikov ter ekonomistov o tem, da bi se moralo tudi v zdravstvu pospešiti in razširiti proces privatizacije. Zaostrujejo se polemike med zagovorniki in nasprotniki nadaljnje privatizacije, čeprav še nihče ni pripravil temeljite analize o tem, kako bi nadaljnja privatizacija vplivala na doseganje boljšega zdravja državljanov.

Privatizacijo javnih služb so že pred desetletji vsiljevale zlasti konzervativne vlade in mnogim se je že tedaj zdelo, da je koristna tudi privatizacija v javni zdravstveni službi. Vendar so bila pričakovanja pretirana in njene prednosti so ostale po nekaj desetletjih nedokazane. Zasebno izvajanje zdravstvene dejavnosti in zasebna lastnina materialnih zmogljivosti nista bistveno prispevali k pravičnejši dostopnosti vseh ljudi do kakovostne zdravstvene oskrbe (Česen 2003, 18). V štirinajstih letih od ponovne uvedbe možnosti zasebnega dela in privatizacije v zdravstvenem varstvu pri nas se še vedno pojavljajo dvomi o njeni koristnosti in utemeljenosti. Dosedanje izkušnje bi

lahko bile dobra podlaga za reformo sistema oziroma za sožitje javnega in zasebnega sektorja zdravstvene dejavnosti, kot ga poznajo razvite evropske države.

Sedanja vlada se je v koalicijskem sporazumu zavezala, da bo uredila organiziranost javne službe in ponovno določila njeno mrežo z javnimi zavodi in koncesionarji. Znova naj bi opredelili pogoje za izdajo koncesij, ki bi se po evropski direktivi podeljevale na osnovi javnega razpisa. Z vidika države bi podelitev novih koncesij povečala zasebna vlaganja v prostore in opremo ter omogočila zasebno iniciativo pri izvajanju storitev in pri upravljanju (boljša izraba človeških in materialnih virov). Zdravnike, zlasti v osnovnem zdravstvu, poziva, naj se v čim večjem številu odločajo za zasebnštvo, čeprav se je v večini držav, ki so izbrale to usmeritev, izkazalo, da so zasebniki bolj učinkoviti ko gre za njihove interese, slabo pa vplivajo na učinkovitost celotnega zdravstvenega sistema.

Zdravje je vrednota, ki jo v Sloveniji ljudje v številnih anketah postavljajo na prvo mesto, zato mora biti prehod mešanega zasebno-državnega javnega sistema v čisti zasebni javni sistem na področju osnovnega zdravstva stvar konsenza s socialnimi partnerji. Treba je ohraniti tako vlogo socialne države in sistema solidarnosti na zdravstvenem področju kot tudi nepridobitno javno zdravstveno službo.

Vsebina projektne naloge je sestavljena iz petih tematskih sklopov. V prvem bomo opredelili organiziranost sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ter institucije, ki sestavljajo sistem. V drugem delu bo predstavljeno financiranje in trg zdravstvenih storitev. V tretjem delu bomo spoznali javni zavod Zdravstveni dom Medvode, njegov razvoj, organiziranost in dejavnost, s katero se ukvarja. V nadaljevanju bo predstavljeno letno poročilo Zdravstvenega doma Medvode 2005 – računovodsko in poslovno, obenem pa bomo skušali ugotoviti vzroke za slab poslovni izid. V zadnjem poglavju bomo proučili pojem zasebnštva, podali mnenje glede njegove prednosti in slabosti ter na osnovi izdelanih analiz in pridobljenih podatkov podali mnenje, kaj bi Zdravstvenemu domu Medvode prinesla uvedba zasebnštva.

Zaključna projektna naloga se v prvih dveh sklopih ukvarja s proučevanjem zdravstvenega sistema in z analizo trga zdravstvenih storitev, zato vsebuje mikroekonomsko, dinamično raziskavo. Pristop do raziskave je deskriptiven, v okviru tega pristopa pa bomo pri proučevanju uporabili metodo deskripcije in kompilacije, ki povzema ugotovitve drugih avtorjev. Sklopa, ki obravnavata posamezne funkcije javnega zavoda Zdravstvenega doma Medvode (organiziranost, finance, računovodstvo), sta predmet poslovne mikroekonomske, statične raziskave. V okviru te raziskave smo v glavnem povzemali iz internega gradiva izbranega zavoda ter primerjali računovodske in druge ekonomske pokazatelje s povprečjem teh pokazateljev v dejavnosti.

## **2 OPREDELITEV SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI**

### **2.1 Organiziranost sistema zdravstvene dejavnosti**

Zakon o zdravstveni dejavnosti določa, da zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju in odkrivanju bolezni ter zdravljenju bolnikov in poškodovancev.

Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji izvaja na treh ravneh, in sicer:

- primarna raven, ki obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost;
- sekundarna raven, ki obsega specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje;
- terciarna raven, ki obsega dejavnosti klinik, inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi Ministrstvo za zdravje.

Celoten sistem zdravstvene dejavnosti v Sloveniji spremlja in usmerja Ministrstvo za zdravje. Za financiranje in nadzor nad obračunavanjem zdravstvenih storitev je pristojen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), nadzor nad plačevanjem prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje opravlja Ministrstvo za finance (davčna uprava), za izvajanje strokovnega nadzora pa je zadolžena Zdravniška zbornica Slovenije (Silvaši 2003, 11).

Zdravstvena dejavnost se kot javna služba opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe, v katero so enakopravno vključeni javni zdravstveni zavodi, zasebniki in gospodarske družbe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost s pridobitvijo koncesije. Mreža javne zdravstvene službe se določi na lokalni in nacionalni ravni. Pri postavitvi mreže javne zdravstvene službe se upoštevajo merila, kot so število, starostna in socialna struktura prebivalcev, možnosti za uporabo zdravstvenih storitev, stopnje urbanizacije območij, specifičnosti poselitve ipd. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni zagotavlja občina oziroma mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija.

### **2.2 Institucije, ki sestavljajo sistem zdravstvenega varstva**

Subjekti našega zdravstvenega sistema so država, zdravstvena zavarovalnica (ZZZS) in izvajalci zdravstvenih storitev. Nadrejen položaj ima država, ki mora uskladiti interese ostalih dveh subjektov skladno s strategijo razvoja zdravstvenega varstva.

### **2.2.1 Država**

Država je nosilka politične oblasti, javnega zdravstvenega interesa in nosi javno odgovornost za zadovoljivo zdravje in zdravstveno varstvo prebivalstva. Zdravje pa je hkrati kazalec in rezultat ekonomskega in socialnega razvoja (Nacionalni program zdravstvenega varstva RS 2000, 1). Državo zastopa Ministrstvo za zdravje, katerega delovna področja so skrb za javno zdravje in zdravstveno varstvo, ekonomika javnega zdravstva ter investicije v javno zdravstvo. Za uresničevanje nalog na področju zdravstvenega varstva je pristojen Svet za zdravje, katerega sestavo in način njegovega dela predpiše Vlada Republike Slovenije.

### **2.2.2 Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS)**

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa kot nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ustanovljen je bil leta 1992. Deluje kot javni zavod in zbira sredstva od vplačanih prispevkov delavcev in delodajalcev. Na ta način zbrana sredstva nato razdeljuje izvajalcem na osnovi pogodb, ki jih ti sklenejo z njim.

### **2.2.3 Izvajalci zdravstvene dejavnosti**

Izvajalci zdravstvene dejavnosti ponujajo zdravstvene storitve za določeno plačilo ljudem, ki to pomoč potrebujejo. Delimo jih na:

- javne zdravstvene zavode,
- zasebnike s koncesijo in
- prave zasebnike (brez koncesije).

Pomembna razlika pri tej delitvi je v tem, da pacienti, ki koristijo usluge pri prvi in drugi skupini izvajalcev, lahko uveljavljajo zdravstveno zavarovanje, če pa se zdravijo pri zasebnikih brez koncesije, morajo storitev v celoti plačati sami oziroma si morajo urediti primerno obliko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Silvaši 2003, 26).

Razmere, ki omogočajo nemoteno delovanje javne zdravstvene službe na primarni ravni, mora zagotoviti občina, pri tem pa obveznosti pri izvajanju neprekinjenega zdravstvenega varstva enakomerno porazdeliti med vse nosilce javne zdravstvene službe.

### 3 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Pojem financiranja zdravstvene dejavnosti vključuje dve aktivnosti, in sicer:

- zbiranje sredstev in
- njihovo razdeljevanje izvajalcem zdravstvene dejavnosti.

Financiranje zdravstvenega varstva mora temeljiti na finančni poštenosti do izvajalcev, merila razporejanja sredstev pa predstavljajo potrebe državljanov in kakovost zdravstvene oskrbe.

#### 3.1 Organiziranost zdravstvenega zavarovanja

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 12. členu pravi, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje se med seboj ločita po nekaterih značilnostih (Česen 2003, 160):

- zavarovalni temelj (solidarnost oziroma vzajemnost),
- viri financiranja (obvezni prispevki oziroma zavarovalne premije),
- prepovedano oziroma dovoljeno izračunavanje rentabilnosti zavarovanj,
- močno oziroma šibko nadzorstvo države,
- nepridobitno oziroma pridobitno delovanje,
- vključenost v celovito socialno varnost državljanov oziroma izključenost iz tega.

Temeljna razlika med obema zavarovanjema pa je v spoštovanju temeljnega zavarovalniškega načela: če ni plačana zavarovalna premija, ni pravice (izključitveno načelo).

##### 3.1.1 Obvezno zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji temelji na Bismarckovem modelu socialne varnosti, ki je tipičen primer partnerskega sistema zdravstvenega varstva in omogoča sorazmerno visoko raven zdravstvenih pravic. Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja kot javne službe (v nadaljevanju OZZ) določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Sredstva za OZZ se zagotavljajo s prispevki, ki jih plačujejo delavci in delodajalci od osnov, ki jih določa navedeni zakon po proporcionalnih stopnjah, razen v primerih, ko se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih.

OZZ po 13. členu navedenega zakona obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Poleg pravic do zdravstvenih storitev pa OZZ vključuje tudi nadomestila med začasno zadržanostjo od dela, plačilo pogrebnin in posmrtnin ter povračila potnih stroškov v primerih, ki jih navaja zakon.

### **3.1.2 Prostovoljno zdravstveno zavarovanje**

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju PZZ) je bilo pri nas uvedeno šele po nastanku samostojne slovenske države. Skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je bila kot prva in največja specializirana zavarovalnica za PZZ v Sloveniji leta 1999 ustanovljena Vzajemna zdravstvena zavarovalnica (Aver in Pustatičnik 2006, 25). PZZ za razliko od OZZ omogoča prostovoljno vključitev posameznika v zavarovanje. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja se uvrščajo v skupino premoženjskih zavarovanj. Pretežni del PZZ se nanaša na doplačila, to je tisti del cene zdravstvenih storitev, ki ga OZZ ne krije. Celotno kritje stroškov iz OZZ je zagotovljeno le otrokom, šolarjem ter pri nekaterih boleznih (Vzajemna 2006, 27). Spremembe in dopolnitve zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v letu 2005 na novo urejajo trg dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj. Uvedene so bile izravnalne sheme, ki zavarovalnicam z ugodnejšo strukturo portfelja glede na starost in spol zavarovancev nalagajo vplačevanje v sistem izravnalnih shem, zavarovalnice z manj ugodno strukturo zavarovancev pa so prejemnice iz sistema izravnalnih shem. Zakon določa tudi, da morajo zavarovalnice vsem svojim zavarovancem, ne glede na njihovo starost, spol in zdravstveno stanje, ponuditi enako premijo, s čimer je uzakonjeno načelo vzajemnosti oziroma medgeneracijske solidarnosti v popolnosti.

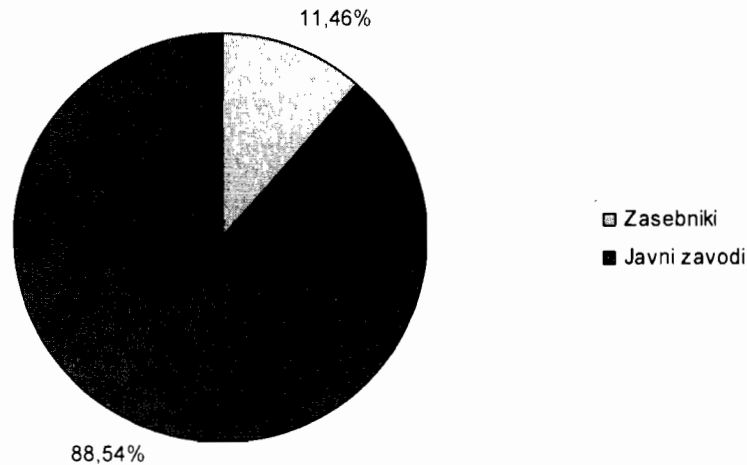
### **3.2 Partnerska pogajanja v zdravstvu**

V Sloveniji deluje tripartitni sistem zdravstvenega dogovarjanja, kar pomeni, da se vsako leto predstavniki izvajalcev (zbornice, združenja), Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije pogajajo in dogovorijo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programa na državni ravni. Rezultat partnerskih pogajanj je pisni Dogovor, ki predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki. S sprejetjem Dogovora se opredelijo programi zdravstvenih storitev, zmogljivosti za njegovo izvajanje, obseg potrebnih finančnih sredstev, izhodišča za oblikovanje cen storitev, standardi nujenja zdravstvenih storitev zavarovancem ter drugo.

Na podlagi Dogovora in področnih dogovorov Zavod vsako leto razpiše javni razpis, na katerega se lahko prijavijo vsi izvajalci, ki imajo pravico (koncesijo) sodelovati v javni zdravstveni mreži. Izvajalci so bolnišnice, zdravstveni domovi, zasebne ambulante, domovi za starejše občane, posebni in vzgojni zavodi, lekarne in zdravilišča. ZZZS je v letu 2005 sklenil pogodbe s 1.505 izvajalci, od tega z 219 javnimi zavodi in 1.286 zasebniki (ZZZS 2006, 27).

Število pogodb z zasebnimi izvajalci se je v letu 2005 povečalo za 120 in tako znaša delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe 11,46 %.

**Slika 3.1** Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2005



Vir: ZZZS 2006, 28

### 3.3 Trg zdravstvenih storitev

Zdravje je dobrina s posebnimi značilnostmi in trg z zdravstvenimi storitvami ne deluje enako kot ostali blagovni trgi. Znano je, da so industrijske države organizirale gospodarstvo na tržnih zakonitostih, vendar so hkrati »produkcijo« in financiranje medicinskih storitev izločile iz običajnega tržnega mehanizma (Arhar 2002, 54). Obstaja več razlogov, zaradi katerih zdravstvenih storitev ni mogoče prepustiti trgu:

- Povpraševanje po zdravstvenih storitvah ni takšno, kot je v ekonomskem smislu povpraševanje po drugem blagu in storitvah, saj vrednost predstavlja posamezniku zdravje in ne sama zdravstvena storitev, kot to velja za drugo blago in storitve.
- V tržni odnos med kupcem in prodajalcem (pacientom in izvajalcem) posega plačnik zdravstvenih storitev (ZZZS) in ker kupec (pacient) ni neposredni plačnik, pričakuje največjo količino in kakovost zdravstvenih storitev ne glede na ceno.
- Potrošnik zdravstvenih storitev je običajno slabo informiran o tem, kakšno zdravstveno storitev potrebuje, kakšna je kakovost in kakšna je ustrezna cena zdravstvene storitve. Asimetrično razdeljena informacija med ponudnikom medicinske usluge in pacientom glede na možno diagnozo in na tej podlagi

- potrebno terapijo ima med ostalim za posledico, da ponudnik storitve v celoti ne more vplivati na dohodek.
- Proces zdravljenja nima zgolj finančnega merila, temveč tudi etičnega, v razmerju do cene oziroma človekovega življenja kot najvišje vrednosti.
  - Odsotnost trga in njegova neelastičnost pa ne opravičujeta neracionalnosti, neorganiziranosti ali celo razsipništva, predvsem na strani ponudnikov. Ponudniki lahko pritegnejo bolnike k povpraševanju po novih storitvah tudi tedaj, ko delujejo na področju izobraževanja, informiranja in promocije zdravja. Vse to pa lahko močno poveča informacijsko simetrijo in učinkovitost konkurence v zdravstvu (Tajnikar in Došenovič 2005, 17).
  - Primer negativnih učinkov uvedbe tržnih mehanizmov v zdravstvo so ZDA, ki med razvitimi državami izstopajo po nizki regulaciji zdravstvenega sistema in po visoki stopnji komercializacije. Kljub dvakrat višjemu deležu BDP za financiranje zdravstvenega sistema v primerjavi s tistim, ki ga za zdravstvo dajejo druge razvite države, ostajajo prebivalci ZDA nepopolno zavarovani, preko 40 milijonov prebivalcev (tudi otrok) pa je brez vsakega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveni sistem ZDA je v primerjavi z večino drugih sistemov bogatih držav nesolidaren, nepravičen in tudi neučinkovit (Bizjak Mlakar 2006, 27).

### **3.4 Oblikovanje cen**

Cene javnih zdravstvenih storitev so izračunane glede na obseg zdravstvenih programov ter glede na razpoložljiva finančna sredstva javnih plačnikov. Partnerji vsako leto v Dogovoru opredelijo programe zdravstvenih storitev, zmogljivosti za njihovo izvajanje, obseg potrebnih finančnih sredstev, izhodišča za oblikovanje cen storitev, standarde nujenja zdravstvenih storitev zavarovancem in drugo. Pri določitvi cen zdravstvenih storitev se večinoma upoštevajo kombinacije različnih metod prikazov stroškov: dejanskih, ocenjenih, standardnih in povezanih z dobro klinično prakso. Izvajalci dajejo prednost stroškom dobre klinične prakse, plačniki pa dejanskim povprečjem kot osnovi cen storitev, saj so dejanski stroški običajno nižji. Pri finančnem vrednotenju storitev (količnikov ali točk) se upoštevajo dogovorjeni kalkulativni elementi, kot so plače, materialni stroški, amortizacija, drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi in zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov. Vrednost programa posameznega izvajalca vključuje tudi ločeno zaračunljive materiale in storitve, ki so sestavni del vrednosti programov, poleg materialnih stroškov, ki so vključeni v ceno zdravstvenih storitev. Ločeno zaračunljive materiale izvajalci zaračunavajo ZZZS posebej (npr. preiskave in zdravila za zdravljenje borelioze, preiskave brisov pri ženskah, standardna kovina zobnoprrotetičnih izdelkov itd.). Cene se nato izračunajo tako, da se od ugotovljene vrednosti programa odšteje predvideni znesek



za ločeno zaračunljive materiale in storitve, preostala sredstva pa se nato delijo s številom načrtovanih storitev dejavnosti. Na kakšen način bodo izvajalci dobili denar za opravljanje zdravstvenih programov iz OZZ, odloča javni plačnik, saj je oblika prenosa javnega denarja na izvajalce zanj pomemben način obvladovanja izdatkov zdravstvenega zavarovanja.

Oblike plačevanja izvajalcem uvrščamo v dve skupini (Česen 1997, 10–11):

- *Retrospektivne oblike plačevanja* (za nazaj), za katere je značilno, da javni plačnik izve za stroške šele tedaj, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. V to skupino sodijo plačevanje po storitvah, primerih in plačevanje dnevne oskrbe.
- *Prospektivne oblike plačevanja* (za vnaprej), za katere je značilno, da so stroški predvidljivi vnaprej in jih lahko ocenimo pred sklenitvijo pogodbe med izvajalcem in javnim plačnikom. V to skupino sodijo pavšal, glavarina, plača in proračun.

V pretežnem delu osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jo opravljajo izbrani osebni zdravniki (splošni zdravniki, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti ginekologi), se uporablja kombiniran količniško-glavarinski sistem, kar pomeni, da izvajalec prejme del dohodka na osnovi opravljenih storitev, drugi del pa na osnovi opredeljenih pacientov (glavarina). Prednost plačila po storitvah je, da vzpodbuja učinkovitost in natančnost pri poročanju ZZSZ, slabost pa, da vzpodbuja opravljanje tudi nepotrebnih storitev, zvišuje stroške in zmanjšuje kakovost storitve. Pozitiven učinek plačevanja po glavarini je vzpodbujanje konkurence, saj imajo uporabniki pravico, da svojega zdravnika zamenjajo, če z njim niso zadovoljni. Glavarina je vezana na starostno strukturo opredeljenih pacientov. ZZSZ je na pobudo Ministrstva za zdravje leta 2001 spremenil pogojevanje izplačila glavarine s storitvami. Predpisano število količnikov iz storitev je bilo prepolovljeno, celoten program pa je bil priznan ob izpolnjevanju novih zahtev: opravljenem preventivnem programu in omejevanju napotitev na sekundarno raven.

V ostalih ožjih dejavnostih osnovnega zdravstva na primarni ravni, vključno z zobozdravstveno dejavnostjo, je v veljavi storitveni sistem, kar pomeni, da se storitve načrtujejo, evidentirajo in obračunavajo po številu opravljenih storitev, ki so ovrednotene z relativnimi vrednostmi oziroma točkami.

Tabela 3.1 prikazuje standard za delo splošne ambulante (Standardi za ambulantno dejavnost 2006, 32). V prvem stolpcu je predpisan kadrovski normativ, v drugem stolpcu je določeno število delavcev iz ur, v tretjem stolpcu so podani kvalifikacijski količniki planiranih delavcev, ki se načrtujejo na podlagi Zakona o razmerjih plač v javnih zavodih, državnih organih in organih lokalnih skupnosti, pravilnika o napredovanju delavcev, zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu, določil aneksov h

kolektivni pogodbi za negospodarske dejavnosti in h kolektivnim pogodbam na področju zdravstva. Spodnji del tabele prikazuje finančni načrt splošne ambulante po kalkulativnih elementih.

**Tabela 3.1** Standard za delo splošne ambulante

Osebe	Delavci iz ur	Kvalifikacijski količnik	Enote enostavnega dela	Količniki iz obiskov
Zdravnik specialist	1,00	12,530	12,53	27.488
Tehnik zdravstvene nege	1,10	4,561	5,02	Normativ po 43.
Admin. tehnični delavci	0,36	4,514	1,62	čl.dogovora 2003
				13.000
				K iz glavarine
				27.590
Skupaj	2,46	7,793	19,17	55.078
Nosilci lab. medicine	0,33	4,561	1,51	
Administ. tehnični delavci	0,06	4,514	0,27	Točke
Skupaj laboratorij	0,39	4,564	1,78	4.200
Vse skupaj	2,85	7,351	20,95	
Finančni načrt	Program	Laboratorij	Skupaj	Cene
Bruto OD	12.611.996	1.170.993	13.782.989	
Obveznosti	2.726.714	253.169	2.979.883	
Skupna poraba	547.129	86.740	633.869	
Premija za dod. pok. zav.	224.401	35.576	259.977	Visoka
Mat.stroški	4.010.362	991.552	5.001.914	858,87
Amortizacija	851.015	99.083	950.098	Nizka
Skupaj - SIT	20.971.617	2.637.113	23.608.730	428,64

Vir: ZZZS 2006-2, 32

Zdravstveno vzgojo in nekatere preventivne programe (materinska šola, razvojne ambulante, centri za zdravljenje odvisnosti od drog) kot tudi nujno medicinsko pomoč v osnovni zdravstveni dejavnosti ZZZS plačuje v obliki pavšalnega zneska. Pavšal je točno dogovorjen znesek, ki stimulira izvajalca za izvajanje teh dejavnosti, ker jih ni smiselno financirati po opravljenih storitvah, saj so programi dogovorjeni vnaprej.

## **4 PREDSTAVITEV JAVNEGA ZAVODA – ZDRAVSTVENEGA DOMA MEDVODE**

### **4.1 Razvoj**

Zdravstveni dom Medvode je bil ustanovljen med prvimi občinskimi zdravstvenimi domovi leta 1930. Med drugo svetovno vojno je v njem delovala le medicinska sestra, po vojni pa so bile formirane še druge službe, ki delujejo v okviru osnovnega zdravstvenega varstva. Sprva je deloval kot samostojen zavod, po letu 1968 pa je postal sestavni del Zdravstvenega doma Ljubljana.

Zaradi razvoja kraja ter številnih priseljencev so prvotni prostori postali premajhni in neustrezní za strokovno delo, zato je bila v letih 1982–1986 iz samopríspevka zgrajena nova stavba. Spremenjene politíčne razmere, ustanovitev občine Medvode in spremenjena zakonodaja so s 1. januarjem 2000 omogočile ponovno samostojnost zdravstvenega doma. Na podlagi Odloka o ustanovitvi (Ur. l. RS št. 50/1999) je ustanovitelj zavoda postala občina Medvode.

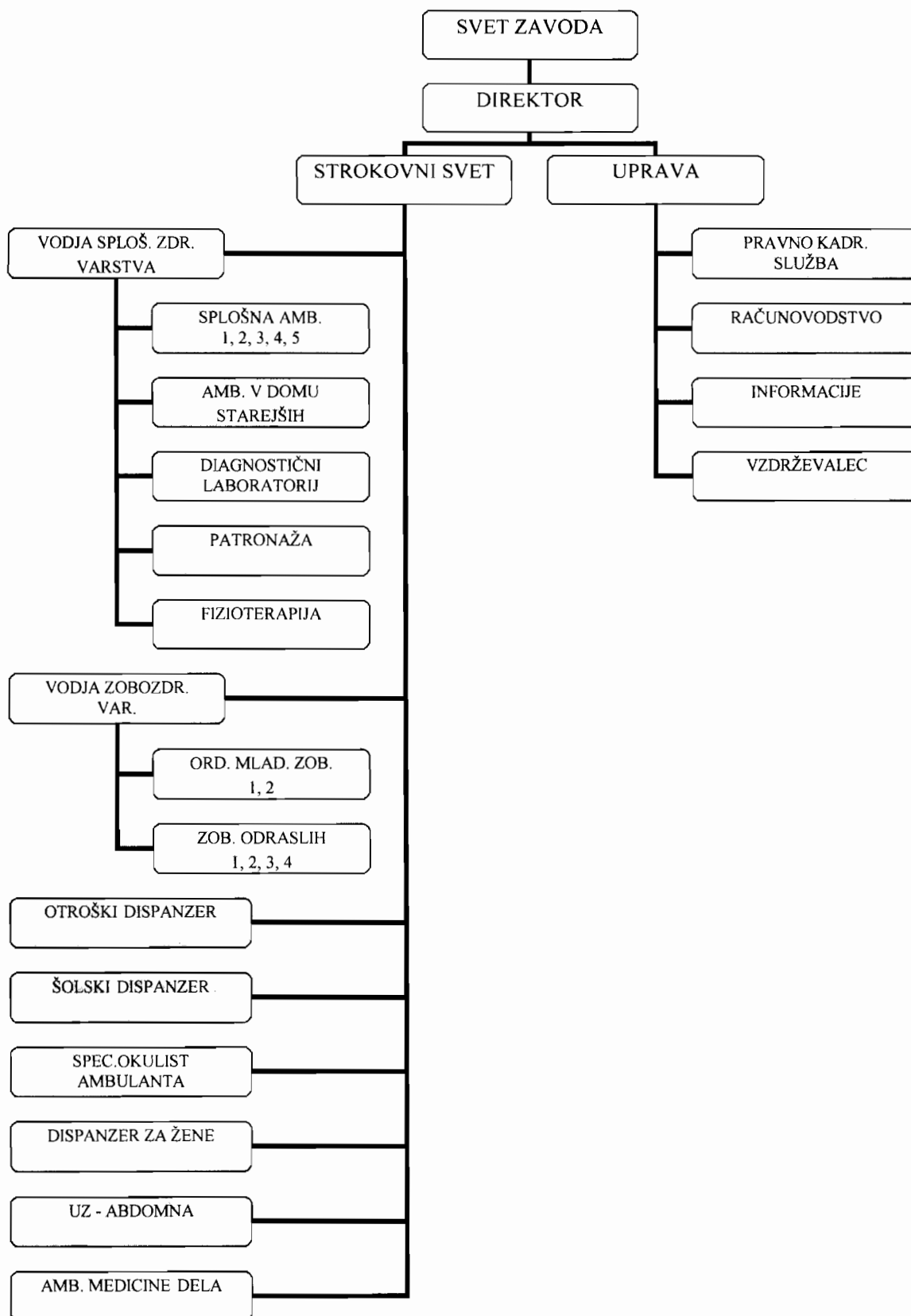
Premoženje, s katerim upravlja zavod in ga uporablja za opravljanje dejavnosti, za katero je ustanovljen, je lastnina ustanovitelja. Za upravljanje s premoženjem je zavod odgovoren ustanovitelju. Prav tako ustanovitelj gospodari in upravlja s prostori, ki jih zavod ne uporablja za svojo dejavnost in jih na podlagi mnenja zavoda oddaja v najem za opravljanje zdravstvene oziroma druge sorodne dejavnosti.

### **4.2 Organiziranost**

Organiziranost zavoda je določena s statutom, ki ga je sprejel Svet zdravstvenega doma Medvode 1. junija 2000. Organi zavoda so svet zavoda, direktor zavoda in strokovni svet zavoda. Svet zavoda ima sedem članov, in sicer tri člane izmed delavcev zavoda, tri člane imenuje ustanovitelj, enega člana, predstavnika zavarovancev oziroma drugih uporabnikov, pa imenuje ZZZS. Direktorja imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja za dobo štirih let. Direktor predstavlja in zastopa zavod, organizira in vodi delo in poslovanje ter je odgovoren za zakonitost dela zavoda.

Organizacijska in funkcionalna zgradba omogočata opravljanje nalog skladno s poslanstvom zavoda, ki pa je nepridobitno opravljanje javnih zdravstvenih programov na primarni ravni v mreži javne zdravstvene službe. Zavod ima v ta namen organizirano preventivno zdravstveno varstvo, splošno medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, nujno medicinsko pomoč, patronažno varstvo, laboratorijsko diagnostiko, preventivno in kurativno zobozdravstvo, medicino dela ter fizioterapijo. Poleg tega izvaja tudi specialistično okulistíčno dejavnost.

Slika 4.1 Organigram zavoda Zdravstvenega doma Medvode



Vir: avtor

Členjenost, ki določa delitev dela ter razporeditev pristojnosti in odgovornosti v zavodu, je navpična (hierarhična). Iz organigrama (slika 4.1) je razvidno, da je direktor odgovoren svetu zavoda ter da prenaša del svojih pristojnosti na strokovni svet, ta pa na vodjo splošnega zdravstvenega varstva in zobozdravstva. V zavodu prevladuje tradicionalna, administrativna organizacijska kultura. Tveganj je malo, upravljaljske in poslovodne novosti se uvajajo le občasno. Direktor se loči od kolegov v pridobitnih organizacijah po socialnosti, etičnosti in moralnem ravnanju.

Zavod je v glavnem odvisen od javnih finančnih sredstev, ki jih pridobiva po pogodbi z javnim plačnikom tj. ZZZS. Slednje velja v celoti za plačevanje tekoče dejavnosti, medtem ko je financiranje naložbene dejavnosti deloma obveznost ustanovitelja in se zagotavlja iz občinskega proračuna.

Na dan 31. 12. 2005 je bilo v zavodu zaposlenih 55 delavcev. Iz tabele 4.1, ki prikazuje izobrazbeno strukturo zaposlenih, je razvidno, da ima od skupnega števila zaposlenih manj kot polovica zaposlenih srednješolsko izobrazbo, nekaj manj kot tretjina pa visokošolsko izobrazbo (zdravniki).

**Tabela 4.1** Izobrazbena struktura zaposlenih na dan 31. 12. 2005

Dosežena stopnja izobrazbe	Število delavcev	Delež v %
III.	2	4
V.	24	44
VI.	13	23
VII.	16	29
Skupaj	55	100

Vir: ZD Medvode 2006, 25

### 4.3 Dejavnost

Zdravstveni dom Medvode izvaja zdravstvene storitve v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti. Svoje prihodke pridobiva:

- z izvajanjem programa zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS,
- s prodajo zdravstvenih storitev na trgu (medicina dela, nadstandardne storitve v zobozdravstvu ter storitve v vseh dejavnostih, ki ne izhajajo iz pravil zdravstvenega zavarovanja),
- z izvajanjem programov za zdravo življenje in
- z izvajanjem in koordinacijo programov za preprečevanje odvisnosti od dovoljenih in nedovoljenih drog.



## **5 POVZETEK LETNEGA POROČILA ZDRAVSTVENEGA DOMA MEDVODE**

Zdravstveni dom Medvode je javni zavod, katerega ustanovitelj je občina Medvode. Zaradi posrednega financiranja se uvršča med posredne uporabnike občinskega proračuna in sestavlja letno poročilo po predpisih, ki veljajo za določene uporabnike enotnega kontnega načrta (v nadaljevanju določene uporabnike). Na podlagi Pravilnika o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebe javnega prava obsega letno poročilo računovodsko in poslovno poročilo. Letno poročilo se pripravi enkrat letno, oddati pa ga je treba do konca februarja za preteklo leto Agenciji za javnopravne evidence in storitve ter ustanovitelju (županu občine Medvode).

### **5.1 Računovodsko poročilo**

Računovodsko poročilo sestavljajo računovodski izkazi in pojasnila k izkazom. Odgovorna oseba za njegovo izdelavo je pooblaščen računovodja oziroma oseba, odgovorna za računovodstvo.

Računovodsko poročilo določenega uporabnika obsega (Čižman 2005, 25):

1. bilanco stanja s prilogama o:
  - stanju in gibanju neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev ter
  - stanju in gibanju dolgoročnih kapitalskih naložb in posojil.
2. izkaze:
  - prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov
    - po vrstah dejavnosti in
    - po načelu denarnega toka,
  - računa finančnih terjatev in naložb določenih uporabnikov in
  - računa financiranja določenih uporabnikov ter
3. pojasnila k računovodskim izkazom.

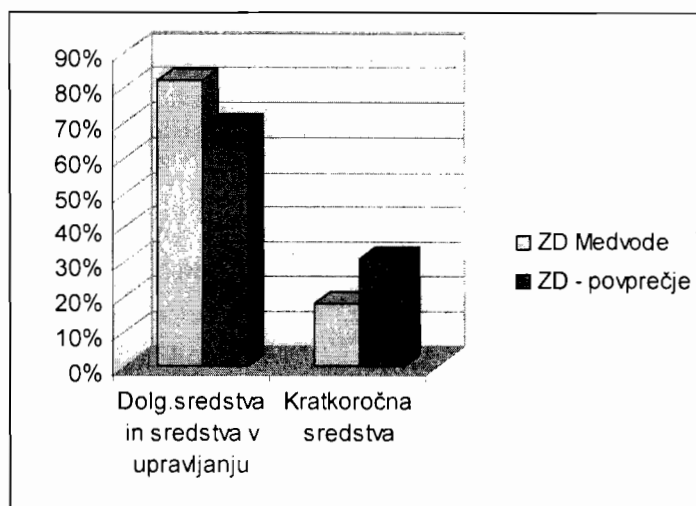
Točki 1 in 2 računovodskega poročila se nanašata na predpisane obrazce, točka 3 pa na pojasnitev posameznih računovodskih postavk v obeh izkazih.

#### **5.1.1 Analiza bilance stanja zavoda**

Aktivo zavoda sestavljajo dolgoročna sredstva in sredstva v upravljanju ter kratkoročna sredstva. Med dolgoročnimi sredstvi in sredstvi v upravljanju so izkazana neopredmetena dolgoročna sredstva in opredmetena osnovna sredstva. Največji delež dolgoročnih sredstev in sredstev v upravljanju predstavljajo opredmetena osnovna sredstva, med katerimi so evidentirane nepremičnine (zemljišča in zgradbe) in oprema ter druga opredmetena sredstva. Delež dolgoročnih sredstev in sredstev v upravljanju v

celotni aktivi za leto 2005 znaša 82 %. S pomočjo presekov bilanc lahko ugotovimo, da ima zavod prekomerne kakovostne virov in bi bilo dobro presežek virov usmeriti v financiranje stalnih sredstev. Seveda pa je struktura aktive odvisna od posebnosti posameznih dejavnosti, zato presojamo ugodnost tega razmerja znotraj dejavnosti. Iz slike 5.1 je razvidno, da je struktura aktive Zdravstvenega doma Medvode primerljiva s slovenskim povprečjem zdravstvenih domov.

**Slika 5.1** Struktura sredstev (aktive bilance stanja) ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s slovenskim povprečjem

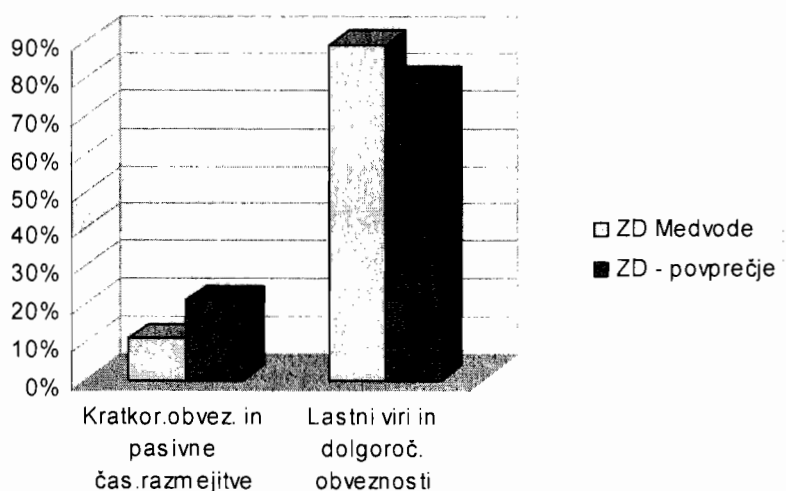


Vir: avtor

Struktura virov sredstev (»pasive bilance stanja«) se v letu 2005 v primerjavi z letom 2004 skoraj ni spremenila. Kratkoročne obveznosti predstavljajo 11 % vseh virov sredstev, obsegajo pa kratkoročne obveznosti za prejete predujme in varščine, kratkoročne obveznosti do zaposlenih, do dobaviteljev in do uporabnikov enotnega kontnega načrta. Lastni viri, med katerimi so izkazane dolgoročne rezervacije in obveznosti za sredstva, prejeta v upravljanje, predstavljajo 89 % virov sredstev (»pasive bilance stanja«). Pretežen del teh virov predstavljajo obveznosti za neopredmetena dolgoročna in opredmetena osnovna sredstva (97 %), kar je primerljivo s slovenskim povprečjem zdravstvenih domov (95 %).



**Slika 5.2** Struktura virov sredstev (pasive bilance stanja) ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s slovenskim povprečjem



Vir: avtor

Izračunali smo tudi kazalnik samofinanciranja, ki nam pove, v kolikšnem deležu se je podjetje sposobno financirati iz lastnih sredstev (Koletnik 1997, 224). Lastni viri v števcu so v našem primeru višina obveznosti za sredstva, prejeta v upravljanje in presežek prihodkov nad odhodki, v imenovalcu pa je višina virov sredstev. Kazalnik v vrednosti 86 nam kaže, da je zavod precej neodvisen od posojilodajalcev (npr. bank) in da tako obstaja majhna nevarnost glede prezadolženosti zavoda. Stalna sredstva in del gibljivih sredstev je pokrit oz. financiran z dolgoročnimi viri, kar zagovarja tradicionalistična finančna politika (Repovž in Peterlin 2004, 84).

Pri vodoravni analizi bilance stanja lahko ugotovimo, da se je v primerjavi s preteklim letom povečala vrednost neopredmetenih dolgoročnih sredstev, nepremičnin in opreme, in sicer iz naslova novih vlaganj. Pri kratkoročnih sredstvih so se povečala dobroimetja pri bankah, manjše pa so kratkoročne terjatve do kupcev, in sicer predvsem zato, ker je Vzajemna zdravstvena zavarovalnica svoje obveznosti za november 2005 poravnala do konca decembra 2005 (v predhodnem letu jih je poravnala v prvih dneh januarja).

*Druga pojasnila v računovodskem poročilu Zdravstvenega doma Medvode pa se nanašajo na:*

1. *Sodila*, ki so bila uporabljena za razmejevanje prihodkov in odhodkov na dejavnost javne službe ter dejavnost prodaje blaga in storitev na trgu. Zdravstveni dom Medvode upošteva pri določitvi sodila za razmejevanje prihodkov in odhodkov na dejavnost javne službe ter tržno dejavnost, priporočilo Ministrstva za zdravje. Po tem priporočilu se štejejo kot prihodki iz opravljanja javne službe prihodki iz OZZ in PZZ, prihodki iz doplačil do polne

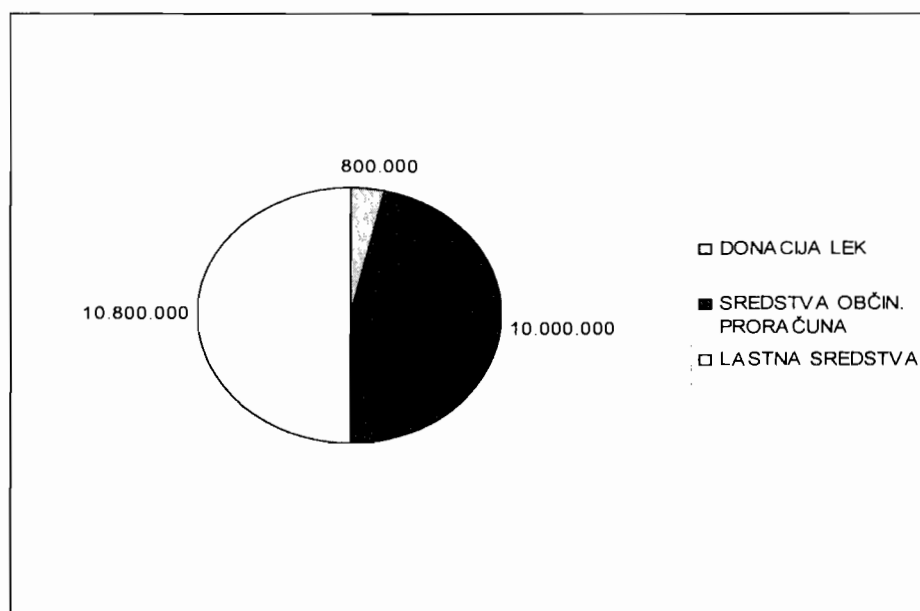
- vrednosti storitev, prihodki, ki jih je zavod pridobil iz državnih in občinskih proračunov, ter prihodki v zvezi z upravljanjem premoženja, ki izhajajo iz opravljanja javne službe (obresti, najemnine, izredni prihodki). Med na trgu ustvarjene prihodke pa se štejejo nadstandardne zdravstvene storitve, ki pomenijo storitve izven obsega redne dejavnosti. Za leto 2005 je bil ugotovljen 6,6 odstotni delež s tržno dejavnostjo ustvarjenih poslovnih prihodkov.
2. *Namene*, za katere so bile oblikovane dolgoročne rezervacije, ter oblikovanje in poraba dolgoročnih rezervacij. Na kontih dolgoročnih rezervacij zavod izkazuje nadomestila stroškov amortizacije v višini 1.133 tisoč tolarjev. To so sredstva, prejeta iz donacij za nakup osnovnih sredstev, in so namenjena pokrivanju amortizacije teh sredstev. Na kontih dolgoročnih rezervacij v znesku 9.077 tisoč tolarjev so knjižena tudi sredstva, ki se nanašajo na znanstveno-raziskovalni projekt »Slovenski nacionalni projekt za starejše ljudi, ki živijo na svojih domovih«. Sredstva za izpeljavo tega projekta je zavod pridobil pri Inštitutu za odprto družbo – SOROS New York.
  3. *Metode* vrednotenja zalog materiala. Zdravstveni dom Medvode v skladu s 23. členom Pravilnika o računovodstvu ne vodi analitične evidence zalog materiala. Nabavljeni material takoj ob nabavi knjiži na ustrezne konte porabljenega materiala.
  4. *Podatke* o stanju neporavnanih terjatev in obveznosti ter ukrepih za njihovo poravnavo oziroma razlogih neplačila. Izkazane terjatve na dan 31. 12. 2005 se nanašajo na december 2005, ker račune kupcem izstavimo v naslednjem mesecu po obračunskem mesecu (za december 2005 v januarju 2006). V letu 2005 zavod tudi ni oblikoval popravka dvomljivih in spornih terjatev, ker takih terjatev ni bilo, kar kaže na učinkovito upravljanje s terjatvami zavoda. Prav tako se tudi izkazane kratkoročne obveznosti do dobaviteljev nanašajo na obveznosti, ki še niso zapadle v plačilo.
  5. *Vire sredstev*, uporabljenih za vlaganje v opredmetena osnovna sredstva in neopredmetena dolgoročna sredstva ter razloge za pomembnejše spremembe teh sredstev. Pri tem pojasnilu nam je v pomoč priloga k bilanci stanja – pregled stanja in gibanja neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev. Tabela 5.1 prikazuje realizacijo planiranih investicij in investicijskih vlaganj. Iz tabele je razvidno, da plan ni bil v celoti realiziran zaradi slabega rezultata poslovanja v obdobju januar–september 2005, saj zavod ni imel zadostnih virov za financiranje planiranih investicij.

**Tabela 5.1** Realizacija plana investicij in investicijskih vlaganj v letu 2005

Skupina	Nabave 2005 (v SIT)	Plan 2005 (v SIT)	Indeks nabave/plan
Neopredmetena dolgoročna sredstva	590.319	0	
Nepremičnine (zgradba)	8.352.909	8.000.000	104
Oprema	12.501.909	15.300.000	82
Skupaj	21.445.137	23.300.000	92

Vir: ZD Medvode 2006, 6

**Slika 5.3** Struktura virov sredstev za investicije in investicijska vlaganja v letu 2005



Vir: avtor

6. *Vrste postavk*, ki so zajete v znesku, izkazanem na kontih izvenbilančne evidence. Zavod izvenbilančno vodi evidenco delovne obleke zaposlenih, ki se nabavlja v skladu s Pravilnikom o delovni in zaščitni obleki.

V prilogi 1 so prikazani podatki iz izkaza bilance stanja za leto 2005, v prilogi 2 pa podatki iz izkaza prihodkov in odhodkov določenega uporabnika – Zdravstvenega doma Medvode, na podlagi katerih bomo v nadaljevanju projektne naloge pri prikazu poslovnega poročila Zdravstvenega doma Medvode izračunali pomembnejše kazalnike poslovanja, ki jih vsebuje poslovno poročilo po priporočilu Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

### 5.1.2 Analiza izkaza prihodkov in odhodkov zavoda

Izkaz prihodkov in odhodkov določenih uporabnikov izkazuje prihodke in odhodke po načelu nastanka poslovnega dogodka, kar pomeni, da so prihodki in odhodki nastali v obravnavanem obračunskem obdobju.

Zdravstveni dom Medvode je poslovno leto 2005 zaključil s presežkom prihodkov nad odhodki v višini 3.366.375 SIT.

**Tabela 5.2** Rezultat poslovanja ZD Medvode za leto 2005 v primerjavi s preteklim letom in planom

**1** – Realizacija I.–XII. 2004; **2** – Plan I.–XII. 2005; **3** – Realizacija I.–XII. 2005; **4** – Indeks realizacija 05/04; **5** – Indeks realizacija/plan 2005; **6** – Struktura realizacije 2004 (v %); **7** – Struktura realizacije 2005 (v %)

	1	2	3	4	5	6	7
<b>I</b> Prihodki	425.701	446.658	433.195	102	97	100	100
1 Poslovni prihodki	424.759	445.808	431.396	102	97	99,8	99,6
obvezno zavarovanje (ZZZS)	327.860	345.608	337.739	103	98	77,2	78,3
prostovoljno zavarovanje	63.661	70.700	58.167	91	82	15,0	13,5
samoplačniki in doplačila	14.084	11.000	10.948	78	100	3,3	2,5
medicina dela	14.218	12.000	17.641	124	147	3,3	4,1
prihodki donacij in zdravstvene vzgoje	2.743	3.500	3.708	135	106	0,5	0,9
drugi poslovni prihodki	2.193	3.000	3.193	146	106	0,5	0,7
2 Finančni prihodki	525	450	683	130	152	0,1	0,2
3 Izredni prihodki	417	400	1.076	258	269	0,1	0,2
4 Prevrednotovalni prihodki	0	0	40			0,0	0,0
<b>II</b> Odhodki	428.494	446.556	429.829	100	96	100,0	100,0
1 Stroški materiala	44.105	45.957	41.441	94	90	10,3	9,6
2 Stroški storitev	68.696	71.228	69.411	101	97	16,0	16,1
3 Amortizacija	12.410	13.000	12.801	103	98	2,9	3,0
4 Stroški dela	301.883	314.786	304.045	101	97	70,5	70,7
5 Drugi stroški	1.175	1.390	1.347	115	97	0,3	0,3
6 Finančni odhodki	8	0	0	0	0	0,0	0,0
7 Izredni odhodki	188	195	784	417	402	0,0	0,2
8 Prevred. poslovni odhodki	29	0	0	0	0	0,0	0,0
Presežek prihodkov nad odhodki	-2.793	102	3.366				

Vir: ZD Medvode 2006, 11

*Obrazložitev tabele 5.2: Rezultat poslovanja Zdravstvenega doma Medvode za leto 2005 v primerjavi s preteklim letom in planom*

- Prihodki za leto 2005 znašajo skupaj 433.195 tisoč tolarjev in so glede na enako obdobje preteklega leta višji za 7.494 tisoč tolarjev, glede na plan pa zaostajajo 13.463 tisoč tolarjev (indeks 97).
- Poslovni prihodki znašajo skupaj 431.396 tisoč tolarjev in so glede na enako obdobje preteklega leta višji za 6.637 tisoč tolarjev (indeks 102), glede na plan pa zaostajajo za 14.412 tisoč tolarjev (indeks 97).
- V strukturi prihodkov so deležno najvišji prihodki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (78,3 %), sledijo prihodki iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (13,5 %); prihodki iz OZZ in PZZ skupaj zaostajajo za planom za 20.402 tisoč tolarjev, kar je posledica nerealiziranega programa zobozdravstva za odrasle po pogodbi z ZZS.
- Prihodki od samoplačniških storitev v višini 10.948 tisoč tolarjev (deležno 2,5 %) in prihodki medicine dela v višini 17.641 tisoč tolarjev (deležno 4,1 %) predstavljajo v skupnih prihodkih 6,62 %. Nižji samoplačniški prihodki v primerjavi s preteklim letom so posledica manjšega obsega samoplačniških storitev v zobozdravstvu za odrasle. Prihodki ambulate medicine dela so v letu 2005 presegli plan za 24 % zaradi znižanja deleža programa za 0,1.
- Med prihodki od donacij in zdravstvene vzgoje so knjiženi prihodki v višini 3,5 milijonov tolarjev, ki jih je zavod prejel od občine Medvode za tekoče potrebe zdravstvene vzgoje, ter donacije Leka v višini 800 tisoč tolarjev za nakup avtomobila in donacije v višini 160 tisoč tolarjev za strokovno izpopolnjevanje dveh splošnih zdravnic.
- Drugi poslovni prihodki v višini 3.193 tisoč tolarjev izkazujejo refundirana dežurstva na nujni pomoči ter prihodke od uporabnin poslovnih prostorov v višini 181 tisoč tolarjev. Finančni prihodki (obresti od sredstev na enotnem zakladniškem računu in kratkoročnem plasmaju sredstev pri poslovnih bankah) znašajo 683 tisoč tolarjev in predstavljajo 0,2 % prihodkov.
- Izredni prihodki v višini 1.076 tisoč tolarjev predstavljajo refundacijo plače zobozdravnice pripravnice. Višji indeks glede na plan je posledica podaljšanja pripravništva zaradi porodniškega dopusta.
- Prevrednotovalni prihodki v višini 40 tisoč tolarjev predstavljajo prodano dotrajano opremo, ki je bila izločena iz uporabe zaradi preureditve prostora.
- Celotni odhodki znašajo skupaj 429.829 tisoč tolarjev in so glede na enako obdobje preteklega leta višji za 1.335 tisoč tolarjev (indeks 100), glede na plan pa nižji za 16.727 tisoč tolarjev (indeks 96).

- V strukturi odhodkov so deležno najvišji stroški dela (70,7 %), sledijo stroški storitev (16,1 %), stroški materiala (9,6 %), stroški amortizacije (3 %) ter drugi in izredni odhodki (0,5 %).
- Ugotovimo lahko, da se večina odhodkov giblje pod planiranimi zneski – zlasti pri stroških materiala je to logična posledica nižje realizacije zobotehničnih storitev (stroški porabljenega materiala v zobotehničnem laboratoriju so za 2.126 tisoč tolarjev nižji kot v predhodnem letu).
- Izredni odhodki v višini 784 tisoč tolarjev (indeks glede na plan 402) med drugim predstavljajo plačano povračilo škode ZZZS v višini 344 tisoč tolarjev v Domu starejših občanov in objavo osmrtnice.
- Med vsemi skupinami odhodkov pa bistveno odstopajo od plana stroški dela v višini 304.045 tisoč tolarjev; glede na plan so nižji za kar 10.741 tisoč tolarjev (indeks 97). Vzrok za tako visoko odstopanje je visok delež bolnin, kar bolje ponazarja tabela 5.3: Plače v letu 2005 v primerjavi z letom 2004. Boleznine do 30 dni so v letu 2005 znašale 10.175 tisoč tolarjev in so bile v primerjavi z enakim obdobjem lanskega leta višje za 114 %; boleznine in nega, ki se refundirajo v breme ZZZS, pa so znašale 8.055 tisoč tolarjev in so v primerjavi z enakim obdobjem lanskega leta višje za 77 %; na račun refundiranih bolnin so stroški dela v letu 2005 tako precej nižji od planiranega zneska (visok odstotek bolnin je bil delno krit z notranjimi prerazporeditvami ter z večjim obsegom dela ostalih ambulant, daljša odsotnost pa z nadomestnimi zaposlitvami).
- Stroški skupne porabe so v letu 2005 v primerjavi s preteklim letom nižji za 2.298 tisoč tolarjev, ker se v letu 2005 ni nihče upokojil in ni bila izplačana nobena odpravnina.
- Ugotovimo lahko tudi, da se je v letu 2005 nekoliko povečal delež ur iz pogodbenega dela (med drugim je bil nekaj časa s pogodbenim delom krit bolniški stalež v diagnostičnem laboratoriju), vendar se v absolutnem znesku v primerjavi s preteklim letom to ne vidi, ker je bilo v letu 2004 preko pogodbenega dela plačano delo specialista okulista; preko pogodbenega dela pa se že od leta 2000 plačuje ginekolog (za 0,6 programa).

**Tabela 5.3** Plače v letu 2005 v primerjavi z letom 2004 (v SIT)

	2004	2005	Indeks 2005/2004
Bruto plače – redno delo	210.211.225	209.281.929	100
Boleznina do 30 dni	4.752.623	10.174.954	214
Dopolnilno delo	3.612.933	4.497.139	124
Bruto plača brez SSP	218.576.781	223.954.023	102
SSP – jubilejne nagrade, odpravnine, regres	11.578.596	9.280.405	80
Skupaj bruto plače	230.155.377	233.234.428	101
Refundacije (nega, bolezn. nad 30 dni)	4.560.169	8.054.726	177
Pogodbeno delo + sejnine	11.403.966	10.778.656	95
Neto plača brez SSP	133.356.254	138.010.632	103
Povpr. neto plača/zaposl.	212.852	219.692	103
Povpr. bruto plača/zaposl.	348.874	356.501	102
Št. zaposl. iz ur	52,21	52,35	100
Št. zaposl. – pog. delo	0,84	0,92	110

Vir : ZD Medvode 2006, 14

## 5.2 Določeni izločki iz Poslovnega poročila ZD Medvode

Poslovno poročilo obsega:

- splošni del, ki vsebuje predstavitev zavoda in njegove dejavnosti;
- posebni del, ki vsebuje opisna poročila o realizaciji programa in poročilo o doseženih ciljih in rezultatih;
- zaključni del, ki vsebuje datum in kraj nastanka ter sprejetja letnega poročila ter podpise odgovornih oseb za pripravo letnega poročila.

Poslovno poročilo Zdravstvenega doma Medvode vsebuje predstavitev dosežkov in problemov pri poslovanju zavoda. Predpisan obvezni sestavni del poslovnega poročila je »Poročilo o doseženih ciljih in rezultatih«, ki bo predstavljeno v nadaljevanju projektne naloge.

### *Poročilo o doseženih ciljih in rezultatih*

V skladu z Navodili o pripravi zaključnega računa mora Poročilo o doseženih ciljih in rezultatih vključevati (Čižman 2005, 42–43):

- zakonske in druge pravne podlage, ki pojasnjujejo področje dela zavoda,
- dolgoročne cilje zavoda, ki izhajajo iz večletnega programa dela in razvoja, področnih strategij in nacionalnih programov,

- letne cilje zavoda, zastavljene v obrazložitvi finančnega načrta ali v njegovem letnem programu dela,
- oceno uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev, upošteva je fizične, finančne in opisne kazalce po posameznih dejavnostih,
- nastanek morebitnih nedopustnih ali nepričakovanih posledic pri izvajanju programa,
- oceno uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev v primerjavi z doseženimi cilji iz poročila preteklega leta ali več preteklih let,
- oceno gospodarnosti in učinkovitosti poslovanja glede na opredeljene standarde in merila, kot jih je predpisalo pristojno ministrstvo, ter ukrepi za izboljšanje učinkovitosti in kakovosti poslovanja,
- oceno delovanja sistema notranjega finančnega nadzora,
- pojasnila na področjih, na katerih zastavljeni cilji niso bili doseženi, zakaj niso bili doseženi,
- oceno učinkov poslovanja posrednega uporabnika na druga področja, predvsem na gospodarstvo, socialne razmere, varstvo okolja, regionalni razvoj, urejanje prostora in podobno,
- druga pojasnila, ki vsebujejo analizo kadrovanja in investicijskih vlaganj.

Zaradi obširnosti Poročila o doseženih ciljih in rezultatih, bodo predstavljene le njegove najpomembnejše točke, in sicer:

1. zakonske in druge pravne podlage, ki pojasnjujejo področje dela zavoda,
2. dolgoročni cilji zavoda,
3. letni cilji Zdravstvenega doma Medvode,
4. ocena uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev,
5. ocena gospodarnosti in učinkovitosti poslovanja glede na opredeljene standarde in merila pri doseganju zastavljenih ciljev.

*Zakonske in druge pravne podlage, ki pojasnjujejo področje dela zavoda*

V tej točki Poslovno poročilo navaja naslednje pravne podlage:

- Zakon o javnih financah,
- Zakon o računovodstvu,
- Pravilnik o sestavljanju letnih poročil za proračun, proračunske uporabnike in druge osebne javnega prava,
- Navodilo o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna ter metodologije za pripravo poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov proračuna,
- Pravilnik o razčlenjevanju in merjenju prihodkov in odhodkov pravnih oseb javnega prava,



- Pravilnik o enotnem kontnem načrtu za proračun, proračunske uporabnike in druge osebnosti javnega prava,
- Navodilo o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev,
- Slovenske računovodske standarde,
- druge zakonske akte, izvedbene podzakonske predpise ter interne pravilnike in navodila.

#### *Dolgoročni cilji zavoda*

Pomemben dolgoročni cilj, ki je zapisan v letnem poročilu zavoda, je zagotoviti ustrezno mrežo javne zdravstvene službe na ravni občine, ki bo zagotavljala uresničevanje vseh potreb s področja zdravstvenega varstva občanov, kajti ob osamosvojitvi zavoda vse dejavnosti niso bile zagotovljene v zadovoljivem obsegu glede na število prebivalcev (zobozdravstvo in fizioterapija).

#### *Letni cilji Zdravstvenega doma Medvode*

Med pomembnejšimi letnimi cilji, ki jih navaja Poročilo o doseženih ciljih in rezultatih, so:

- uspešno realizirati letni finančni načrt,
- ohraniti program zdravstvenih storitev, ki je dogovorjen s pogodbo z ZZZS v vseh dejavnostih, povečati glavarino v dispanzerju za žene, še posebej pa poskrbeti za stooctotno realizacijo v zobozdravstvu,
- povečati prodajo zdravstvenih storitev na trgu, predvsem v zobozdravstvu, vključno z zobnoproctetičnimi storitvami, v ostalih dejavnostih pa ohraniti dosedanje raven samoplačniških storitev in obenem iskati nove možnosti prodaje storitev na trgu ter
- realizirati posodobitev opreme v okviru plana sredstev za investicije.

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

Eden izmed pomembnejših letnih ciljev zavoda je bil stooctotna realizacija storitev po pogodbi z ZZZS v zobozdravstvu, ki pa ni bil dosežen, kar kaže tabela 5.4. Planiran obseg storitev je bil realiziran v vseh dejavnostih, razen:

- v preventivi za odrasle, kjer je bilo premalo pregledanih 38 pacientov, da bi dosegli 85 % pogodbeno dogovorjenega programa,<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 85 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa, v otroškem in šolskem

- v zobozdravstvu za odrasle, kjer ni bilo realiziranih več kot 42 tisoč točk (indeks 78), kar predstavlja 22 % priznanega celotnega programa zobozdravstva za odrasle; tudi če primerjamo realizacijo zobnih ambulant za odrasle brez zobne tehnike, lahko ugotovimo, da so zobozdravniki za odrasle realizirali plan zobozdravstvenih zdravljenj v višini 83 %.

**Tabela 5.4** Realizacija storitev po pogodbi z ZZS za leto 2005

Dejavnost	Letna obveznost		Realizacija		od skup. K		Preventiva	
	Nosilec	Število količnikov. točk	Jan.–dec.	Plana v %	Realizacija preventive	Plan	Indeks realiz./plan	
Splošno zdr. varstvo	4,97	136.615	139.408	102	6.874	8.662	79	
Amb. 1	1	27.488	36.044	131	1.170	2.438	48	
Amb. 2	1	27.488	35.894	131	1.158	1.340	86	
Amb. 3	1	27.488	7.578	28	457	1.077	42	
Amb. 4	0,9	24.739	24.173	98	1.473	1.434	103	
Amb. 5	0,7	19.241	24.047	125	2.075	1.836	113	
Amb. 6	0,37	10.171	11.672	115	409	498	82	
Šol. disp. – prev. odr.					132	39	338	
Amb. – DSO	0,61	16.768	23.728	142				
Otroško zdr. varstvo		32.734	34.693	106				
Kurativa	0,76	21.056	23.080	110				
Preventiva	0,24	11.678	11.613	99				
Šolsko zdr. varstvo		31.921	35.904	112				
Kurativa	0,78	21.471	26.305	123				
Preventiva	0,22	10.450	9.600	92				
Okulist. amb.	0,4	20.889	22.027	105				
Obiski		3.196	2.504	78				
Ginek. amb.	0,6	17.516	20.092	115				
Preventiva		726	669	92				
Kurativa		16.790	19.423	116				
Fizioterapija	1,6	29.765	32.560	109				
Patronaža	5,85	98.742	105.645	107				
Od 1. 7. 2005 dalje	6,15				Zob.ord.	Zob.teh.	Skupaj	
Zob. varstvo odraslih		189.356	115.370	83	31.664	147.034	78	
Amb. 1		47.339	31.580	91	10.299	41.879	88	
Amb. 2		47.339	30.301	87	6.899	37.200	79	
Amb. 3		47.339	22.062	63	4.385	26.447	56	
Amb. 4		47.339	31.426	90	10.080	41.567	88	
Zob. varstvo otrok		64.120	64.682	104	156	64.838	101	
Zob. 1		32.060	28.766	93	141	28.907	90	
Zob. 2		32.060	35.916	116	15	35.931	112	

Vir: ZD Medvode 2006, 22

dispanzerju 90 % pogodbeno dogovorjenega programa, v dispanzerju za žene pa 70 % pogodbeno dogovorjenega programa.

Zdravstveni dom Medvode spremlja prihodke in odhodke tudi po mestih odgovornosti. S pomočjo te analitične evidence smo rezultate poslovanja po mestih odgovornosti strnili v rezultate poslovanja po posameznih dejavnostih, ki jih prikazuje tabela 5.5. Iz tabele je razvidno, da so vse dejavnosti zavoda poslovale pozitivno z izjemo zobozdravstva za odrasle, ki izkazuje 22.819 tisoč tolarjev presežka odhodkov nad prihodki (v letu 2004 je odraslo zobozdravstvo ustvarilo 16 milijonov tolarjev presežka odhodkov nad prihodki).

**Tabela 5.5** Rezultat poslovanja ZD Medvode za leto 2005 po dejavnostih (v tisoč SIT)

Dejavnost	Splošno zdravstveno varstvo	Odraslo zobozdr.	Mladin. zobozdr.	Medicina dela	Ultrazv. abdomna	Skupaj
Prihodki skupaj	287.082	80.564	38.762	17.641	1.045	425.094
OZZ, PZZ	278.846	77.080	38.715	0	0	394.641
Samoplačniški prihodki	8.236	3.484	47	17.641	1.045	30.453
Odhodki skupaj	269.535	103.383	34.460	13.537	813	421.728
Neposredni stroški	226.077	88.591	27.240	12.451	813	355.172
Stroški materiala	11.185	6.036	2.448	96	35	19.800
Stroški laboratorija ZD Medvode	15.385	0	0	1.018		16.403
Stroški zoboteh. laboratorija	0	27.328	177			27.505
Stroški storitev	30.178	5.346	1.671	3.458	778	41.431
Stroški dela	165.990	48.303	21.776	7.849		243.918
Amortizacija	3.339	1.578	1.168	30		6.115
Posredni stroški	43.458	14.792	7.220	1.086		66.556
Presežek prihodkov	17.547	-22.819	4.302	4.104	232	3.366

Vir: ZD Medvode 2006, 23

Eden od razlogov za nizko realizacijo storitev v odraslem zobozdravstvu je visok odstotek bolezni zobozdravnikov. Zaradi daljše odsotnosti je bilo izrazito manj naročil za zobnoprotetične storitve, prisotni zobozdravniki pa so opravili večji delež zobnih zdravljenj. Tudi tržna dejavnost zobozdravstva za odrasle je drastično upadla v primerjavi s preteklim letom – za štiri milijone tolarjev.

V letu 2005 se je pokazala še slabša izkoriščenost kadrovske zasedbe v zobotehničnem laboratoriju tako glede izvajanja zagotovljenega programa kot tudi dodatnega tržnega programa, zato bo treba izvesti spremembo v organiziranosti

zobotehničnega laboratorija v smeri pobude za prehod v zasebništvo in najemniški odnos z zavodom.

Zobozdravstvo za odrasle je problematično že nekaj let, deloma zaradi kadrovskih težav, v večji meri pa zaradi interesa posameznih zobozdravnikov za pridobitev koncesije za opravljanje dejavnosti.

*Ocena gospodarnosti in učinkovitosti poslovanja glede na opredeljene standarde in merila pri doseganju zastavljenih ciljev*

V nadaljevanju so prikazani kazalniki nekaterih ekonomskih kategorij, ki jih je predlagalo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

- Kazalnik gospodarnosti:

$$\text{celotna gospodarnost} = \frac{\text{prihodki}}{\text{odhodki}} = 1,008$$

Kazalnik celotne gospodarnosti najbolj sintetično ponazarja uravnoteženost poslovanja zavoda. Kaže na intenzivnost presežka prihodkov nad odhodki in obratno. Od tega je odvisen tudi finančni položaj zavoda. Načelu gospodarnosti je zadoščeno, ker znaša vrednost kazalnika za ZD Medvode več kot 1.

- Kazalnik dobičkovnosti:

$$\text{stopnja dobičkovnosti} = \frac{\text{presežek prihodkov}}{\text{prihodki}} = 0,008$$

- Kazalnik obračanja sredstev:

$$\text{koeficient obračanja sredstev} = \frac{\text{celotni prihodki}}{\text{stanje sredstev}} = 1,209$$

Koeficient obračanja vseh sredstev ponazarja, kolikokrat na leto se sredstva v poslovnem procesu obrnejo. Kazalnik dobi izrazno moč v primerjavi s sorodnimi zavodi, kajti kaže na to, kakšna je intenzivnost gospodarjenja s sredstvi za pridobivanje prihodkov. V našem primeru gre za modificiran kazalnik uspešnosti, kjer se v števcu namesto presežka prihodkov (kot običajne kategorije donosnosti) upoštevajo celotni prihodki. Vrednost kazalnika nam pove, da ustvarimo 1,2 enoti celotnega prihodka z vloženo enoto sredstev.

- Kazalnika stanja investiranja:

$$\text{stopnja odpisanosti OS} = \frac{\text{popravek vrednosti OS}}{\text{nabavna vrednost OS}} = 0,441$$

$$\text{stopnja odpisanosti opreme} = \frac{\text{popravek vrednosti opreme}}{\text{nabavna vrednost opreme}} = 0,835$$

Visok kazalnik stopnje odpisanosti opreme je v večji meri posledica predpisanih visokih amortizacijskih stopenj, nekoliko pa tudi skromnih vlaganj iz lastnih virov zaradi nizkega deleža priznane amortizacije v cenah zdravstvenih storitev.

- Kazalnika kratkoročne in dolgoročne likvidnosti oz. kazalnika vodoravnega finančnega ustroja:

$$\text{pospešeni koeficient} = \frac{\text{kratkoročna sredstva} + A\check{C}R}{\text{kratkoročne obveznosti} + P\check{C}R} = 1,542$$

Kratkoročna sredstva so denarna sredstva, kratkoročne terjatve in kratkoročne finančne naložbe ter AČR so aktivne časovne razmejitev.

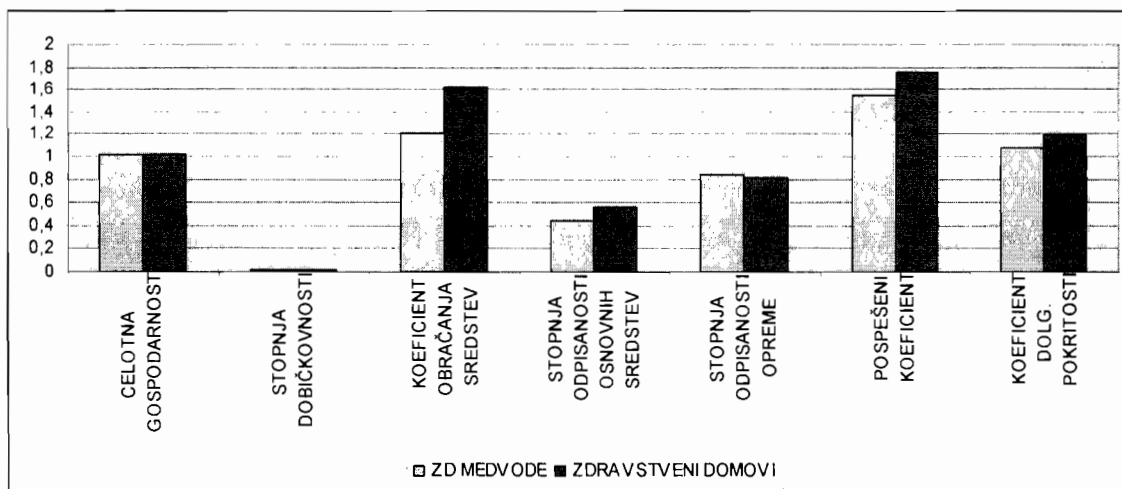
Okvirna vrednost pospešenega koeficienta (ne vključuje zalog), ki izraža plačilno likvidnost II. Stopnje, je 1,0, zato v našem primeru lahko govorimo o dobri plačilni sposobnosti oz. o tem, da je zavod zelo likviden. Pri tem kazalniku je pomembno poudariti specifičnost financiranja v zdravstvenem sistemu s sprotnimi mesečnimi akontacijami.

$K_{dpdsnz}$  = koeficient dolgoročne pokritosti dolgoročnih sredstev in normalnih zalog

$$K_{dpdsnz} = \frac{\text{lastni viri} + \text{dolg.rezervacije} + \text{dolg.obveznosti}}{OS + \text{dolg.terjatve} + \text{zaloge}} = 1,075$$

Okvirna vrednost kazalnika, ki izraža pokritje III. stopnje, je 1,0 ali več. V našem primeru lahko govorimo o zdravem financiranju oziroma o izpolnjevanju zlatega bilančnega pravila.

**Slika 5.4** Kazalniki poslovanja Zdravstvenega doma Medvode v primerjavi s povprečjem slovenskih zdravstvenih domov za leto 2005



Vir: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije 2006, 31

Pri uporabi kazalnikov je treba upoštevati, da ti ne dajejo vedno nujno objektivne ocene. Kakovost kazalnikov je odvisna od kakovosti uporabljenih računovodskih in drugih podatkov, pa tudi od specifičnosti dejavnosti (Repovž in Peterlin 2004, 106), zato smo na sliki 5.4 primerjali kazalnike finančne analize Zdravstvenega doma Medvode s povprečjem kazalnikov slovenskih zdravstvenih domov. Slika nam pokaže, da obravnavani zavod ne odstopa bistveno od slovenskega povprečja.

## **6 ZASEBNIŠTVO V JAVNI ZDRAVSTVENI SLUŽBI**

### **6.1 Pojem zasebništva**

Po veljavni zakonodaji iz leta 1992 (mnogokrat spremenjenem Zakonu o zdravstveni dejavnosti) se zasebno delo opravlja na podlagi koncesije ali brez nje. S pridobitvijo koncesije zasebni zdravnik sklene pogodbo z ZZZS. Zasebni zdravnik, ki nima koncesije (čisti zasebnik), ne more skleniti pogodbe z ZZZS, ampak zdravstvene storitve zaračunava le samoplačnikom. Podelitev koncesije za zdravstveno dejavnost na primarni ravni je v pristojnosti občine, za ostali dve ravni, pa v pristojnosti države. Postopek podelitve koncesije je urejen kot upravni postopek brez predhodnega javnega razpisa (Pirnat 2006, 10). Ker je trenutna zakonodaja glede številnih vprašanj pomanjkljiva (med drugim tudi kar se tiče prava Evropske skupnosti), je Inštitut za javno upravo že pripravil osnutek novega Zakona o zasebništvu. Po novem zakonu bomo imeli dve obliki zasebnega izvajanja javne zdravstvene službe, in sicer s pomočjo koncesionarjev in s pomočjo svobodnih zdravnikov specialistov. Bistvena razlika med njima bo, da bo koncesionar izvajal javno službo v svojem imenu in za svoj račun ter prevzel celoten program v mestu javne zdravstvene službe, svobodni zdravnik specialist pa bo izvajal javno službo po pogodbi s koncesionarjem ali javnim zavodom (Pirnat 2006, 1). Koncesije se bodo podeljevale na osnovi javnega razpisa.

### **6.2 Prednosti in slabosti zasebništva**

Vse od leta 1992, ko je bila pri nas po dolгих letih ponovno uvedena možnost zasebnega dela in privatizacija v zdravstvenem varstvu in zavarovanju, tečejo različne razprave o ustreznosti take rešitve, o njenih možnih oblikah, prednostih in slabostih ter o možnostih sožitja javnega in zasebnega načina te dejavnosti (Toth 2006, 19).

V Sloveniji imamo veliko primerov prepletanja elementov javnega in zasebnega zdravstvenega varstva, npr. zobotehnične storitve, laboratorijske preiskave, razne oblike dela zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v javni zdravstveni službi pri drugih nosilcih zasebne zdravstvene dejavnosti ipd. Veliko je primerov, ko se javna sredstva prelivajo v zasebne namene in niso v skladu z veljavnimi predpisi (primer posameznikov v javnih zavodih, ki opravljajo samoplačniško dejavnost, ki ni evidentirana ali se opravlja kar v rednem delovnem času in z javnimi sredstvi). Navedeno bi lahko označili kot pojav »sivega« trga, saj gre za neprijavljen dohodek, od katerega se ne plača davek (Milost in Milunovič 2006, 88).

Pobude za uvedbo zasebništva lahko strnemo z vidika države in z vidika izvajalcev. Država želi z uvajanjem zasebništva vzpodbuditi zasebna vlaganja v prostore in opremo ter zasebno iniciativo pri izvajanju storitev in pri upravljanju (boljši standard storitev, ekonomičnost, racionalnost izrabe virov, zasebna vlaganja). Izvajalci pa želijo z

zasebništvom pridobiti možnost boljšega plačila za svoje delo, izboljšati pogoje dela in povečati svobodo dela.

Med prednostmi zasebnitva najpogosteje zasledimo naslednje (Česen 1999, 6):

- večja možnost izbire osebnega zdravnika zaradi večjega števila izvajalcev;
- večja produktivnost dela brez nesprejemljivih čakalnih vrst;
- višja celovita kakovost, zlasti laična (prijaznost, sodelovanje z bolnikom, zavzetost) in zadovoljstvo pacientov;
- tekmovalnost med izvajalci;
- večja poslovna samostojnost;
- spodbudno plačilo za dobro delo;
- odgovornost za poslovni uspeh.

Slabosti zasebnitva pa naj bi bile:

- dajanje prednosti kurativi pred preventivo;
- slabša dostopnost do zdravstvenega varstva ter slabši javni nadzor zaradi zemljepisne in strokovne razpršenosti izvajalcev;
- težavno usklajevanje finančnih interesov z javnim plačnikom;
- zanemarjanje interesov javne zdravstvene službe (opravljanje nujne medicinske pomoči, dežurna služba in druge skupne naloge);
- nepravilna dostopnost ljudi do zdravstvene oskrbe (npr. zavračanje »dragih« ali »nedonosnih« bolnikov, razlike v čakalnih dobah, razlike v zavzetosti zdravstvenega osebja do bolnikov);
- pretirana ustrežljivost bolnikom na javni račun;
- nelegalno pridobivanje dohodka (npr. neupravičeno doplačevanje).

Kljub navedenim slabostim zasebnitva si bo država prizadevala uveljaviti njegove prednosti in zmanjšati njegove slabosti, saj zasebna iniciativa lahko pomembno vpliva na doseganje ciljev zdravstvene politike, zlasti z vidika vključevanja zasebnih sredstev. Trenutno je zasebnitvo najbolj razvito v primarnem zdravstvenem varstvu. Nastalo je kot posledica nezadovoljstva zdravstvenega osebja, ki svojih ambicij ni moglo uresničiti v zdravstvenih domovih. Večina prehodov iz javnega v zasebni sektor temelji na preprostih podjetniških oblikah samozaposlovanja s skromno težnjo po razvoju. Razvoj lahko nastane v povezavi z diverzifikacijo storitev, večinoma pa ga onemogoča sistem nastajanja teh zasebno-lastninskih oblik in njihovega financiranja. Pridobivanje koncesij od lokalne skupnosti zapira vstop in hkrati omejuje trg, pri tem pa glavarinski sistem financiranja določa razvoj in obseg dejavnosti. Za prihodnost lahko zatrdimo, da se bodo zasebne oblike primarnega zdravstvenega varstva pojavljale še naprej v obliki preprostega podjetništva. Pričakovati pa je, da se bodo sčasoma pojavljale tudi zahtevnejše oblike podjetništva, ki pa bodo temeljile na tem, da bodo ponujale storitve



zunaj univerzalnega zdravstvenega varstva in da bodo te storitve plačane iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ali iz žepa bolnikov (Tajnikar 2006, 44–45).

### **6.3 Uvedba zasebništva z vidika Zdravstvenega doma Medvode**

Nekateri zobozdravniki ZD Medvode, ki si želijo pridobiti koncesije, menijo, da je poslovanje zdravstvenega doma slabo, drago in nekonkurenčno v primerjavi z zasebništvom, ki ga ponujajo, pri tem pa ne pojasnijo, kje bodo z uvedbo zasebništva prihranili dodatna sredstva in kako jim bo uspelo glede na visok delež neopravljenega dogovorjenega zobozdravstvenega programa v obdobju 2003–2005 v bodoče realizirati dogovorjeni program.

V projektni nalogi skušamo ugotoviti, ali bi lahko uvedba zasebništva v ZD Medvode pripomogla k boljšemu rezultatu iz poslovanja, k večjemu zadovoljstvu zaposlenih in uporabnikov zdravstvenih storitev. Bistvena razloga, ki omogočata, da lahko ob enakih standardih in istem obsegu financiranja zasebniki dosegajo boljše finančne rezultate kot javni zavodi, sta:

- Motiv poslovanja  
Motiv poslovanja obeh izvajalcev je zagotoviti zavarovancem čim boljše osnovno zdravstveno oskrbo, pri čemer javni zavodi delujejo na neprofitni, zasebniki pa na profitni podlagi. Presežki prihodkov nad odhodki v neprofitno naravnanih zavodih se vlagajo v javno zdravstvo (npr. v posodobitev opreme), medtem ko jih zasebniki lahko porabijo nenamensko.
- Način poslovanja  
Javni zavodi poslujejo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, zasebniki pa po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem mora javni zavod upoštevati vse kolektivne pogodbe, katerih uresničevanje budno nadzorujejo sindikati v zdravstvu. Ti so si v preteklosti, predvsem zaradi nizkih plač zaposlenih v zdravstvu, izbojevali nenormalno veliko ugodnosti, ki danes bistveno dražijo delo v javnih zavodih (v Evropi smo na vrhu pravic glede dolžine letnih dopustov in odsotnosti zaradi izobraževanja delavcev). Vse te odsotnosti je treba pokriti bodisi z nadurnim delom ali s pogodbenim delom (problem odsotnosti zdravstvenih delavcev je prikazan v računovodskem poročilu ZD Medvode pri predstavitvi izkaza uspeha), kar seveda dodatno draži poslovanje javnega zavoda. Zasebnik ima možnost izplačevati nižje plače, kot veljajo po kolektivnih pogodbah, in s tem tudi plačuje nižje prispevke ter dajatve državi. Obenem z nezaposlovanjem priznanega osebja, za katerega je prejel sredstva, vrača državi znatno manj sredstev in tako del proračunskih sredstev porabi nenamensko. Zakonodajalec je tudi dodatno zaostril pogoje poslovanja v javnih zavodih, ki morajo vse nabave,

tekoča in investicijska vzdrževanja izvajati preko javnih naročil, bodisi samostojno ali preko centralnih nabav Ministrstva za zdravje. Sistem javnih naročil ni učinkovit in je še posebno problematičen v majhnih zavodih (npr. ZD Medvode), ki za to področje nimajo posebej usposobljenega in priznanega osebja. Še posebej pa so z javnimi naročili nezadovoljni zobozdravniki, ki si želijo nabavljati novejšje, boljše in posledično tudi dražje materiale.

Zaposlene v javnem zavodu stroški praviloma ne zanimajo in postavljajo v ospredje skrb za bolnika. Ob prehodu v zasebno dejavnost pa postanejo tržno naravnani v bolezen in storitve in tako postane njihova prva skrb strošek in ustvarjanje dobička. Primeri takih varčevanj, ki gredo na škodo pacientov, so manjše število diagnostičnih preiskav, dražjih hišnih obiskov, uvedba raznih doplačil, nadstandardnih in samoplačniških storitev, odklanjanje pacientov, ko izpolnijo dogovorjen program ipd. Sistem je izrazito prisoten v zobozdravstvu zaradi doplačil pri nadstandardnih storitvah in materialih, ki jih ne pokrivata obvezno zdravstveno in osnovno dopolnilno zavarovanje (Židanik 2006, 39).

Tabela 6.1 prikazuje primerjavo ustvarjenega (realiziranega) in simuliranega poslovnega rezultata ZD Medvode za leto 2005 ob predpostavki, da vse štiri zobozdravstvene ordinacije za odrasle pridobijo koncesijo za opravljanje zdravstvene dejavnosti in da z ZD Medvode sklenejo pogodbo o najemu poslovnih prostorov.

**Tabela 6.1** Primerjava ustvarjenega in simuliranega poslovnega rezultata za leto 2005 ob predpostavki izločitve celotnega zobozdravstva za odrasle

	Ustvarjen poslovni rezultat za leto 2005 (v 000 SIT)	Simuliran poslovni rezultat za leto 2005 (v 000 SIT)
a. Prihodki skupaj	425.094	350.518
Javna služba (OZZ, PZZ)	394.641	317.561
Tržna dejavnost (samoplačniški prihodki)	30.453	26.969
Prihodki od najemnin posl. prostorov	0	3.803
b. Odhodki skupaj	421.728	333.137
Neposredni stroški	355.172	266.581
Posredni stroški	66.556	64.371
c. Presežek prihodkov	3.366	17.381

Vir: avtor

Iz tabele 6.1 je razvidno, da bi se zaradi izločitve zobozdravstvenih ordinacij za odrasle prihodki iz naslova prodaje storitev javne službe in tržne dejavnosti skupno zmanjšali za 74.576 tisoč tolarjev, v strukturi prihodkov pa bi se na novo pojavili prihodki od najemnin za poslovne prostore v višini 3.803 tisoč tolarjev. Prihodke od najemnin poslovnih prostorov smo izračunali na podlagi kvadrature zobozdravstvenih

ordinacij, ki naj bi jih oddajali v najem, in na podlagi Pravilnika o načinu oddajanja poslovnih prostorov v ZD Medvode in najemnini.

Izločitev zobozdravstvenih ordinacij za odrasle bi vplivala tudi na znižanje neposrednih stroškov (porabljenega materiala, opravljenih storitev, izplačanih stroškov dela in amortizacije) v višini 88.591 tisoč tolarjev ter posrednih stroškov v višini 2.185 tisoč tolarjev. Posredni stroški se znižajo zaradi zaračunanega deleža obratovalnih stroškov »zasebnikom«, ki smo ga izračunali na podlagi ključa »kvadratura najetih prostorov«. Poslovni rezultat za leto 2005 bi bil tako višji za skoraj 14 milijonov tolarjev, ker pa bi »zasebniki« po vsej verjetnosti zaposlili le zobnega tehnika v ambulanti, ne pa tudi zobnega tehnika v zobotehničnem laboratoriju, bi ZD Medvode moral štirim presežnim delavcem izplačati odpravnine, kar bi pomenilo še dodatnih deset milijonov tolarjev. Končni poslovni rezultat bi bil tako v letu 2005 višji za približno štiri milijone tolarjev, v naslednjih letih pa bi se težnja rasti presežka prihodkov nad odhodki po vsej verjetnosti nadaljevala.

Na podlagi simuliranega izračuna lahko trdimo, da bi uvedba zasebnništva v ZD Medvode koristila predvsem izvajalcem zdravstvenih storitev, tj. »zasebnikom« in ZD Medvode, ne pa tudi prebivalcem Medvod. Zobozdravniki bi s pridobljenimi koncesijami dosegli bistvena cilja, in sicer boljše plačilo za svoje delo in večjo svobodo dela. Poslovanje javnega zavoda bi bilo prav tako uspešnejše, zelo vprašljiv pa bi bil pravičen dostop do ustreznega obsega in kakovosti zobozdravstvenih storitev (že sedaj je največ pritožb pacientov na račun zobozdravstvene službe) prebivalcem Medvod. Drug negativen učinek uvedbe zasebnništva bi bil tudi pojav presežnih delavcev in zagotovitev sredstev za njihove odpravnine.

Navedeni problemi so dobro znani tudi ustanovitelju, ki mora zagotoviti razmere za nemoteno delovanje javne zdravstvene službe ob dejstvu, da bodo obveznosti pri izvajanju neprekinjenega zdravstvenega varstva enakomerno porazdeljene med vse nosilce javne zdravstvene službe. S trenutno zaposlenim osebjem v zobozdravstvu ustanovitelj ne vidi rešitve tega problema v drugačni obliki organiziranosti dela, zato tekoče spremlja poslovanje ZD Medvode in sledi napovedanim spremembam v zdravstvu.



## 7 SKLEP

Slovenski zdravstveni sistem je javen. Zdravstvena dejavnost se izvaja v okviru mreže javne zdravstvene službe na treh ravneh: na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Zdravstveni domovi sodijo na primarno raven in ravno na primarni ravni je bilo od leta 1992 do danes podeljenih največ koncesij. V tem času je bilo veliko nedorečenosti pri podeljevanju koncesij in obstaja možnost, da bo ob čedalje večji socialni diferenciaciji prebivalstva prišlo do slabšanja njegove zdravstvene varnosti. Ravno v tem času se pripravlja nova zakonodaja, ki naj bi odpravila dosedanje pomanjkljivosti pri podeljevanju koncesij. Vlada je v svojih dveh ukrepih, ki se nanašata na področje zdravstvenega varstva, izpostavila pospeševanje in vzpodbujanje koncesionarstva na primarni ravni ter povezovanje v skupinske prakse. Nekritično vsiljevanje privatizacije in tržnih zakonitosti ni dobro, kar se je že pokazalo v nekaterih tranzicijskih državah (primer Slovaške), ki so po naročilu Svetovne banke in Mednarodnega denarnega sklada, ki seveda ščitita interes kapitala, že izpeljale zdravstveno reformo.

Subjekti v našem javnem zdravstvenem sistemu so država, ki je odgovorna za zadovoljivo zdravje in višjo kakovost življenja svojih državljanov, Zavod za zdravstveno zavarovanje, kot plačnik zdravstvenih storitev in izvajalci zdravstvenih storitev (javni zavodi in koncesionarji). Usklajevanje med njimi je partnersko, zato govorimo o tripartitem sistem dogovarjanja tako glede obsega in razdelitve programov kot tudi glede izhodišč za oblikovanje cen zdravstvenih storitev. Sistem zbiranja javnofinančnih sredstev temelji na Bismarckovem modelu zdravstvenega zavarovanja, ki zagotavlja precej visoko raven zdravstvenih pravic. Sredstva se zbirajo z obveznimi prispevki delodajalcev in delojemalcev od zakonskih osnov po proporcionalnih stopnjah (morda bi bil še pravičnejši progresivni način pobiranja davkov). Zaradi demografskih sprememb sedanje obdobje zaznamujejo vse večje zdravstvene potrebe prebivalstva, zato je javnega denarja, namenjenega zdravstvu, vedno premalo. Prav tako se v skladu s strategijo Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse« težišče zdravstvene dejavnosti pomika od kurative (pretežno bolnišnične zdravstvene dejavnosti) v primarno zdravstveno varstvo. V preobrazbi zdravstva je treba ustvariti razmere, da se bodo ljudje lahko odločali za zdravo življenje in bodo za lastno zdravje tudi odgovorni.

Ker je zdravje posebna javna dobrina, je pri organizaciji zdravstvenega sistema potrebna posebna previdnost, odgovornost in solidarnost. Mehanizmov trga zdravstvenih storitev (za katerega velja, da ga ureja in organizira država s svojimi predpisi in omejitvami, ki ustrezajo javnemu interesu) se ne sme nekritično uporabljati na način, kot je to dovoljeno na gospodarskem področju.

V projektni nalogi je s pomočjo računovodskih podatkov, njihove analize in izračunanih kazalnikov poslovanja ponazorjen primer poslovanja javnega zavoda Zdravstvenega doma Medvode. Obravnavani zavod se sooča s slabim poslovnim izidom

zaradi neizpolnjevanja pogodbenega programa na področju zobozdravstva. Nekateri zobozdravniki želijo postati zasebniki, zato iščejo vzroke za nizko realizacijo storitev v slabi opremi, slabih materialih in slabi organizaciji dela, medtem pa je vodstvo nemočno, da bi zaposlene nagrajevalo skladno z delovnimi rezultati.

Reforme v zdravstvu so nujne, vendar malo bolj konkurenčen oz. tržni pristop do bolnika še ne zahteva privatizacije. Komercializacija naj bi pomenila ponudbo novih storitev in tudi usmeritev v bolnikovo zadovoljstvo, kar so zasebniki že spoznali, javni zavodi pa to spoznavajo zaradi konkurence. Vlada ima namen na področju primarnega zdravstva prenesti ustanoviteljstvo iz občin na državo. Ker pa mreža še ni vzpostavljena, se lahko ob pospešeni privatizaciji poruši enakomerna dostopnost do zdravstvenih storitev in lahko pride celo do opuščanja opravljanja nerentabilnih programov. Država bi morala pred uvedbo zasebnitva nujno izenačiti pogoje poslovanja javnega zavoda in zasebnika koncesionarja, in sicer že z javnim razpisom koncesij za najboljšega ponudnika, z ustrežno kadrovske sestavo osebja glede na dogovorjeni standard, s plačilom davkov in prispevkov, kot so določeni v finančnem načrtu ZZZS, in nenazadnje z odpravo uravnilovke v plačni politiki.

V Sloveniji bo treba na novo določiti raven smiselne splošne solidarnosti v obveznem zdravstvenem zavarovanju, obenem pa ljudem ponuditi tudi različna zasebna zavarovanja, v katera pa zavarovanje doplačil ne sodi. Veliko polje zasebne pobude pa se ponuja tudi na področju zdravilstva in čas bi že bil, da država uredi tudi to področje in ga nadzoruje.

Življenje je neponovljiva vrednota, zato ga je vredno živeti in v tem je tudi sporočilo Svetovne zdravstvene organizacije ob letošnjem geslu ob dnevu zdravja: »Skupaj delamo za zdravje!«

## LITERATURA

- Arhar, Franc. 2002. Strategija razvoja prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Povzetek. V *Razvoj sistema zdravstvenega varstva*, 9. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Bled 25. in 26. april 2002, 52–56. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Aver, Boštjan in Janez Pustatičnik. 2006. Projektni menedžment v Vzajemni, d. v. z. *Projektna mreža Slovenije* 9 (2): 25–29.
- Bizjak Mlakar, Julijana. 2006. Vpliv komercializacije zdravstva na kazalce uspešnosti zdravstvenega sistema. Povzetek. V *Javno in zasebno zdravstvo*, 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Portorož, 18. in 19. maj 2006, 27–35. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Česen, Marjan. 1997. *Oblike plačevanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Česen, Marjan. 1999. Moč in nemoč privatizacije v zdravstvenem varstvu. <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis99-01/html/cesen52.html> (21. 8. 2006).
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU – Center za tehnološko usposabljanje.
- Čižman, Milenka. 2005. Vsebina letnih poročil določenih uporabnikov enotnega kontnega načrta. *Iks, revija za računovodstvo in finance* 32 (12): 24–47.
- Koletnik, Franc. 1997. *Analiziranje računovodskih izkazov (bilanc)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.
- Letno poročilo Zdravstvenega doma Medvode*. 2005. Interno gradivo, Zdravstveni dom Medvode.
- Milost, Franko in Vilma Milunovič. 2006. *Obdavčitev podjetij*. Koper: Fakulteta za management.
- Pirnat, Rajko. 2006. Podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti. Povzetek. V *Javno in zasebno zdravstvo*, 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Portorož, 18. in 19. maj 2006, 9–17. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Pirnat, Rajko. 2006. Zasebnštvo v javni zdravstveni službi. Povzetek. V *Posvet o vlogi in pričakovanjih spremembah v osnovnem zdravstvu v Sloveniji*, Ljubljana, 15. junij 2006, 1–5. Ljubljana: Samps, d. o. o.
- Repovž, Leon in Jožko Peterlin. 2004. *Financiranje*. Koper: Fakulteta za management.
- Silvaši, Polona. 2003. *Pomen zasebne zdravstvene dejavnosti pri opravljanju javne zdravstvene službe*. Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta Maribor.
- Standardi za ambulantno dejavnost. 2006. *Občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje* 14 (2): 32–54.
- Tajnikar, Maks in Petra Došenovič. 2005. Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku. *Delo – sobotna priloga*, 9. april, 16–17.

## Literatura

- Tajnikar, Maks. 2006. Podjetništvo v Slovenskem zdravstvenem varstvu: možnosti, tipi in posledice. Povzetek. V *Management v zdravstvu*, 3. konferenca, Portorož, 30. in 31. marec 2006, 43–51. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje, d. o. o.
- Toth, Martin. 2006. Mešani javni-privatni sistemi zdravstvenega varstva. Povzetek. V *Javno in zasebno zdravstvo*, 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Portorož, 18. in 19. maj 2006, 19–25. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Vzajemna, d. v. z. 2006. Poslovno poročilo 2005.  
[http://www.vzajemna.si/files/letno\\_porocilo\\_2005](http://www.vzajemna.si/files/letno_porocilo_2005) (15. 8. 2006).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2006. Poslovno poročilo za leto 2005.  
<http://www.zzzs.si> (10. 8. 2006).
- Zdravstveni dom Medvode. 2006. *Letno poročilo 2005*. Interno gradivo, Zdravstveni dom Medvode.
- Zdravstveni dom Medvode. 2006. *Statut Zdravstvenega doma Medvode*. Interno gradivo, Zdravstveni dom Medvode.
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2006. *Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2005*. Interno gradivo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.
- Židanik, Anton. 2006. Podeljevanje koncesij z vidika javnega zavoda. Povzetek. V *Javno in zasebno zdravstvo*, 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Portorož, 18. in 19. maj 2006, 37–41. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.

## VIRI

- Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004. 2000. *Uradni list RS*, št. 49/2000.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. 2004. *Uradni list RS*, št. 36/2004.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. 2006. *Uradni list RS*, št. 72/2006.



**PRILOGE**

- Priloga 1** Bilanca stanja Zdravstvenega doma Medvode na dan 31. 12. 2005
- Priloga 2** Izkaz prihodkov in odhodkov Zdravstvenega doma Medvode na dan 31. 12. 2005



## Bilanca stanja Zdravstvenega doma Medvode na dan 31.12.2005

ČLENITEV SKUPINE KONTOV	NAZIV SKUPINE KONTOV	OZNAKA za AOP	ZNESEK Tekoče leto	ZNESEK Predhodno leto
1	2	3	4	5
	<b>SREDSTVA</b>			
	A) DOLGOROČNA SREDSTVA IN SREDSTVA V UPRAVLJANJU (001=002-003+004-005+006-007+008+009+010+011)	001	295.574	296.587
00	NEOPREDMETENA DOLGOROČNA SREDSTVA	002	6.905	6.314
01	POPRAVEK VREDNOSTI NEOPREDM. DOLGOROČNIH SREDSTEV	003	6.317	6.314
02	NEPREMIČNINE	004	354.939	346.586
03	POPRAVEK VREDNOSTI NEPREMIČNIN	005	87.479	79.059
04	OPREMA IN DRUGA OPREDMETENA OSNOVNA SREDSTVA	006	167.330	159.909
05	POPRAVEK VREDNOST OPREME IN DRUGIH OPREDM. OSNOVNIH SREDSTEV	007	139.804	130.849
06	DOLGOROČNE KAPITALSKE NALOŽBE	008	0	0
07	DOLGOROČNO DANA POSOJILA IN DEPOZITI	009	0	0
08	DOLGOROČNE TERJATVE IZ POSLOVANJA	010	0	0
09	TERJATVE ZA SREDSTVA DANA V UPRAVLJANJE	011	0	0
	B) KRATKOROČNA SREDSTVA; RAZEN ZALOG IN AKTIVNE ČASOVNE RAZMEJITVE (012=013+014+015+016+017+018+019+020+021+022)	012	62.873	57.159
10	DENARNA SREDSTVA V BLAGAJNI IN TAKOJ UNOVČLJIVE VREDNOSTNICE	013	71	25
11	DOBROIMETJE PRI BANKAH IN DRUGIH FINANČNIH USTANOVAH	014	53.308	42.197
12	KRATKOROČNE TERJATVE DO KUPCEV	015	5.282	11.416
13	DANI PREDUJMI IN VARŠČINE	016	38	36
14	KRATKOROČNE TERJATVE DO UPORABNIKOV ENOTNEGA KONTNEGA NAČRTA	017	880	502
15	KRATKOROČNE FINANČNE NALOŽBE	018	0	0
16	KRATKOROČNE TERJATVE IZ FINANCIRANJA	019	67	27
17	DRUGE KRATKOROČNE TERJATVE	020	1.122	953
18	NEPLAČANI ODHODKI	021	0	0
19	AKTIVNE ČASOVNE RAZMEJITVE	022	2.105	2.003
	C) ZALOGE (023=024+025+026+027+028+029+030+031)	023	0	0
30	OBRAČUN NABAVE MATERIALA	024	0	0
31	ZALOGE MATERIALA	025	0	0
32	ZALOGE DROBNEGA INVENTARJA IN EMBALAŽE	026	0	0
33	NEDOKONČANA PROIZVODNJA IN STORITVE	027	0	0
34	PROIZVODI	028	0	0
35	OBRAČUN NABAVE BLAGA	029	0	0
36	ZALOGE BLAGA	030	0	0
37	DRUGE ZALOGE	031	0	0
	I. AKTIVA SKUPAJ (032=001+012+023)	032	358.447	353.746
99	AKTIVNI KONTI IZVENBILANČNE EVIDENCE	033	2.013	1.906
	<b>OBVEZNOSTI DO VIROV SREDSTEV</b>			
	D) KRATKOROČNE OBVEZNOSTI IN PASIVNE ČASOVNE RAZMEJITVE			

## Priloga I

	(034=035+036+037+038+039+040+041+042+043)	034	40.784	40.790
20	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI ZA PREJETE PREDUJME IN VARŠČINE	035	2.806	3.722
21	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI DO ZAPOSLENIH	036	25.229	24.527
22	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI DO DOBAVITELJEV	037	9.539	8.481
23	DRUGE KRATKOROČNE OBVEZNOSTI IZ POSLOVANJA	038	1.174	1.274
24	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI DO UPORABNIKOV ENOTNEGA KONTNEGA NAČRTA	039	2.036	2.785
25	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI DO FINANCERJEV	040	0	0
26	KRATKOROČNE OBVEZNOSTI IZ FINANCIRANJA	041	0	1
28	NEPLAČANI PRIHODKI	042	0	0
29	PASIVNE ČASOVNE RAZMEJITVE	043	0	0
	E) LASTNI VIRI IN DOLGOROČNE OBVEZNOSTI (044=045+046+047+048+049+049+050+051+052-053+054+055 +056+057+058-059)	044	317.663	312.956
90	SPLOŠNI SKLAD	045	0	0
91	REZERVNI SKLAD	046	0	0
92	DOLOGOROČNO RAZMEJENI PRIHODKI	047	0	0
93	DOLGOROČNE REZERVACIJE	048	10.210	10.408
940	SKLAD NAMENSKEGA PREMOŽENJA V JAVNIH SKLADIH	049	0	0
9410	SKLAD PREMOŽENJA V DRUGIH PRAVNIH OSEBAH JAVNEGA PRAVA, KI JE V NJIHOVI LASTI ZA NEOPREDMETENA DOLGOROČNA SREDSTVA IN OPREDMETENA OSNOVNA SREDSTVA	050	0	0
9411	SKLAD PREMOŽENJA V DRUGIH PRAVNIH OSEBAH JAVNEGA PRAVA, KI JE V NJIHOVI LASTI, ZA FINANČNE NALOŽBE	051	0	0
9412	PRESEŽEK PRIHODKOV NAD ODHODKI	052	0	0
9413	PRESEŽEK ODHODKOV NAD PRIHODKI	053	0	0
96	DOLGOROČNE FINANČNE OBVEZNOSTI	054	0	0
97	DRUGE DOLGOROČNE OBVEZNOSTI	055	0	0
980	OBVEZNOSTI ZA NEOPREDM. DOLGOROČNA SREDSTVA IN OPREDMETENA OSNOVNA SREDSTVA	056	303.630	302.092
981	OBVEZNOSTI ZA DOLGOROČNE FINANČNE NALOŽBE	057	0	0
985	PRESEŽEK PRIHODKOV NAD ODHODKI	059	3.823	456
986	PRESEŽEK ODHODKOV NAD PRIHODKI	059	0	0
	I. PASIVA SKUPAJ (060=034+044)	060	358.447	353.746
99	PASIVNI KONTI IZVENBILANČNE EVIDENCE	061	2.013	1.906

## Izkaz prihodkov in odhodkov Zdravstvenega doma Medvode na dan 31. 12. 2005

ČLENITEV PODSKUPINE KONTOV	NAZIV PODSKUPINE KONTOV	OZNAKA ZA AOP	ZNESEK Tekoče leto	ZNESEK Predhodno leto
1	2	3	4	5
	A) PRIHODKI OD POSLOVANJA (860=861+862+863+864)	860	431.396	424.759
760	PRIHODKI OD PRODAJE PROIZVODOV IN STORITEV	861	431.396	424.759
	POVEČANJE VREDNOSTI ZALOG PROIZVODOV IN NEDOKONČANE PROIZVODNJE	862	0	0
	ZMANJŠANJE VREDNOSTI ZALOG PROIZVODOV IN NEDOKONČANE PROIZVODNJE	863	0	0
761	PRIHODKI OD PRODAJE MATERIALA IN BLAGA	864	0	0
	B) FINANČNI PRIHODKI	865	683	525
763	C) IZREDNI PRIHODKI	866	1.076	417
	Č) PREVREDNOTEVALNI POSLOVNI PRIHODKI (867=868+869)	867	40	0
del 764	PRIHODKI OD PRODAJE OSNOVNIH SREDSTEV	868	40	0
del 764	DRUGI PREVREDNOTEVALNI POSLOVNI PRIHODKI	869	0	0
	D) CELOTNI PRIHODKI (870=860+865+866+867)	870	433.195	425.701
	E) STROŠKI BLAGA, MATERIALA IN STORITEV (871=872+873+874)	871	110.852	112.801
del 466	NABAVNA VREDNOST PRODANEGA MATERIALA IN BLAGA	872	0	0
460	STROŠKI MATERIALA	873	41.441	44.105
461	STROŠKI STORITEV	874	69.411	68.696
	STROŠKI DELA (875=876+877+878)	875	304.045	301.883
del 464	PLAČE IN NADOMESTILA PLAČ	876	223.954	218.577
del 464	PRISPEVKI ZA SOCIALNO VARNOST DELODAJALCEV	877	36.083	35.389
del 464	DRUGI STROŠKI DELA	878	44.008	47.917
462	G) AMORTIZACIJA	879	12.801	12.410
463	H) REZERVACIJE	880	0	0
del 465	I) DAVEK OD DOBIČKA	881	0	0
del 465	J) OSTALI DRUGI STROŠKI	882	1.347	1.175
467	K) FINANČNI ODHODKI	883	0	0
468	L) IZREDNI ODHODKI	884	784	188
	M) PREVREDNOTEVALNI POSLOVNI ODHODKI (885=886+887)	885	0	29
del 469	ODHODKI OD PRODAJE OSNOVNIH SREDSTEV	886	0	0
	OSTALI PREVREDNOTEVALNI POSLOVNI ODHODKI	887	0	29
	N) CELOTNI ODHODKI (888=871+875+879+880+881+882+883+884+885)	888	429.829	428.494

Priloga 2

	O) PRESEŽEK PRIHODKOV (889=870-888)	889	3.366	0
	P) PRESEŽEK ODHODKOV (890=888-870)	890	0	2.793
	Presežek prihodkov iz prejšnjih let, namenjen pokritju odhodkov obračunskega obdobja	891	0	0
	Povprečno število zaposlenih na podlagi delovnih ur v obračunskem obdobju (celo število)	892	52	52
	Število mesecev poslovanja	893	12	12