



# Zbirno poročilo

Podeljevanje koncesij v zdravstvu

## ***Poslanstvo***

*Računsko sodišče pravočasno in objektivno obvešča javnosti o pomembnih odkritjih revizij poslovanja državnih organov in drugih uporabnikov javnih sredstev ter svetuje, kako naj državni organi in drugi porabniki javnih sredstev izboljšajo svoje finančno poslovanje.*

# Zbirno poročilo

Podeljevanje koncesij v zdravstvu

# KAZALO

<b>1. UVOD</b>	<b>6</b>
<b>2. KAJ SMO PROUČEVALI</b>	<b>8</b>
<b>3. POVZETEK UGOTOVITEV</b>	<b>10</b>
3.1 KAKO JE MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE URESNIČEVALO SVOJE NALOGE NA PODROČJU ZAGOTAVLJANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	10
3.1.1 Ali je Ministrstvo za zdravje zagotovilo ustrezne podlage za načrtovanje razvojnih možnosti in potreb z zdravstvenimi programi in zmogljivostmi na področju osnovne zdravstvene dejavnosti .....	10
3.1.2 Ali je Ministrstvo za zdravje s predpisom uredilo pogoje in način izvajanja nujne medicinske pomoči.....	11
3.1.3 Ali je Ministrstvo za zdravje zagotovilo ustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev osnovne zdravstvene dejavnosti.....	12
3.2 KAKO JE MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE IZPOLNJEVALO NALOGE PRI PODELJEVANJU KONCESIJ ZA OPRAVLJANJE OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI.....	13
3.2.1 Ali je bil postopek izdaje soglasja k podelitvi koncesije v osnovni zdravstveni dejavnosti določen s predpisom ali navodilom.....	13
3.2.2 Ali je ministrstvo pri odločitvi upoštevalo mnenja ZZZS in pristojne zbornice .....	14
3.2.3 Ali je ministrstvo pripravilo navodila za ravnanje koncedentov pri podeljevanju koncesij za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti .....	15
3.3 KAKO SO OBČINE ZAGOTAVLJALE OPRAVLJANJE JAVNE SLUŽBE V OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI .....	16
3.3.1 Ali so občine zagotovile ustrezne podlage za podeljevanje koncesij.....	17
3.3.2 Ali je bil postopek podelitve koncesije izveden v skladu s predpisi .....	18
3.3.3 Ali so bile s koncesionarji sklenjene ustrezne pogodbe in kako so občine sodelovale pri ureditvi ostalih odnosov med izvajalci javne zdravstvene službe .....	21
3.4 KAKO JE PODELJEVANJE KONCESIJ VPLIVALO NA UČINKOVITOST POSLOVANJA ZDRAVSTVENIH DOMOV .....	25
3.4.1 Ali so zdravstveni domovi v letih 2005 in 2006 zagotavljali vse dejavnosti, ki jih določa zakon.....	25
3.4.2 Kako je podeljevanje koncesij vplivalo na rezultate poslovanja zdravstvenih domov .....	29

3.4.3	Kako so zdravstveni domovi gospodarili s sredstvi, ki so jim bila dana v upravljanje.....	37
<b>4.</b>	<b>ZAKLJUČEK</b>	<b>45</b>

# 1. UVOD

V letih 2007 in 2008 smo izvedli prečno revizijo podeljevanja koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti, s katero smo želeli opozoriti na nepravilnosti in pomanjkljivosti, ki izhajajo iz uveljavljenega sistema podeljevanja koncesij, prikazati nekatere posledice netransparentnih postopkov in s priporočili prispevati k ureditvi tega področja.

Cilji prečne revizije so bili proučiti sistemske podlage za podeljevanje koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti, predstaviti različne postopke koncedentov in opozoriti na morebitna neskladja s predpisi, proučiti vpliv odločitev in ukrepov koncedenta na izpolnjevanje nalog zdravstvenega doma in na njegovo poslovanje in izpostaviti primere dobre prakse.

Revizijo smo opredelili kot revizijo pravilnosti in učinkovitosti poslovanja, pri tem se *pravilnost* nanaša na zagotavljanje sistemskih podlag na področju zdravstvenega varstva prebivalstva in izpolnjevanje nalog, ki jih pri podeljevanju koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti občinam nalagajo predpisi, *učinkovitost* pa na primernost podlag in ustreznost procesov, ki jih je pri podeljevanju koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti zagotovilo Ministrstvo za zdravje, ter na vpliv različnih aktivnosti koncedenta na poslovanje zdravstvenega doma, kot osrednjega izvajalca osnovne zdravstvene dejavnosti. V prečni reviziji smo obravnavali naslednje uporabnike javnih sredstev:

- Ministrstvo za zdravje,
- Občino Lenart in Zdravstveni dom Lenart (v nadaljevanju: ZD Lenart),
- Mestno občino Novo mesto in Zdravstveni dom Novo mesto (v nadaljevanju: ZD Novo mesto),
- Občino Postojna in Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna (v nadaljevanju: ZD Postojna),
- Občino Slovenska Bistrica in Zdravstveni dom Slovenska Bistrica (v nadaljevanju: ZD Slovenska Bistrica),
- Občino Škofja Loka in Zdravstveni dom Škofja Loka, ki je organizacijska enota Osnovnega zdravstva Gorenjske (v nadaljevanju: ZD Škofja Loka), ter
- Občino Vrhnika in Zdravstveni dom Vrhnika (v nadaljevanju: ZD Vrhnika).

Pri navedenih uporabnikih javnih sredstev smo izvedli samostojne revizije, v katerih smo presojali pravilnost postopkov občin pri zagotavljanju osnovnega zdravstvenega varstva ter učinke na poslovanje zdravstvenih domov. Pri Ministrstvu za zdravje smo proučevali predvsem zagotavljanje sistemskih podlag za zagotavljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in izvajanje nekaterih konkretnih nalog, ki jih v zvezi s podeljevanjem koncesij ministrstvu določajo predpisi.

Revizija se nanaša na obdobje od leta 2000 do konca leta 2006, s poudarkom na zadnjih dveh letih. Vpliv na poslovanje zdravstvenih domov smo presojali za leti 2005 in 2006.

Podrobnejše ugotovitve posameznih revizij so razvidne iz revizijskih poročil<sup>1</sup>. V zbirnem poročilu predstavljamo le nekatere, po našem mnenju ključne ugotovitve, ki izhajajo iz revizijskih razkritij opravljenih revizij oziroma se nanašajo na podlage za delovanje sistema zdravstvenega varstva prebivalstva.

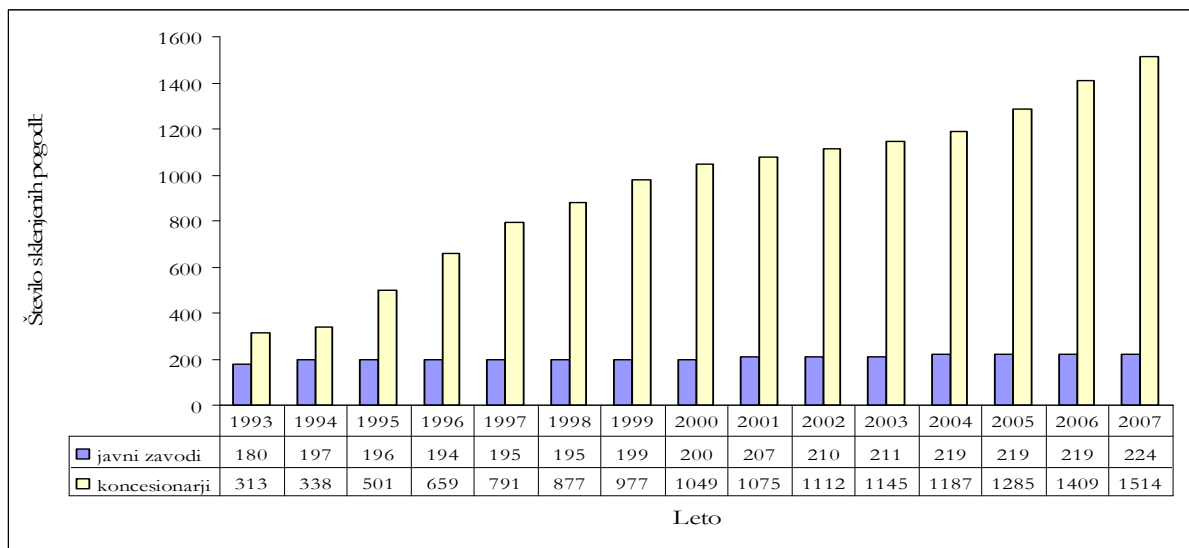
---

<sup>1</sup> Revizijska poročila so dostopna na spletni strani Računskega sodišča Republike Slovenije <http://www.rs-rs.si>.

## 2. KAJ SMO PROUČEVALI

Število zasebnih izvajalcev, ki zdravstvene storitve izvajajo v okviru javne mreže in za javna sredstva, se vse bolj povečuje. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) je bilo v letu 2006 od skupaj 1.628 pogodb z izvajalci, 1.409 pogodb sklenjenih z zasebniki s koncesijo<sup>2</sup>. Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov jih je v zasebni dejavnosti delalo 23,4 odstotka, od vseh zobozdravnikov 51,8 odstotka, od vseh specialistov v specialistični ambulantni dejavnosti 18,0 odstotka in od vseh ginekologov na primarni ravni 29,5 odstotka. Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe je v letu 2006 znašal 12,6 odstotka vseh sredstev<sup>3</sup> (za primerjavo: leta 1997 je ta delež znašal 5,8 odstotka).

Slika 1: Pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev od leta 1993 do 2007



Vir: poslovno poročilo ZZZS za leto 2007.

Na podlagi koncesij se opravlja vse večji obseg zdravstvenih storitev in porabi pomemben delež javnih sredstev. Z rastjo števila koncesionarjev se kažejo pomanjkljivosti sedanje ureditve, ki se nanašajo predvsem na postopek podelitve koncesije, vlogo javnega zavoda, katerega del programa prehaja v

<sup>2</sup> Ob koncu leta 2007 se je število sklenjenih pogodb z zasebniki s koncesijo povzpelo na 1.514 (Vir: Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007, str. 13).

<sup>3</sup> Poslovno poročilo ZZZS za leto 2006, str. 33.



koncesijo, in ureditev razmerja med njim in koncesionarjem. V skladu s 3. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti<sup>4</sup> (v nadaljevanju: ZZDej) zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. S podelitvijo koncesije se na osebo zasebnega prava prenese le izvajanje javne službe, dejavnost pa ohrani režim javne službe. Poleg dvojne vloge občine, ki je hkrati ustanoviteljica javnega zavoda, za delovanje katerega mora v skladu z 8. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>5</sup> (v nadaljevanju: ZZVZZ) zagotavljati sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in aktom o ustanovitvi, in koncedentka, se v praksi kažejo tudi problemi nadzora nad zagotavljanjem javnega interesa in s tem nad izvajalci zdravstvenih storitev različnih statusnih oblik.

Pri reviziji smo izhajali z osnovne podмене, da je zdravstveni dom z dosedanjo vsebino tista organizacijska oblika zagotavljanja osnovnega zdravstvenega varstva državljanov, katere funkcijo je treba vsaj ohraniti, saj je bilo izvajanje zdravstvene dejavnosti v zdravstvenih domovih tudi v svetovnem merilu prepoznano kot uspešen primer organizacijske povezanosti vseh nosilcev javne zdravstvene službe na primarni ravni. Občine kot ustanoviteljice zdravstvenih domov se morajo zavedati, da s podeljevanjem koncesij ne smejo ogroziti obstoja zdravstvenega doma, kot je definiran v 7. členu ZZDej, v katerem je določen obseg osnovne zdravstvene dejavnosti. Na teh izhodiščih smo kot ključna postavili naslednja tri vprašanja:

- kako je Ministrstvo za zdravje izpolnjevalo svoje naloge na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva in naloge, ki jih določajo predpisi, pri podeljevanju koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti,
- kako so občine zagotavljale opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti in
- kako je podeljevanje koncesij vplivalo na učinkovitost poslovanja zdravstvenih domov.

---

<sup>4</sup> Uradni list RS, št. 9/92, 37/95, 8/96, 90/99, 31/00, 45/01, 2/04, 80/04.

<sup>5</sup> Uradni list RS, št. 9/92, 19/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01, 60/02, 126/03, 76/05, 38/06.

## 3. POVZETEK UGOTOVITEV

### 3.1 Kako je Ministrstvo za zdravje uresničevalo svoje naloge na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva

Zdravstvena dejavnost kot javna služba se opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe. Mrežo predstavljajo materialni, organizacijski in kadrovski pogoji, ki vsem prebivalcem pod enakimi pogoji zagotavljajo ustavno pravico do zdravstvenega varstva. Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe se v skladu s 4. členom ZZDej določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Ministrstvo za zdravje je pristojno tudi za načrtovanje in izvajanje zdravstvenega varstva in v tem okviru za načrtovanje razvojnih možnosti, ki temeljijo na strategiji razvoja zdravstvenega varstva, določitvi prednostnih razvojnih območij, nalog in ciljev, identifikaciji specifičnih potreb in možnosti zdravstvenega varstva ter izdelavi meril za določitev mreže javne zdravstvene službe, upošteva dostopnost zdravstvenih storitev po območjih.

Pri preverjanju, kako je Ministrstvo za zdravje uresničevalo svoje naloge, ki se nanašajo na zagotavljanje sistemskih podlag na področju zdravstvenega varstva, s poudarkom na osnovni zdravstveni dejavnosti, smo pridobili odgovore na naslednja podvprašanja:

- ali je Ministrstvo za zdravje v obdobju, na katerega se nanaša revizija, zagotovilo ustrezne podlage za načrtovanje razvojnih možnosti in potreb z zdravstvenimi programi in zmogljivostmi na področju osnovne zdravstvene dejavnosti,
- ali je Ministrstvo za zdravje s predpisom uredilo pogoje in način izvajanja nujne medicinske pomoči in
- ali je Ministrstvo za zdravje zagotovilo ustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev osnovne zdravstvene dejavnosti.

#### 3.1.1 Ali je Ministrstvo za zdravje zagotovilo ustrezne podlage za načrtovanje razvojnih možnosti in potreb z zdravstvenimi programi in zmogljivostmi na področju osnovne zdravstvene dejavnosti

V skladu s 6. členom ZZVZZ Republika Slovenija načrtuje razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotno delitev dela. Plan zdravstvenega varstva Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004<sup>6</sup> (v nadaljevanju: NPZV) je državni zbor sprejel 30. 5. 2000. NPZV je vseboval strategijo in razvojne

---

<sup>6</sup> Uradni list RS, št. 49/00.

usmeritve zdravstvenega varstva, prednostna razvojna področja, usmeritve in merila za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe, spremljanje razvoja zdravstvenega varstva in zdravstvenega stanja in odgovornosti za izvajanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva. Med usmeritvami in merili za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe je NPZV zadalžil posamezne organe za izvedbo določenih nalog. Tako je na primer določil, da Vlada Republike Slovenije (v nadaljevanju: Vlada RS) najkasneje v enem letu po sprejetju NPZV določi minimalne kadrovske standarde v zdravstveni dejavnosti. Določil je tudi ciljno število izvajalcev zdravstvene dejavnosti posamezne specialnosti na število prebivalcev in kot najmanjše območje za preverjanje preskrbljenosti določil izpostavo ZZZS. Za usklajevanje preskrbljenosti znotraj območij izpostav je zadalžil občine. NPZV, ki je vseboval le temeljna izhodišča za ureditev sistema zdravstvenega varstva in je bil sprejet brez mreže javne zdravstvene službe, je določil, da mrežo na primarni ravni, na podlagi meril in navodil ministra za zdravje, določi posamezna občina, ter Vlado RS zadalžil, da v štirih mesecih po sprejemu NPZV s posebnim predpisom določi mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni.

*Ministrstvo za zdravje, kljub natančnim zahtevam in določenim rokom za izvedbo, večine nalog, ki jih je določal sprejeti NPZV, ni izpolnilo. Ministrstvo za zdravje med drugim ni zagotovilo ustreznih standardov kadrov, opreme in materiala za javno zdravstveno dejavnost, ni izdelalo in predpisalo meril in navodil občinam za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in ni poskrbelo za sprejetje predpisa, ki bi določal mrežo javne zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Prav tako ni izdelalo razporeda zdravniških delovnih mest v javnih zdravstvenih zavodih, pri drugih pravnih osebah in pri zasebnikih s koncesijo, kar bi predstavljalo podlago za določitev strategije posameznih občin in njihovih usmeritev glede podeljevanja koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti. Po izteku NPZV Ministrstvo za zdravje ni pravočasno predložilo v razpravo novega predloga plana zdravstvenega varstva, ki bi določal zagotovljeni obseg, kakovost in dostopnost zdravstvenih storitev ter usmeritve in prednostna področja pri zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva.*

### 3.1.2 Ali je Ministrstvo za zdravje s predpisom uredilo pogoje in način izvajanja nujne medicinske pomoči

ZZDej v 6. členu določa, da mora biti javna zdravstvena služba organizirana tako, da je vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljena vedno dostopna nujna medicinska pomoč. Pogoje in način izvajanja nujne medicinske pomoči ter izvajanje v posebnih pogojih ureja Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči<sup>7</sup> (v nadaljevanju: pravilnik). Nujna medicinska pomoč je ena od dejavnosti, ki jih v skladu z 9. členom ZZVZZ zagotavlja zdravstveni dom, v posameznih primerih je organizirana tudi v bolnišnici. V zagotavljanje nujne medicinske pomoči na svojem območju se morajo na podlagi 44. člena ZZdrS vključiti vsi zdravniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost v okviru javne zdravstvene mreže, v skladu s pravilnikom in glede na mrežo nujne medicinske pomoči pa tudi zdravniki, ki delujejo na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti in so usposobljeni za izvajanje nujne medicinske pomoči.

*Ministrstvo za zdravje je opredelilo organizacijo in način izvajanja nujne medicinske pomoči, določilo mrežo službe nujne medicinske pomoči, opredelilo naloge ekipe za izvajanje nujne medicinske pomoči, postavilo kadrovske standarde in standarde opreme, prav tako pa tudi način poročanja, program usposabljanja ter način in postopke spremljanja in nadziranja dela, s čimer je zagotovilo podlago za delovanje nujne medicinske pomoči. Med pomanjkljivostmi sedanje ureditve nujne medicinske pomoči, ki bistveno vplivajo na učinkovitost njenega delovanja, so zlasti nejasna razmejitev nalog, pristojnosti in odgovornosti med dežurno službo in službo nujne medicinske pomoči, kadar sta organizacijsko ločeni,*

<sup>7</sup> Uradni list RS, št. 77/96, od 30. 6. 2007 do 11. 11. 2008 je veljal novi Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Uradni list RS, št. 57/07).

*nenatančno opredeljena vloga, pomen, pristojnosti in odgovornosti organizatorja nujne medicinske pomoči, še vedno nedefinirana merila za plačevanje opravljenega dela v nujni medicinski pomoči ter neustrezen nadzor nad izvajanjem nujne medicinske pomoči.*

### **3.1.3 Ali je Ministrstvo za zdravje zagotovilo ustrezen nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev osnovne zdravstvene dejavnosti**

Za zagotavljanje strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov ZZDej v 76. členu določa interni strokovni nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor in nadzor ZZZS. *Interni strokovni nadzor* v zdravstvenih zavodih izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci s samonadzorom in vodilni delavci, ki so odgovorni za strokovnost dela v zavodu, na podlagi splošnega akta zdravstvenega zavoda, kot vodstveni nadzor. Zaradi drugačne organiziranosti zasebni zdravniki in koncesionarji ne zagotavljajo internega strokovnega nadzora v obliki in vsebini, kot ga izvajajo javni zdravstveni zavodi.

*Strokovni nadzor s svetovanjem* izvaja Zdravniška zbornica Slovenije, na podlagi javnih pooblastil, v sodelovanju s klinikami, inštituti in drugimi zavodi in v skladu s posebnim programom, ki ga sprejme zbornica, s soglasjem Ministrstva za zdravje. Zdravniška zbornica Slovenije je v letu 2005 s sredstvi, ki jih je zagotovilo Ministrstvo za zdravje, izvedla 50 strokovnih nadzorov, od tega pri koncesionarjih 17, v letu 2006 65 nadzorov, pri koncesionarjih 19 in v letu 2007 131, od tega je bilo, tako kot v letih poprej, pri koncesionarjih opravljenih približno 30 odstotkov vseh nadzorov. Če upoštevamo, da je med 5.955 zdravniki in zobozdravniki v državi 1.546 (26 odstotkov) zasebnih izvajalcev zdravstvene dejavnosti, od tega 1.064 (18 odstotkov) koncesionarjev<sup>8</sup>, lahko zaključimo, da so koncesionarji pogosteje nadzorovani, kot zdravniki, zaposleni v javnem sektorju. Glede na določilo 5. člena Pravilnika o strokovnem nadzoru s svetovanjem, da se redni strokovni nadzor opravi pri posameznem zdravniku vsaj enkrat v licenčnem obdobju<sup>9</sup>, pa je povprečno letno število opravljenih rednih nadzorov premajhno, da bi bile izpolnjene zahteve predpisov.

*Upravni nadzor* nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev v skladu z 80. členom ZZDej izvaja Ministrstvo za zdravje. Upravni nadzor se opravlja kot redni nadzor, po programu, ki ga določi minister, na podlagi zahteve oziroma pobude bolnika, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji. Ministrstvo za zdravje je v obdobju od leta 2001 do 2004 izvedlo 11 upravnih nadzorov pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev ter v letu 2002 tudi v vseh dializnih centrih, v letu 2005 štiri in v letu 2006 dva upravna nadzora. Vsi nadzori so bili izvedeni zaradi očitanih nepravilnosti v poslovanju. V obdobju, na katerega se nanaša revizija, minister za zdravje ni izdal programa rednega upravnega nadzora za triletno obdobje, ki ga v 3. členu določa Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu<sup>10</sup>. Od leta 2000 Ministrstvo za zdravje pri koncesionarjih ni opravilo nobenega upravnega nadzora.

*Med vsemi oblikami nadzora, ki jih za zagotavljanje strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov določa ZZDej, se najpogosteje izvaja strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga v okviru podeljenih javnih pooblastil pri svojih članih*

<sup>8</sup> Vir: interni podatki Ministrstva za zdravje, junij 2008.

<sup>9</sup> V skladu s prvim odstavkom 20. člena Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 109/99, 107/00, 45/02, 44/04, 136/06) je treba licenco podaljševati vsakih sedem let.

<sup>10</sup> Uradni list RS, št. 14/95, 72/08.

opravlja Zdravniška zbornica Slovenije. Za obe preostali v zakonu določeni obliki nadzora (interni in upravni nadzor) velja, da se v obdobju, na katerega se nanaša revizija, pri koncesionarjih nista izvajali. Minister za zdravje v tem obdobju tudi ni izdal programa rednega upravnega nadzora. Nadzor nad dejavnostjo laboratorijske medicine sta ministrstvo in pristojna zbornica začela sistematično urejati šele v letu 2006 s sprejetjem več pravilnikov in s podelitvijo javnih pooblastil zbornici, ki obsegajo tudi opravljanje strokovnega nadzora s svetovanjem pri članih zbornice. Še vedno pa ostaja nenadzorovano izvajanje laboratorijskih preiskav, ki ga ne izvajajo člani zbornic in se opravljajo v lastnih laboratorijih in ordinacijah, pri tem pa uveljavljeni način plačevanja tovrstnih storitev ne omogoča ustreznega finančnega nadzora in kontrole dejanske realizacije zaračunanih storitev.

## 3.2 Kako je Ministrstvo za zdravje izpolnjevalo naloge pri podeljevanju koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti

Poleg naštetih nalog, ki sodijo predvsem v zagotavljanje pogojev za delovanje zdravstvenega sistema, pa ima Ministrstvo za zdravje tudi konkretne zadolžitve v postopku podeljevanja koncesij. V skladu z 42. členom ZZDej izdaja soglasja k podelitvam koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe na primarni ravni oziroma odločbe o podelitvah koncesij na ostalih področjih zdravstvene dejavnosti.

Pri preverjanju postopkov Ministrstva za zdravje, ki se nanašajo na konkretne naloge v postopku podeljevanja koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti, smo ugotavljali:

- ali je bil postopek izdaje soglasja k podelitvi koncesije v osnovni zdravstveni dejavnosti določen s predpisom ali navodilom,
- ali je ministrstvo pri odločitvi upoštevalo mnenja ZZZS in pristojne zbornice in
- ali je ministrstvo v obdobju, na katerega se nanaša revizija, pripravilo navodila, usmeritve oziroma priporočila za ravnanje koncedentov pri podeljevanju koncesij za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti.

### 3.2.1 Ali je bil postopek izdaje soglasja k podelitvi koncesije v osnovni zdravstveni dejavnosti določen s predpisom ali navodilom

V skladu z 42. členom ZZDej koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ, pristojen za zdravstvo, s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje. Koncesijo za opravljanje javne službe v drugih zdravstvenih dejavnostih podeli z odločbo Ministrstvo za zdravje. V postopku odločanja morajo navedeni organi pridobiti mnenje ZZZS in pristojne zbornice ali strokovnega združenja. V obdobju od leta 2000 do konca leta 2006 je Ministrstvo za zdravje izdalo 325 soglasij k podelitvam koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti, od tega 76 v letu 2005 in 116 v letu 2006<sup>11</sup>. Evidence izdanih nesoglasij Ministrstvo za zdravje nima.

<sup>11</sup> V letu 2007 in do konca julija 2008 je Ministrstvo za zdravje izdalo še 66 soglasij k podelitvam koncesij za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti.

Tabela 1: Soglasja Ministrstva za zdravje k podelitvam koncesij po letih in po dejavnostih

Leto	Splošna medicina	Zobozdravstvena dejavnost	Specialistična dejavnost (ginekologija, pediatrija)	Ostalo (patronaža in nega, reševalni prevozi, fizioterapija)	Skupaj
2000	7	15	3	5	30
2001	4	11	2	16	33
2002	3	11	1	5	20
2003	9	8	1	4	22
2004	5	14	2	7	28
2005	24	33	2	17	76
2006	34	40	10	32	116
<b>Skupaj</b>	<b>86</b>	<b>132</b>	<b>21</b>	<b>86</b>	<b>325</b>

Vir: podatki Ministrstva za zdravje, februar 2007.

*Ministrstvo za zdravje je soglasje ali nesoglasje k podelitvi koncesije na področju osnovne zdravstvene dejavnosti izdalo na podlagi dokumentacije, ki jo je posredoval koncedent. Postopek izdaje soglasja ali nesoglasja, ki je potekal na ministrstvu, ni bil podrobneje določen v internih aktih ministrstva, določene tudi niso bile pristojnosti in odgovornosti zaposlenih, zadolženih za izvedbo postopka, preveritve, ki bi jih bilo treba izvesti pred sprejetjem odločitve o izdaji soglasja ali nesoglasja, ter roki za izvedbo posameznih dejanj v procesu sprejemanja odločitve.*

### 3.2.2 Ali je ministrstvo pri odločitvi upoštevalo mnenja ZZZS in pristojne zbornice

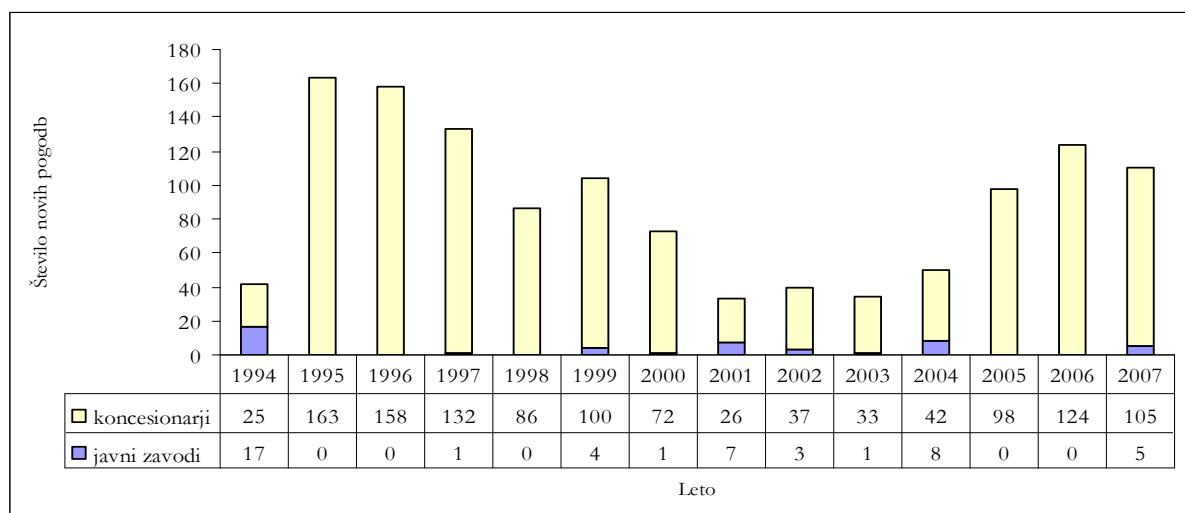
Ministrstvo za zdravje v letu 2006 v posameznih primerih na vloge koncedentov za soglasja k nameranim podelitvam koncesij ni odgovarjalo. Pri tem se je oprlo na zakonsko domnevo, da je soglasje dano, če organ, katerega soglasje ali mnenje je potrebno za izdajo odločbe, ne odgovori v 15 dneh.<sup>12</sup> V takem primeru, torej brez predhodne proučitve vse relevantne dokumentacije, obstaja tveganje, da bo soglasje ministrstva k podelitvi koncesije dano kljub negativnemu mnenju ZZZS oziroma Zdravniške zbornice Slovenije. ZZDej v 42. členu določa, da je treba pred izdajo soglasja ministrstva pridobiti mnenje ZZZS, in ne zahteva, da je mnenje ZZZS pozitivno, vendar ima v obstoječem sistemu le ZZZS ustrezen pregled nad obstoječimi izvajalci zdravstvene dejavnosti v osnovnem zdravstvu in hkrati tudi nad predvideno širitvijo mreže javne zdravstvene službe, ki je lahko edini razlog za podelitev koncesije novemu izvajalcu, ki ne izhaja iz obstoječe mreže.

Večina kandidatov za koncesijo je prej službovala v javnem zdravstvenem zavodu, zato je ministrstvo pogosto med dokumenti za izdajo soglasja prejelo tudi mnenje zdravstvenega doma glede nameravane podelitve koncesije. Mnenje zdravstvenega doma sicer ni dokument, ki bi ga določali predpisi, in ne zavezuje niti koncedenta niti Ministrstva za zdravje, kaže pa stališče zdravstvenega doma do

<sup>12</sup> 209. člen Zakona o splošnem upravnem postopku, Uradni list RS, št. 24/06.

organizacijskih sprememb v zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva in nakazuje možnosti vključevanja koncesionarjev v obstoječe službe.

Slika 2: Nove pogodbe z izvajalci zdravstvenih storitev v obdobju od leta 1994 do 2007



Vir: poslovno poročilo ZZZS za leto 2007.

Ministrstvo za zdravje ni preverjalo, ali podelitev posamezne koncesije pomeni tudi širitev mreže javne zdravstvene službe. To je v celoti prepustilo ZZZS, ki je preveritev izvedel ob izdaji mnenja k nameravani podelitvi koncesij. Soglasja k nameravanim podelitvam koncesij so bila v posameznih primerih podeljena tudi brez predhodne preveritve vse relevantne dokumentacije, kar povečuje tveganje, da je soglasje izdano, kljub negativnemu mnenju ZZZS, ki ima edini celovit pregled nad obstoječo mrežo in predvidenimi širitvami. Interes zdravstvenega doma po obranitvi vseh obstoječih služb in dejavnosti je Ministrstvo za zdravje upoštevalo z določitvijo lokacije delovanja koncesionarja v soglasju k podelitvi koncesije, pri tem pa ni vzpostavilo ustreznega mehanizma preverjanja izpolnjevanja te zahteve.

### 3.2.3 Ali je ministrstvo pripravilo navodila za ravnanje koncedentov pri podeljevanju koncesij za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti

Ministrstvo za zdravje je v letu 2002 izdalo priporočila<sup>13</sup> za podeljevanje koncesij na primarni ravni, ki naj bi jih upoštevale vse občine in drugi organi, ki so sodelovali v postopkih podeljevanja koncesij. V priporočilih je poudarilo, da je treba v skladu z usmeritvami NPZV tudi v prihodnje ohraniti vlogo zdravstvenega doma kot osrednjega izvajalca osnovne zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Poudarilo je vlogo občine, ki mora kot koncedent upoštevati, da javno zdravstveno službo pod enakimi pogoji opravljajo tako javni zdravstveni zavodi kot tudi druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Med pogoji za podelitev koncesije je navedlo, da se zaradi podelitve koncesije ne sme širiti mreža in da se mora z lokacijo delovanja in urnikom dela zagotavljati enaka ali boljša dostopnost do zdravstvenih storitev. Iz priporočil je razviden pomen dogovarjanja med občinami, kadar gravitacijsko območje zdravstvenega doma obsega več občin. Ministrstvo priporoča, da se s pogodbo posebej

<sup>13</sup> Št. 5805-4/2002 z dne 20. 2. 2002.

dogovorijo nekatere obveznosti koncesionarja, na primer, opravljanje dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno dejavnost in zdravniško službo, sodelovanje pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva in nujne medicinske pomoči, zagotavljanje nadomeščanja ob odsotnosti, zagotavljanje primerne delovnega časa, usklajenega z ostalimi izvajalci v mreži javne zdravstvene službe, sprememba lokacije delovanja le po predhodnem soglasju koncedenta, in le če s tem izboljša dostopnost do storitev in poveča izkoriščenost obstoječih kapacitet. Organ, pristojen za izdajo odločbe, naj bi pridobil tudi mnenje zdravstvenega doma, na katerega gravitacijsko območje se nanaša vloga za podelitev koncesije. Pri tem naj bi se zdravstveni dom opredelil zlasti do vprašanja prenosa programa in posledic, tako na vsebino kot na poslovanje, ter do pogojev, ki jih je treba določiti v pogodbi, da se zagotovi nemoteno delovanje mreže javne zdravstvene službe. Ministrstvo občinam priporoča, naj zagotovijo ustrezne pogoje, predvsem z določitvijo najemnine za prostore v zdravstvenem domu, da čim več dejavnosti ohranijo na tem mestu.

*Ministrstvo za zdravje je za ureditev obravnavanega področja, kljub drugačnim določilom NPZV, pripravilo le priporočila, ki pa za koncedente niso bila zavezujoča. Priporočila so obravnavala predvsem operativno izvedbo postopkov podeljevanja koncesij, niso pa opredelila nekaterih temeljnih vprašanj, ki se nanašajo predvsem na:*

- *pojmovanje vloge občine v sistemu zagotavljanja osnovnega zdravstvenega varstva in njenih pristojnosti in odgovornosti pri oblikovanju in sprejemanju ustreznih strateških dokumentov, ki bi predstavljali izhodišče, določali cilje in usmerjali k delovanju za doseganje zastavljenih ciljev;*
- *oblikovanje enotne mreže izvajalcev osnovnega zdravstvenega varstva na posameznem gravitacijskem območju, z ustreznim obravnavanjem in povezovanjem vseh izvajalcev, ne glede na njihovo statusno obliko, kar se na primer odraža tudi v težavah pri vključevanju koncesionarjev v zagotavljanje nujne medicinske pomoči.*

### 3.3 Kako so občine zagotavljale opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti

Za organizacijo zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je v skladu s predpisi zadolžena občina. V ta okvir spada predvsem določitev mreže javne zdravstvene službe na območju občine ter organiziranje javne zdravstvene službe na primarni ravni, ki obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. ZZDej za podelitev koncesije v osnovni zdravstveni dejavnosti ne zahteva javnega razpisa, v primerjavi z Zakonom o lekarniški dejavnosti<sup>14</sup> (v nadaljevanju: ZLD), ki v 13. členu določa, da občina na podlagi meril, določenih s planom zdravstvenega varstva, za opravljanje lekarniške dejavnosti in pridobitev koncesije, izvede javni razpis. Postopek podelitve je urejen kot upravni postopek.

Pri preverjanju postopkov občin za zagotavljanje opravljanja javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti smo pridobili odgovore na naslednja vprašanja:

- ali so občine zagotovile ustrezne podlage za podeljevanje koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe,
- ali je bil postopek podelitve koncesije izveden v skladu s predpisi,
- ali so bile s koncesionarji sklenjene ustrezne pogodbe in kako so občine sodelovale pri ureditvi ostalih odnosov med izvajalci javne zdravstvene službe.

<sup>14</sup> Uradni list RS, št. 36/04.



### 3.3.1 Ali so občine zagotovile ustrezne podlage za podeljevanje koncesij

V skladu z 21. členom Zakona o lokalni samoupravi<sup>15</sup> (v nadaljevanju: ZLS) občina samostojno opravlja lokalne zadeve javnega pomena, ki jih določi s splošnim aktom ali so določene z zakonom. Zagotavljanje javne zdravstvene službe na primarni ravni je naloga občine, ki jo določa ZZDej v 5. členu. Občina mora zagotoviti pravo razmerje med izvajalci zdravstvene dejavnosti različnih statusnih oblik, ki v skladu s 3. členom ZZDej na deklarativni ravni enakopravno vstopajo v sistem javnega zdravstva. Uspešno usklajevanje interesov, tako izvajalcev (zdravstvenih domov in koncesionarjev) kot tudi uporabnikov zdravstvenih storitev, je mogoče le, če poteka po vnaprej določenih kriterijih, ki izhajajo iz obstoječega stanja, opredeljenih ciljev in predvidenih ukrepov za njihovo uresničitev.

Poleg izpolnjevanja nalog, ki jih za zagotavljanje javne zdravstvene službe določa zakon, pa mora občina, kot ustanoviteljica in lastnica premoženja, v razmerah, ko je zdravstveni dom le eden od izvajalcev javne zdravstvene službe, hkrati zagotavljati tudi učinkovito upravljanje z občinskim premoženjem. Usklajevanje različnih interesov terja širši konsenz glede prihodnje ureditve področja, posamezen ukrep, kamor lahko štejemo tudi podelitev posamezne koncesije, pa mora izhajati iz dolgoročnih usmeritev, ki temeljijo na analizah dejanskega stanja in potreb. Ugotovili smo, da so občine, pri katerih smo izvedli revizijo, podlage za podeljevanje koncesij zagotavljale na različne načine.

- V *Občini Postojna* je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, še vedno veljala Strategija nadaljnega razvoja primarnega zdravstva v občinah Postojna in Pivka, ki jo je občinski svet sprejel 18. 1. 1996. Dokument med dolgoročnimi cilji poudarja tudi organiziranost, dostopnost in strokovno raven zdravstvene dejavnosti, sodelovanje zasebnih izvajalcev pri izvajanju javne zdravstvene službe ter smotrno izkoriščenost razpoložljivih kapacitet in zagotavljanje ostalih materialnih pogojev za delo. Kot cilje postavlja organizacijsko povezanost zasebnih in javnih izvajalcev, njihovo čim večjo koncentracijo v obstoječih prostorih zdravstvenega doma in zdravstvene postaje ter sodelovanje pri zagotavljanju vseh oblik nepretrganega zdravstvenega varstva občanov obeh občin. Med konkretnimi zahtevami strategije so pomembne zlasti podrobne usmeritve, ki se nanašajo na sklenitev novih koncesijskih pogodb, izkoriščenost obstoječih kapacitet ter dinamiko nadaljnega podeljevanja koncesij.
- Svet *Občine Slovenska Bistrica* je odločitve glede zagotavljanja in izvajanja osnovne zdravstvene dejavnosti v občini<sup>16</sup> sprejel na podlagi dokumentov, ki jih je v celoti pripravil ZD Slovenska Bistrica. Strategija razvoja javnega zavoda ZD Slovenska Bistrica sicer vsebuje podroben pregled stanja javne zdravstvene službe na območju delovanja zdravstvenega doma, vključno z razporeditvijo nosilcev dejavnosti javne zdravstvene službe in primerjavo z merili, ki jih določa področni dogovor, vendar predstavlja predvsem vidik zdravstvenega doma in ne daje odgovora na vprašanje, kakšne so dolgoročne usmeritve in cilji občine ter na kakšen način naj bi se dosegli.
- *Občina Vrhnika* je usmeritve za zagotavljanje in razvoj zdravstvenega varstva občanov vključila v Strategijo razvoja Občine Vrhnika za obdobje od leta 2006 do 2020, ki jo je sprejel Občinski svet

<sup>15</sup> Uradni list RS, št. 94/07.

<sup>16</sup> Tudi sklep o začasnem prenehanju podeljevanja koncesij z dne 17. 3. 1998 in sklep o preklicu navedenega sklepa z dne 4. 7. 2005.

Občine Vrhnika<sup>17</sup>. Dokument v delu, ki se nanaša na zdravstveno in socialno varstvo v občini, poleg kratke analize stanja in opisa dejavnosti zdravstvenega doma, poudarja bolj dejavno vlogo občine v zdravstvenem varstvu. V letu 2006 sprejeta strategija razvoja občine v delu, ki se nanaša na zdravstveno varstvo, predstavlja predvsem skupek ciljev in usmeritev, ne navaja pa aktivnosti in ukrepov, s katerimi naj bi občina dejansko prevzela aktivno vlogo pri nadaljnjem razvoju osnovnega zdravstvenega varstva na svojem območju.

- *Mestna občina Novo mesto* je predlog Strategije razvoja primarnega zdravstva pripravila šele med izvajanjem revizije, decembra 2007. V obdobju, na katerega se nanaša revizija, je problematiko zagotavljanja osnovnega zdravstvenega varstva prebivalstva in s tem tudi podeljevanja koncesij v občini obravnavala v različnih gradivih, s katerimi je občinskemu svetu posredovala informacije, predloge, stališča in usmeritve za nadaljnji razvoj. Ni pa pripravila ustreznega strateškega dokumenta, ki bi poleg dolgoročnih usmeritev, ciljev in predvidenih ukrepov za doseg ciljev, vseboval tudi opredelitev odgovornosti vseh subjektov, ki sodelujejo pri zagotavljanju javne zdravstvene službe v občini. V gradivu, ki ga je občinska uprava pripravila za 17. sejo občinskega sveta dne 5. 6. 2000, je kot zgornjo mejo predlagala 20-odstotni delež zasebnih izvajalcev na primarni ravni. Meja je bila sicer presežena že v letu 2001, vendar je bilo število koncesionarjev še v mejah, ki jih je kot še sprejemljive za uspešno poslovanje postavil ZD Novo mesto. Mestna občina Novo mesto je pojasnila, da lastnih kriterijev za podeljevanje koncesij ni določila zaradi neaktivnosti organov na državni ravni, ki bi morali zagotoviti ustrezne usmeritve za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni. Občinski svet je v letu 2001 sprejel sklep, da Mestna občina Novo mesto kot koncedentka pozove Ministrstvo za zdravje, naj čim prej sprejme navodila za podeljevanje koncesij pod enakimi pogoji in minimalne standarde za oblikovanje javne mreže v zdravstveni dejavnosti.
- *Občini Škofja Loka in Lenart* od leta 2000 do konca leta 2006 nista pripravili nobenega dokumenta, ki bi vseboval dolgoročneje usmeritve občine na področju zagotavljanja osnovnega zdravstvenega varstva prebivalstva. *Občina Škofja Loka* je kot razlog navedla neaktivnost organov na državni ravni, ki bi morali zagotoviti ustrezne usmeritve, *Občina Lenart* pa, da je pri podeljevanju koncesij poskušala ravnati v skladu z NPZV, po katerem naj bi zdravstveni domovi ostali osrednji izvajalci zdravstvene dejavnosti.

*Kljub temu, da veljavni predpisi strategije občine ne določajo kot obvezno podlago za podeljevanje koncesij, menimo, da občina svoje naloge iz 5. člena ZZDej, tudi zaradi odsotnosti ustreznih usmeritev na državni ravni (ni izdelane mreže javne zdravstvene službe; nacionalni plan zdravstvenega varstva je veljal le do leta 2004), lahko uspešno izvršuje le na podlagi lastnih dolgoročnih usmeritev, ki izhajajo iz opredelitve dejanskega stanja, potreb in vnaprej določenih ciljev ter ukrepov za doseg zelenega stanja, npr. v obliki plana razvoja primarnega zdravstva v občini, ki ga sprejme občinski svet kot najvišji organ odločanja v vseh zadevah v okviru pravic in pristojnosti občine.*

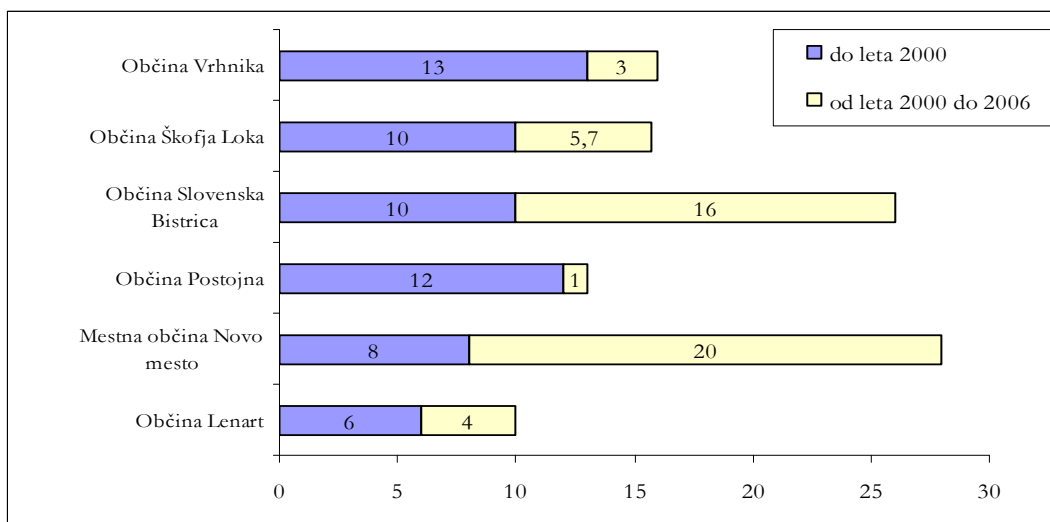
### 3.3.2 Ali je bil postopek podelitve koncesije izveden v skladu s predpisi

Podelitev koncesije v zdravstvu pomeni podelitev pravice in obveznosti izvajanja javne zdravstvene službe. Pogodbeno razmerje pri koncesijah v zdravstvu je razdeljeno na dva dela: na koncesijsko pogodbo, s katero se podeli le pravica opravljati javno službo, in pogodbo med koncesionarjem in ZZZS, s katero se uredi obseg izvajanja zdravstvenih storitev in plačilo zanje. Oddajo koncesij je do uveljavitve Zakona o

<sup>17</sup> Št. sklepa 1/2-003-02-1/2005 z dne 28. 9. 2006.

spremembah in dopolnitvah Zakona o javnih naročilih<sup>18</sup> (v nadaljevanju: ZJN-1A) urejal Zakon o javnih naročilih<sup>19</sup> (v nadaljevanju: ZJN-1). V obdobju od 12. 11. 2000 do 30. 1. 2004 je moral koncedent v skladu s prvim odstavkom 133. člena ZJN-1 pri oddaji koncesije smiselno uporabljati določbe 65. do 71. člena tega zakona, ki so se nanašale na način in vrsto objave javnega razpisa in drugih objav.

Slika 3: Podeljene koncesije od uveljavitve ZZDej v revidiranih občinah



Vir: dokumentacija občin.

Občine so koncesije podeljevale predvsem na podlagi vlog zainteresiranih izvajalcev. Z vsako podeljeno koncesijo, razen pri nadomestnih koncesijah, se je zato z vsako podeljeno koncesijo za ustrezen del zmanjšal tudi obseg dejavnosti zdravstvenega doma.

- Na podlagi predhodno objavljenega javnega razpisa je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, dve nadomestni koncesiji podelila le *Občina Škofja Loka*. Pri tem je v javni objavi določila pogoje za sodelovanje na razpisu, ni pa opredelila meril izbire med morebitnimi kandidati za koncesijo.
- Merila za izbiro med kandidati za posamezno koncesijo je pripravila, in jih v postopku izbire tudi uporabila, le *Občina Postojna*. Pri odločitvi o podelitvi nadomestne koncesije med dvema kandidatama je kot merili upoštevala dolžino skupne delovne dobe ter obdobje dela po končani specializaciji.

Postopek podelitve koncesije je v obliki organizacijskega predpisa Poslovnika kakovosti za obvladovanje procesov na področju zdravstva<sup>20</sup> določila le *Mestna občina Novo mesto*. Organizacijski predpis opredeljuje aktivnosti, nosilce in obvezno dokumentacijo v postopku podelitve koncesije. V okviru obravnave posamezne vloge so med obveznimi dokumenti navedena tudi mnenja in soglasja, ki jih določa ZZDej v 42. členu. Kljub temu, da občine postopka podelitve koncesij niso podrobneje določile v notranjih predpisih, so večinoma upoštevale določila predpisov, ki med obveznimi dokumenti v postopku podelitve

<sup>18</sup> Uradni list RS, št. 2/04, ZJN-1A.

<sup>19</sup> Uradni list RS, št. 39/00.

<sup>20</sup> V okviru projekta ISO 9002, sprejela ga je direktorica občinske uprave 25. 6. 2001.

določajo tudi mnenje ZZZS in soglasje Ministrstva za zdravje. Odstopanja smo ugotovili le v dveh primerih:

- *Občina Slovenska Bistrica* je v letu 2006 izvajalcu zobozdravstvene dejavnosti podelila koncesijo kljub negativnemu mnenju Ministrstva za zdravje, ki soglasja k podelitvi koncesije ni dalo z utemeljitvijo, da po podatkih ZZZS zobozdravnik ni bil v službi v javnem zdravstvenem zavodu, in za širitev programa zobozdravstva za odrasle v izpostavi Slovenska Bistrica ni pravne in finančne podlage v področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Po pritožbi na negativno odločitev občinske uprave je županja, kot pritožbeni organ, odločitev o podelitvi koncesije, kljub nesoglasju Ministrstva za zdravje, sprejela z obrazložitvijo, da je preskrbljenost občanov s storitvami v občini slabša od slovenskega povprečja in da obstajajo potrebe in pogoji za širitev programa v občini. Občina je s koncesionarjem sicer sklenila koncesijsko pogodbo, vendar je Upravni odbor ZZZS ponudbo koncesionarja na razpisu za opravljanje programov zdravstvenih storitev zavrnil, ker je ugotovil, da koncesionar ni iz javne mreže in da širitev mreže zobozdravstvene dejavnosti v izpostavi Slovenska Bistrica ni priznana.
- ZZZS z nameravano podelitvijo koncesije za izvajanje dejavnosti na področju pediatrije in šolske medicine v *Občini Lenart* ni soglašal, ker je imela izvajalka premalo opredeljenih pacientov. Ker Ministrstvo za zdravje v zakonitem roku 15 dni na prošnjo za soglasje ni odgovorilo, je občina na podlagi petega odstavka 209. člena Zakona o splošnem upravnem postopku upoštevala, da je soglasje dano, in koncesijo podelila, o čemer je obvestila tudi ministrstvo.

Mnenje zdravstvenega doma glede nameravanih podelitev koncesij so občine obravnavale različno:

- *Mestna občina Novo mesto* je v letu 2001 zavrnila podelitev koncesije za izvajanje zobozdravstvene dejavnosti z obrazložitvijo, da bi s tem delež zasebnih izvajalcev s koncesijo presegel 30 odstotkov, ki ga je ZD Novo mesto postavil kot še sprejemljiv. Zavrnitev podelitve koncesije je utemeljila tudi s tem, da je občina kot ustanoviteljica v skladu z določili NPZV dolžna poskrbeti, da zdravstveni dom ohrani vsebino dela, določeno v 9. členu ZZDej, in obseg, ki še omogoča uspešno poslovanje. Septembra leta 2002 pa je Mestna občina Novo mesto, kljub negativnemu mnenju zdravstvenega doma, podelila koncesijo izvajalki zobozdravstvene dejavnosti za otroke in mladino z obrazložitvijo, da soglasje zdravstvenega doma glede na veljavne predpise ni obvezno in da gre za prvo koncesijo v občini. Mnenja zdravstvenega doma *Mestna občina Novo mesto* ni upoštevala niti pri podelitvah koncesij v letu 2006, ko je hkrati podelila kar pet koncesij na področju splošne medicine ter osem na področju zobozdravstvene dejavnosti, s čimer je presegla delež zasebnih izvajalcev, ki je bil v različnih gradivih občine in zdravstvenega doma opredeljen kot še sprejemljiv za nemoteno delovanje zdravstvenega doma. S podelitvami koncesij v letu 2006 je delež splošnih zdravnikov-koncesionarjev v Mestni občini Novo mesto dosegel 51 odstotkov in delež zobozdravnikov 74 odstotkov, kar je preseglo tudi povprečje na ravni države, ki je po podatkih ZZZS za splošne zdravnike znašalo 32 odstotkov in za zobozdravnike 53 odstotkov.
- *Občina Postojna* je pred podelitvijo koncesije zaprosila za mnenje tudi zdravstveni dom. Iz odgovora je razvidno, da je bil za pridobitev programa splošne medicine zainteresiran tudi zdravstveni dom, saj bi s tem izboljšal možnosti za organizacijo in koordinacijo dela. Interesa zdravstvenega doma pa Občina Postojna ni upoštevala in svoje odločitve tudi ni obrazložila. Občina Postojna je pojasnila, da je s podelitvijo nadomestne koncesije želela ohraniti obstoječo razporeditev programa med različne izvajalce.

*Menimo, da podeljevanje koncesij za izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti, tudi v obdobju po prenehanju veljavnosti ZJN-1, ne bi smelo biti omejeno le na ožek krog zainteresiranih, ki o nameranih podelitvah koncesij izvedo na podlagi notranjih informacij. Občina bi transparentnost postopka lahko zagotovila le s predhodno opredelitvijo in objavo meril za izbiro med kandidati. ZZDej ne določa, da je treba pred izdajo odločbe obvezno pridobiti mnenje zdravstvenega doma, oziroma da bi moralo mnenje kakor koli vplivati na odločitev koncedenta. Zdravstveni dom v takem primeru tudi ni stranka v postopku, vendar pa je treba upoštevati, da se s podelitvijo koncesije zmanjša obseg programa, ki ga izvaja zdravstveni dom, kar vpliva na pogoje poslovanja, v izjemnih primerih pa tudi na izpolnjevanje 9. člena ZZDej, ki določa minimalni obseg dejavnosti zdravstvenega doma. Zdravstveni dom nedvomno ima interes, ki pa ga morajo ustrezno prepoznati in zastopati njegove ustanoviteljice.*

### **3.3.3 Ali so bile s koncesionarji sklenjene ustrezne pogodbe in kako so občine sodelovale pri ureditvi ostalih odnosov med izvajalci javne zdravstvene službe**

S pogodbo o koncesiji koncedent in koncesionar uredita razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe in določita pogoje, na podlagi katerih mora koncesionar opravljati javno službo. ZZDej v 43. členu med obveznimi elementi pogodbe o koncesiji določa vrsto zdravstvene dejavnosti, obseg izvajanja javne službe, začetek izvajanja koncesije, rok za odpoved koncesije in sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja koncedent. Pogodbe o koncesijah so večinoma vsebovale navedene obvezne elemente. Izjema so le pogodbe, ki jih je s koncesionarji sklenila *Mestna občina Novo mesto* v letu 2006, in niso vsebovale določila o obsegu programa posamezne zdravstvene dejavnosti, ki je predmet koncesije. Obseg izvajanja javne službe je ena od sestavin koncesijske pogodbe, ki jo ZZDej v 43. členu izrecno določa, hkrati pa gre za informacijo, ki je za zdravstveni dom, katerega obseg dejavnosti se zaradi podeljene koncesije za ustrezen delež zmanjša, pomembna zaradi organizacijskih sprememb, povezanih tudi z morebitnim presežkom zaposlenih v različnih spremljajočih dejavnostih, če odnosi med koncesionarjem in zdravstvenim domom niso pravočasno in ustrezno urejeni.

Posamezne občine so v pogodbo o koncesiji vključile še nekatere dodatne obveznosti koncesionarja in koncedenta. Koncesionarji so, na primer, v skladu s pogodbo, dolžni tudi:

- zagotoviti kontinuiteto svojega dosedanjega dela s tem, da z začetkom zasebne dejavnosti ne odklonijo zavarovanih oseb, ki so bile pred tem opredeljene zanje;
- opravljati dejavnost v prostorih zdravstvenega doma in za te prostore najkasneje v tridesetih dneh od podpisa pogodbe o koncesiji z občino, ki je lastnik prostorov, skleniti ustrezno najemno pogodbo;
- zagotoviti ustrezno opremo za izvajanje dejavnosti ter zaposliti pripadajoči kader;
- sodelovati pri izvajanju nujne medicinske pomoči in dežurne službe v skladu z razporedom, ki ga pripravi zdravstveni dom;
- zagotoviti nadomeščanje v svoji ordinaciji ob daljši odsotnosti in o tem obveščati koncedenta;
- z zdravstvenim domom skleniti posebno pogodbo, ki določa obveznost koncesionarja, da prevzame normativno sestavo strokovnega kadra, zaposlenega v zdravstvenem domu;
- voditi zdravstveno statistične podatke v skladu z zakonom ter poročati območnemu zavodu za zdravstveno varstvo;
- najprej izpolniti pogodbo z ZZZS in šele nato izvajati storitve za samoplačnike, pri tem morajo izpolnjevanje pogodbenih obveznosti razporediti v vsem letu;
- zagotoviti diagnostične in terapevtske storitve po pogodbi z ustrezno službo;
- za vse opravljene storitve samoplačnikom izstavljati račune v skladu s predpisi.

*Kljub določilom, da je tudi neizpolnjevanje dodatnih pogodbenih obveznosti lahko razlog za prekinitev pogodbe, občine niso preverjale izpolnjevanja dodatnih obveznosti, ki so jih v pogodbah določile koncesionarjem. S stališča zdravstvenega doma in vpliva na njegovo poslovanje je treba poudariti predvsem obveznost koncesionarja, da zaposli pripadajoči kader. Zabeleži koncedenta, da koncesionar zaposli konkretnega delavca, namesto obveznosti, da zaposli ves pripadajoči kader, vezan na pogodbeni program, ali da se z zdravstvenim domom dogovori za ustrezen način koriščenja storitev, lahko v zdravstvenem domu, zaradi zmanjšane programa storitev, povzroči presežek zaposlenih. Tega se koncedenti sicer zavedajo, in v koncesijske pogodbe zapišejo ustrezne pogoje, vendar njihovega izpolnjevanja ne zahtevajo dovolj dosledno. Pogosto pa so pomanjkljive že koncesijske pogodbe, na primer koncesijske pogodbe, sklenjene v letu 2006 v Mestni občini Novo mesto:*

- V primerjavi s koncesijskimi pogodbami, ki jih je Mestna občina Novo mesto s koncesionarji sklenila do leta 2006 in so določale, da mora koncesionar zaposliti ves pripadajoči kader, s katerim je delal v zdravstvenem domu in ga v pogodbi prizna ZZS, oziroma z zdravstvenim domom skleniti ustrezno pogodbo za opravljanje storitev teh delavcev, koncesijske pogodbe iz leta 2006 določajo le, da mora koncesionar ob prehodu v zasebnost ponuditi zaposlitev za nedoločen čas asistentu oziroma medicinski sestri iz javnega zavoda. O ostalem kadru, katerega storitve namerava koristiti, se koncesionar, v skladu s koncesijsko pogodbo, dogovori v pogodbi o sodelovanju z zdravstvenim domom. Ker sklep župana, na katerega se sklicujejo odločbe o podelitvah koncesij, določa le, da kandidat pred podelitvijo koncesije podpiše izjavo, da namerava sprejeti in izpolnjevati vse pogodbene obveznosti, ki izhajajo iz pogodbe o koncesiji, bi koncesijska pogodba morala natančneje določati, kakšne so obveznosti koncesionarja glede zaposlitve pripadajočega kadra. Iz sklepa župana, ki je bil sprejet, da bi se preprečil nastanek presežka zaposlenih v zdravstvenem domu in vzpostavilo enakovredno sodelovanje pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe izhaja, da bi morale biti pogodbene obveznosti koncesionarja natančneje določene v koncesijski pogodbi, vendar koncesijska pogodba glede prevzema kadra iz javnega zavoda, ki koncesionarju pripada glede na obseg programa, določa le, da se odnosi uredijo s posebnim aktom med zdravstvenim domom in koncesionarjem.

Večina v prečni reviziji obravnavanih občin je aktivno sodelovala pri oddaji poslovnih prostorov zdravstvenega doma v najem koncesionarjem, pri tem pa je bila njihova vloga različna.

- *Občina Lenart:* Višino najemnine za poslovne prostore je na podlagi Pravilnika o oddajanju poslovnih prostorov Občine Lenart v najem<sup>21</sup> določil občinski svet. Sklep določa tudi uskladitev že sklenjenih pogodb z določili sklepa ter uskladitev cene najema vsake tri mesece z indeksom cen na drobno<sup>22</sup>. Pravilnik oziroma sklep občinskega sveta ne vsebujeta ustrezne metodologije za določitev cene najema poslovnega prostora.
- *Mestna občina Novo mesto:* Pred podelitvami koncesij v letu 2006 je v prostorih ZD Novo mesto opravljal dejavnost le en koncesionar, s katerim je ZD Novo mesto kot upravljavec objekta podpisal pogodbo o najemu poslovnih prostorov, pri tem Mestna občina Novo mesto med podpisniki pogodbe ni navedena. Od 13 koncesionarjev, ki jim je bila koncesija podeljena v letu 2006, bi jih morale biti 11, v skladu z odločbo o podelitvi koncesije, dejavnost opravljati v prostorih ZD Novo mesto. Večina koncesionarjev je dejavnost sicer začela opravljati 1. 10. 2006, vendar do konca leta 2006 pogodbe o najemu poslovnih prostorov v ZD Novo mesto niso sklenili. Prostorji za izvajanje

<sup>21</sup> Uradni list RS, št. 71/98.

<sup>22</sup> Nadomestil ga je indeks cen življenjskih potrebščin.

dejavnosti v ZD Novo mesto so bili koncesionarjem dodeljeni na podlagi sklepa<sup>23</sup> občinskega sveta Mestne občine Novo mesto.

- *Občina Postojna:* Pogodbo o najemu poslovnih površin v objektu zdravstvenega doma sta s koncesionarjem sklenila občina, kot lastnica, ter ZD Postojna, kot upravljavec objekta. Najemnina je določena na podlagi Odloka o poslovnih prostorih v Občini Postojna<sup>24</sup> in Pravilnika o oddajanju poslovnih prostorov v najem<sup>25</sup>, ki ju je sprejel občinski svet. Pravilnik ureja način, postopek in pogoje za oddajanje poslovnih prostorov, s katerimi trajno razpolaga Občina Postojna, ter tudi podrobnejšo metodologijo določanja zneska najemnine, ki se oblikuje na podlagi vrednosti, namembnosti in lege poslovnega prostora. Najemnina za poslovne prostore v ZD Postojna je bila po tej metodologiji prvič določena leta 2002, kasneje se je znesek, v skladu z določili pravilnika, vsake tri mesece usklajeval z rastjo cen življenjskih potrebščin.
- *Občina Slovenska Bistrica:* Najemne pogodbe s koncesionarji sta sklenila Občina Slovenska Bistrica in ZD Slovenska Bistrica. Najemnina je določena na podlagi Odloka o oddaji poslovnih prostorov v najem in določitvi najemnin za poslovne stavbe, poslovne prostore ter uporabnin za garaže in parkirišča, pokrite in nepokrite prostore<sup>26</sup>, ki ga je sprejel občinski svet. Odlok določa postopek in pogoje oddaje poslovnih stavb, poslovnih prostorov in drugih površin, ki so v lasti Občine Slovenska Bistrica. Med drugim določa tudi metodologijo izračunavanja najemnin, po kateri je mesečna najemnina odvisna od prometne vrednosti poslovnega prostora in letne stopnje najemnine za poslovni prostor. Pri tem je letna stopnja najemnine odvisna od namembnosti poslovnega prostora, oziroma dejavnosti, ki v njem poteka, in območja, v katerem je poslovni prostor. V skladu s 16. členom odloka bi moral občinski svet vrednost točke za izračun prometne vrednosti poslovnega prostora določiti s posameznim sklepom vsaj enkrat letno, drugače se vrednost točke za naslednje leto revalorizira z indeksom rasti cen na drobno<sup>27</sup>. Ugotovili smo, da se vrednost točke kljub drugačnim določilom odloka že deset let ni spremenila.
- *Občina Škofja Loka:* Pogodbe s koncesionarji sta sklenila Občina Škofja Loka kot lastnica objekta, in Osnovno zdravstvo Gorenjske, kot upravljavec objekta. Najemnina je v skladu s Sklepom o določitvi najemnine-uporabnine<sup>28</sup>, ki ga je sprejel župan Občine Škofja Loka, določena v znesku, ki naj bi se mesečno spreminjal glede na rast cen življenjskih potrebščin. Kljub temu, da sklep župana poleg zneska najemnine vsebuje tudi nekatere določbe o načinu oblikovanja in obračunavanja najemnin ter porabi zbranih sredstev najemnin, pa sklep po vsebini predstavlja akt poslovanja občine. V skladu s 70. členom ZLS morajo akti poslovanja občine temeljiti na zakonu in drugem ustreznem predpisu. V obravnavanem primeru bi bila ustrezna podlaga lahko le akt občine, s katerim bi bile opredeljene in vzpostavljene kategorije<sup>29</sup>, na podlagi katerih se lahko določi cena najema. Sprejemanje splošnih aktov je po predpisih o lokalni samoupravi v pristojnosti občinskega sveta, župan pa je najpogosteje predlagatelj teh aktov.

<sup>23</sup> Št. 170-12/2006 z dne 28. 9. 2006.

<sup>24</sup> Uradni list RS, št. 59/96.

<sup>25</sup> Uradni list RS, št. 4/97.

<sup>26</sup> Uradni list RS, št. 71/96, 63/99.

<sup>27</sup> Indeks rasti cen na drobno je januarja 1998 nadomestil indeks cen življenjskih potrebščin.

<sup>28</sup> Št. 352-2/97 (2/2001), z dne 28. 9. 2001. Uporablja se od 1. 9. 2001.

<sup>29</sup> Npr.: izhodišča, pogoji, merila, sistem točkovanja.

- *Občina Vrhnika:* Najemno razmerje ureja pogodba, sklenjena med koncedentom, najemnikom in ZD Vrhnika, kot upravljavcem objekta. Izhodiščna cena najemnine je določena v skladu z določili Pravilnika o oddajanju poslovnih prostorov in poslovnih stavb v najem<sup>30</sup>, ki ga je na podlagi Zakona o poslovnih stavbah in poslovnih prostorih<sup>31</sup> ter statuta občine sprejel občinski svet Občine Vrhnika 25. 11. 1999. Pravilnik v 29. členu za pravne in fizične osebe, ki na podlagi koncesije opravljajo zdravstveno dejavnost kot javno službo v objektu ZD Vrhnika, določa neprofitno najemnino, ki se v skladu z 31. členom pravilnika mesečno usklajuje z indeksom cen življenjskih potrebščin.

Na opisane načine določeni zneski najemnin se med posameznimi občinami precej razlikujejo. Primerjava zneskov, zaračunanih od koncu leta 2006, je razvidna iz tabele 2.

Tabela 2: Primerjava najemnin za poslovne prostore v objektih zdravstvenih domov ob koncu leta 2006

Zdravstveni dom	Znesek najemnine za kvadratni meter površine poslovnih prostorov posamezne kategorije ob koncu leta 2006
Lenart	<i>Od 2,6 evra do 11,7 evra;</i> upoštevana je najemnina za ambulanto in pripadajoče prostore brez deleža skupnih prostorov; v znesek je vključena tudi uporabnina za opremo zdravstvenega doma, zato zneski niso neposredno primerljivi.  <i>8 evrov za poslovne prostore in 5,4 evra za pomožne prostore</i> znaša najemnina, določena v skladu s pravilnikom in ugotovitvenim sklepom; občina je sicer najemnikom predlagala pogodbe s tako določenimi zneski, vendar do soglasja in sklenitve novih najemnih pogodb ni prišlo.
Novo mesto	<i>8 evrov za ambulante, 6 evrov za čakalnice in druge prostore ter 5 evrov za pripadajoče prostore;</i> zdravstveni dom je najemnino zaračunal le enemu koncesionarju, ki je pogodbo podpisal leta 2005, v letu 2006 s koncesionarji ni prišlo do dogovora glede višine najemnine.
Postojna	<i>6,4 evra;</i> za ordinacije, čakalnice, ostale pripadajoče prostore in prostore v souporabi je določena enotna povprečna cena.
Slovenska Bistrica	<i>2,90 evra;</i> za ordinacije, čakalnice, ostale pripadajoče prostore in prostore v souporabi je določena enotna povprečna cena, ki se že 10 let ni revalorizirala.
Škofja Loka	<i>4,63 evra;</i> za ordinacije, čakalnice in ostale pripadajoče prostore.
Vrhnika	<i>5,80 evra;</i> za ordinacije, čakalnice in ostale pripadajoče prostore.

Vir: podatki občin in zdravstvenih domov.

Najemnine predstavljajo le del mesečnega plačila koncesionarjev, ki dejavnost opravljajo v najetih prostorih zdravstvenega doma. V skladu s sklenjenimi najemnimi pogodbami drugi del plačila predstavljajo obratovalni stroški, ki obsegajo sorazmerni del stroškov elektrike, vode, nadomestila za

<sup>30</sup> Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika je Občinski svet občine Vrhnika sprejel 6. 6. 2006.

<sup>31</sup> Uradni list SRS, št. 18/74, 34/88 in RS, št. 32/00.



uporabo stavbnega zemljišča, ogrevanja, čiščenja skupnih prostorov, komunalnih storitev, zavarovanja, varovanja ter drugih stroškov. Podlaga za obračun so navadno dejanski stroški določenega obdobja, kriterij za delitev pa razmerje med površino najetih prostorov ter celotno površino poslovnih prostorov objekta zdravstvenega doma.

*Večina občin je upoštevala priporočila Ministrstva za zdravje in se je aktivno vključila v postopke sklepanja pogodb o oddaji v najem poslovnih prostorov v objektih zdravstvenih domov. Vzroki za razlike v cenah najema poslovnih površin so, po pojasnilih občin, bolj kot različen način določanja predvsem posledica iskanja kompromisov in usklajevanja različnih interesov glede na realno možnost, da občina ostane brez ustreznih izvajalcev zdravstvene dejavnosti.*

### 3.4 Kako je podeljevanje koncesij vplivalo na učinkovitost poslovanja zdravstvenih domov

Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo javni zavodi ter zasebni zdravstveni delavci. Zdravstveni dom je javni zavod, ustanovljen za opravljanje zdravstvene dejavnosti kot javne službe. Cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Zavod pridobiva sredstva za delo iz sredstev ustanoviteljic, s plačili za storitve, s prodajo blaga in storitev na trgu in iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom in aktom o ustanovitvi. Presežek prihodkov nad odhodki sme zavod uporabiti le za opravljanje in razvoj dejavnosti, če ni z aktom o ustanovitvi določeno drugače. Vpliv podeljevanja koncesij in s tem drugačna izhodišča za delovanje zdravstvenih domov pri zagotavljanju opravljanja osnovne zdravstvene dejavnosti, smo ugotavljali na podlagi odgovorov na naslednja podvprašanja:

- ali so zdravstveni domovi v letih 2005 in 2006 zagotavljali vse dejavnosti, ki jih določa zakon,
- kako je podeljevanje koncesij vplivalo na rezultate poslovanja zdravstvenih domov in
- kako so zdravstveni domovi gospodarili s sredstvi, ki so jim bila dana v upravljanje.

#### 3.4.1 Ali so zdravstveni domovi v letih 2005 in 2006 zagotavljali vse dejavnosti, ki jih določa zakon

3.4.1.a Zdravstveni dom je v skladu z 9. členom ZZDej zdravstveni zavod, ki ima organizirano najmanj preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, nujno medicinsko pomoč, splošno medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo ter laboratorijsko in drugo diagnostiko. Na svojem območju zdravstveni dom zagotavlja tudi družinsko medicino ter preventivno in kurativno zobozdravstvo, medicino dela, fizioterapijo in reševalno službo, če opravljanje teh dejavnosti ni drugače urejeno. Med zdravstvenimi domovi, pri katerih je potekala revizija, trije niso zagotavljali vseh navedenih storitev.

- V ZD Lenart se je v obdobju od leta 2000 do konca leta 2006 najbolj zmanjšal pogodbeni obseg dejavnosti zobozdravstva za odrasle in mladino, kot posledica podelitve koncesije konec leta 2001. Ob koncu leta 2006 je bilo v ZD Lenart zaposlenih devet zdravnikov (specialist splošne medicine, specialist medicine dela, prometa in športa, pediater, ginekolog in pet zobozdravnikov). Na območju izpostave Lenart so tedaj opravljali dejavnost splošne medicine štirje koncesionarji, dejavnost zobozdravstva pa dva.
- V ZD Novo mesto so se v obdobju, na katerega se nanaša revizija, zmanjšali programi splošnih ambulant, dispanzerja za ženske in zobozdravstva za odrasle. Po zadnjih podelitvah koncesij v

letu 2006, se je program zdravstvenega doma zmanjšal še za 4,5 ekipe splošne medicine, 1,18 ekipe ortodontije, tri ekipe mladinskega zobozdravstva, 3,85 ekipe zobozdravstva za odrasle in 0,25 ekipe internistike. Delež zasebnikov s koncesijo v izpostavi Novo mesto v vseh dejavnostih razen v ginekologiji, zelo presega povprečje na ravni države. Najbolj izstopata deleža zasebnih izvajalcev dejavnosti splošne medicine, ki znaša 51 odstotkov, ter zobozdravstva, ki znaša kar 74 odstotkov, in sta od državnega povprečja višja za več kot 20 odstotkov. S podelitvijo koncesij 13 nosilcem programa v letu 2006 se je program zdravstvene dejavnosti, ki ga izvaja ZD Novo mesto, zmanjšal v tolikšnem obsegu, da je postalo pomembno reševanje presežkov ostalih zaposlenih v spremljajočih dejavnostih. ZD Novo mesto je na podlagi podatkov o obsegu programa zdravstvene dejavnosti, ki je bil dodeljen v izvedbo koncesionarjem, in kadrovskih standardov ZZZS za ambulantno dejavnost ugotovil, da je zaradi podeljenih koncesij preveč 14,29 tehnika zdravstvene nege, 6,21 zobotehnika, 0,41 radiološkega inženirja, 1,66 laboranta in 6,62 administrativnega delavca. Ob koncu leta 2006 je bilo v ZD Novo mesto 260 zaposlenih, od tega 44 zdravnikov in 11 zobozdravnikov, kar je 11 odstotkov manj glede na leto 2000, ko je bilo od skupaj 292 zaposlenih, 50 zdravnikov in 23 zobozdravnikov.

- V *ZD Postojna* je bil prehod zaposlenih med koncesionarje izrazitejši zlasti v letih 1993, ko je med zasebnike odšlo pet nosilcev dejavnosti in osem ostalih zaposlenih, in 1996 (štirje nosilci dejavnosti in pet ostalih zaposlenih). Ob koncu leta 2006 je bilo v ZD Postojna 63 zaposlenih, od tega osem nezdravstvenih delavcev (12,7 odstotka). V obdobju, na katerega se nanaša revizija, se je najbolj zmanjšal pogodbeni obseg dejavnosti zobozdravstva za mladino. Na območju izpostave Postojna je v tem času opravljalo dejavnost splošne medicine in pediatrije šest koncesionarjev, dejavnost zobozdravstva pa enajst koncesionarjev.
- V *ZD Slovenska Bistrica* se je v obdobju od leta 2000 do leta 2006 program splošnih ambulant zmanjšal za skoraj polovico, prav tako pa tudi program zobozdravstva za odrasle. Na podlagi podeljenih koncesij v letu 2006 se je program ZD Slovenska Bistrica zmanjšal za tri nosilce in pripadajočo ekipo v splošni medicini, enega nosilca in pripadajočo ekipo v šolskem dispanzerju, tri nosilce in pripadajočo ekipo patronaže in nege na domu ter 3,75 nosilca in pripadajoče ekipe v zobozdravstvu. Za 0,53 standardizirane ambulante se je povečal program splošne medicine, na podlagi soglasja Ministrstva za zdravje in ZZZS pa se je 0,65 standardizirane ambulante splošne medicine prestrukturiralo v 0,62 ekipe in programa zobozdravstva za odrasle. Ob koncu leta 2006 je bilo zaposlenih 81 delavcev (od tega 11 zdravnikov in zobozdravnikov), kar je 22 manj glede na leto poprej. V splošni ambulanti so bili na dan 31. 12. 2006 zaposleni trije zdravniki splošne medicine ter trije zdravniki v otroškem in šolskem dispanzerju.
- *ZD Škofja Loka* je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, zagotavljal vse dejavnosti, ki jih določa 9. člen ZZDej. Dejavnosti zobozdravstva za odrasle zdravstveni dom ne izvaja od leta 2005. Pogodbeni obseg dejavnosti splošne ambulante za leto 2005 se je zmanjšal zaradi podelitve 1,7 koncesije dvema zdravnicama. Ob začetku leta 2007 so v ZD Škofja Loka delovale tri ambulante splošne medicine, medtem ko je dejavnost splošne medicine na območju izpostave Škofja Loka opravljalo 11 koncesionarjev, dejavnost zobozdravstva za odrasle pa šest koncesionarjev.
- *ZD Vrhnika* v obdobju, na katerega se nanaša revizija, ni več izvajal vseh dejavnosti, ki jih za zdravstveni dom določa zakon, pogodbeni obseg dejavnosti splošnih ambulant pa se je bistveno zmanjšal šele v letu 2007, kot posledica prenosa programa nazaj na koncesionarja in podelitve koncesij dvema zdravnikoma, ki sta prej dejavnost opravljala v zdravstveni postaji Borovnica. Po zadnjih

podelitvah koncesij v letu 2006 v ZD Vrhnika deluje le ena ambulanta splošne medicine, medtem ko dejavnost splošne medicine na območju izpostave Vrhnika opravlja osem koncesionarjev. Koncesije so bile podeljene tudi za celoten program fizioterapije, psihiatrije in ginekologije. V obdobju od leta 1994 do konca leta 2006 je iz ZD Vrhnika odšlo med koncesionarje 20 zdravstvenih delavcev, pri katerih se je zaposlilo še 16 delavcev, pretežno zdravstvenih tehnikov. Ob koncu leta 2006 je bilo tako v ZD Vrhnika 37 zaposlenih, od tega trije zdravniki splošne medicine in dva zobozdravnika.

Tabela 3: Indeksi rasti obsega programa zdravstvenih storitev leta 2006 glede na leto 2000

Program/zdravstveni dom	Lenart	Novo mesto	Postojna	Slovenska Bistrica	Škofja Loka	Vrhnika
splošna ambulanta	97	80	105	56	70	245
otroški dispanzer	98	100	99	94	92	99
šolski dispanzer	94	94	103	90	87	99
dispanzer za ženske	135	79	0	102	173	0
nega in patronaža	100	139	115	79	93	153
zobozdravstvo za mladino	73	84	13	72	112	100
zobozdravstvo za odrasle	89	61	113	70	0	0

Vir: sklenjene pogodbe zdravstvenih domov z ZZZS za leti 2000 in 2006.

3.4.1.b Zdravstveni domovi so izvajanje dejavnosti zagotavljali tudi s pogodbenimi izvajalci, ki so dela izvajali na podlagi sklenjenih podjemnih pogodb. Primerjava stroškov teh storitev glede na celotne stroške dela v posameznem letu je pokazala, da delež pogodbenega dela glede na skupne stroške dela v nobenem od obravnavanih zdravstvenih domov ni bil pomemben.

Na podlagi podjemnih pogodb so zdravstveni domovi zagotavljali predvsem sodelovanje koncesionarjev in drugih zdravnikov v dežurni službi in službi nujne medicinske pomoči ter izvajanje specialističnih storitev. V posameznih zdravstvenih domovih so bili specialistični programi v celoti izvedeni na podlagi podjemnih pogodb, saj zdravstveni domovi niso zaposlovali ustreznih specialistov.

- Na primeru porabe sredstev za plačilo opravljenih storitev specialista ortopeda, ki so jih v letu 2006 opravljali različni izvajalci izključno na podlagi sklenjenih podjemnih pogodb, smo preverili, ali takšen način zagotavljanja storitev zahteva prerazporeditev sredstev, ki jih ima zdravstveni dom na voljo za izvedbo programa na podlagi finančnega načrta in sklenjene pogodbe z ZZZS. Po podatkih iz končnega obračuna je ZD Postojna za izvedbo programa specialistične ortopedske dejavnosti v obsegu 0,60 tima v letu 2006 od ZZZS prejel 14.710 tisoč tolarjev. Glede na to, da se del programa financira tudi iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, znašajo prejeta sredstva skupaj 17.069 tisoč tolarjev. Če upoštevamo, da je na podlagi finančnega načrta 66,02 odstotka sredstev namenjenih za pokrivanje vseh stroškov, povezanih z delom,<sup>32</sup> in da delež nosilca dejavnosti v teh stroških znaša

<sup>32</sup> Vključujejo: bruto plače, prispevke delodajalca, sredstva skupne porabe in premije dodatnega pokojninskega zavarovanja.

56,62 odstotka, ugotovimo, da je bilo za plačilo opravljenega dela specialista na voljo 6.380 tisoč tolarjev. ZD Postojna je v letu 2006 za plačilo opravljenega dela na podlagi podjemnih pogodb, sklenjenih s petimi specialisti ortopedi, skupaj z davki in prispevki, porabil približno 6.120 tisoč tolarjev in s tem zagotovil izvedbo pogodbenega programa v okviru razpoložljivih sredstev.

- ZD Vrhnika je na podlagi sklenjenih podjemnih pogodb z zunanjimi izvajalci v letu 2006 zagotavljal tudi celoten program specialistične ambulantne dejavnosti psihiatrije. Za opravljene storitve je na podlagi sklenjene pogodbe z ZZZS prejel skupaj 8.290 tisoč tolarjev. Za opravljeno delo psihiatra in psihologa v psihiatričnem dispanzerju je petim različnim izvajalcem, na podlagi sklenjenih podjemnih pogodb, izplačal 3.725 tisoč tolarjev, oziroma skupaj z davki in prispevki za opravljene storitve porabil 4.954 tisoč tolarjev. Če upoštevamo, da je na tak način plačal le delo zdravnika, ki je v standardu ZZZS ovrednoteno z 12,53 evidenčnimi enotami, ne pa tudi dela ostalega osebja, ki je v standardu ovrednoteno s 6,14 evidenčnimi enotami, in upošteva razmerje med stroški dela, materialnimi stroški in amortizacijo, ki ga opredeljujeta finančni načrt in končni obračun opravljenega dela po pogodbi z ZZZS za leto 2006, je ZD Vrhnika za plačilo opravljenega dela porabil približno 10 odstotkov več, kot je bilo za stroške dela predvideno v finančno ovrednotenem programu<sup>33</sup>.

3.4.1.c V skladu z 9. členom ZZDej mora zdravstveni dom zagotavljati tudi nujno medicinsko pomoč. Nujna medicinska pomoč je izvajanje nujnih ukrepov zdravnika in njegovih sodelavcev pri osebi, ki je zaradi poškodbe ali bolezni neposredno življenjsko ogrožena, oziroma pri kateri bi glede na zdravstveno stanje v kratkem lahko prišlo do takšne ogroženosti. Služba nujne medicinske pomoči je sestavni del mreže javne zdravstvene službe. Organizirana je kot del obstoječe zdravniške službe ali kot posebna enota. V skladu s 5. členom Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči se morajo vanjo vključiti vsi zdravniki, ki v osnovni zdravstveni dejavnosti delujejo kot osebni zdravniki, razen osebnih ginekologov. Razporeditev zdravnikov določi zdravstveni dom, ki tudi zagotavlja ustrezne strokovne sodelavce, prostore in materialna sredstva med izvajanjem dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči.

- V ZD Lenart sta v letu 2006 v dežurni službi in službi nujne medicinske pomoči sodelovala le dva zdravnika, zaposlena v ZD Lenart, preostali izvajalci so bili koncesionarji.
- V zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva v ZD Novo mesto se je v letu 2005 vključevalo sedem koncesionarjev, v letu 2006 pa 14.
- Iz letnega poročila ZD Postojna o dežurstvih za leto 2006 je razvidna enakomerna obremenitev izvajalcev, nekatera odstopanja od povprečja pa so posebej obrazložena. V letu 2006 se je v zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva redno vključevalo 13 izvajalcev, od tega sedem zaposlenih v zdravstvenem domu, štiri koncesionarji ter dva izvajalca na podlagi podjemne pogodbe, ki so v povprečju opravili po 28 dežurstev različnih kategorij.
- Iz razporedov dežurnih zdravnikov v ZD Slovenska Bistrica v letu 2006 je razvidno, da so dežurno službo izvajali predvsem koncesionarji in zunanji izvajalci na podlagi podjemnih pogodb, saj so zdravniki, zaposleni v zdravstvenem domu, opravili le do 15 odstotkov dežurstev mesečno.
- V ZD Škofja Loka so zaposleni le še trije splošni zdravniki, zato brez vključevanja koncesionarjev zdravstveni dom dežurne službe ne bi mogel zagotavljati.

<sup>33</sup> Stroški dela v finančno ovrednotenem programu predstavljajo 78,6 odstotka celotne vrednosti programa, glede na realizacijo v letu 2006 to znaša 6.515 tisoč tolarjev; ocenjeni stroški dela po podjemnih pogodbah, skupaj z davki in prispevki, za zdravnike in ostale znašajo 7.200 tisoč tolarjev.

- Primerjava podatkov o opravljenih dežurstvih posameznih kategorij izvajalcev in na tej podlagi izračunane povprečne vrednosti za ZD Vrhnika kaže, da so bili zdravniki, zaposleni v ZD Vrhnika, kljub dogovoru, ki predvideva sorazmernost vključevanja, precej pogosteje vključeni v dežurno službo kot zdravniki koncesionarji.

Na podlagi navedenih ugotovitev lahko zaključimo, da so se zdravniki-koncesionarji redno vključevali v zagotavljanje nujne medicinske pomoči in dežurne službe. Težave z vključevanjem koncesionarjev so bile predvsem v zdravstvenih domovih, ki niso dosegli ustreznega dogovora glede plačevanja opravljenega dela v dežurni službi in službi nujne medicinske pomoči.

### 3.4.2 Kako je podeljevanje koncesij vplivalo na rezultate poslovanja zdravstvenih domov

3.4.2.a Spremembe pogodbenega obsega dejavnosti se odražajo tudi v rezultatih poslovanja zdravstvenih domov, čeprav v posameznih primerih prihaja tudi do razlik, ki ne izhajajo neposredno iz spremembe delovnega programa.

Tabela 4: Verižni indeksi rasti celotnih prihodkov in odhodkov ter delovnega programa zdravstvenih domov v obdobju od leta 2001 do 2006

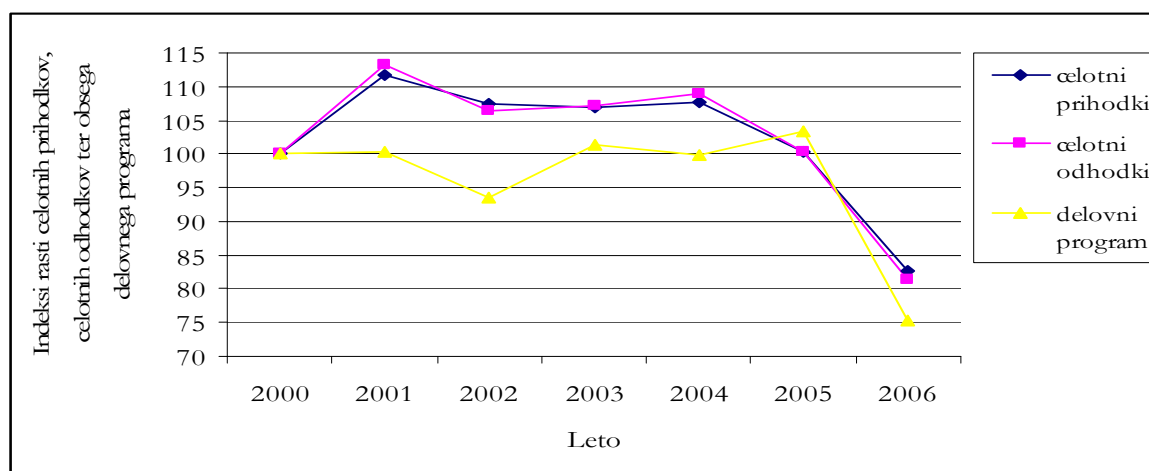
Zdravstveni dom	Indeks 2001/2000	Indeks 2002/2001	Indeks 2003/2002	Indeks 2004/2003	Indeks 2005/2004	Indeks 2006/2005
<b>Lenart</b>						
celotni prihodki	119	100	111	106	103	106
celotni odhodki	120	108	103	108	101	106
delovni program	95	97	99	100	101	102
<b>Novo mesto</b>						
celotni prihodki	112	107	104	108	102	99
celotni odhodki	113	107	104	106	104	96
delovni program	97	98	100	98	98	96
<b>Postojna</b>						
celotni prihodki	111	110	107	105	108	106
celotni odhodki	116	106	107	105	102	106
delovni program	103	100	103	100	104	96
<b>Slovenska Bistrica</b>						
celotni prihodki	112	107	107	108	100	83
celotni odhodki	113	106	107	109	100	81
delovni program	100	94	101	100	103	75

Zdravstveni dom	Indeks 2001/2000	Indeks 2002/2001	Indeks 2003/2002	Indeks 2004/2003	Indeks 2005/2004	Indeks 2006/2005
<b>Škofja Loka</b>						
celotni prihodki	113	106	103	104	99	103
celotni odhodki	113	106	104	103	100	99
delovni program	95	101	98	96	90	103
<b>Vrhnika</b>						
celotni prihodki	109	117	105	111	102	101
celotni odhodki	109	117	101	106	108	107
delovni program	100	116	104	113	101	100

Vir: letna poročila zdravstvenih domov za leta 2000 do 2006.

3.4.2.b Vpliv pomembnega zmanjšanja pogodbenega obsega dejavnosti na celotne prihodke in odhodke zdravstvenega doma je prikazan na primeru ZD Slovenska Bistrica, ki je v letu 2006 zaradi hkratne podelitve večjega števila koncesij v občinah Slovenska Bistrica in Oplotnica (po šest s področja splošne medicine, zobozdravstva ter patronaže in nege in ene s področja šolske medicine) izgubil znaten del programa. Po podelitvi koncesij v letu 2006 so, na primer, v ZD Slovenska Bistrica domu ostali le trije zdravniki splošne medicine ter trije zobozdravniki, 12 splošnih zdravnikov, 12 zobozdravnikov pa je koncesionarjev.

Slika 4: Primerjava gibanja celotnega prihodka in odhodka ter delovnega programa ZD Slovenska Bistrica, v obdobju od leta 2000 do 2006

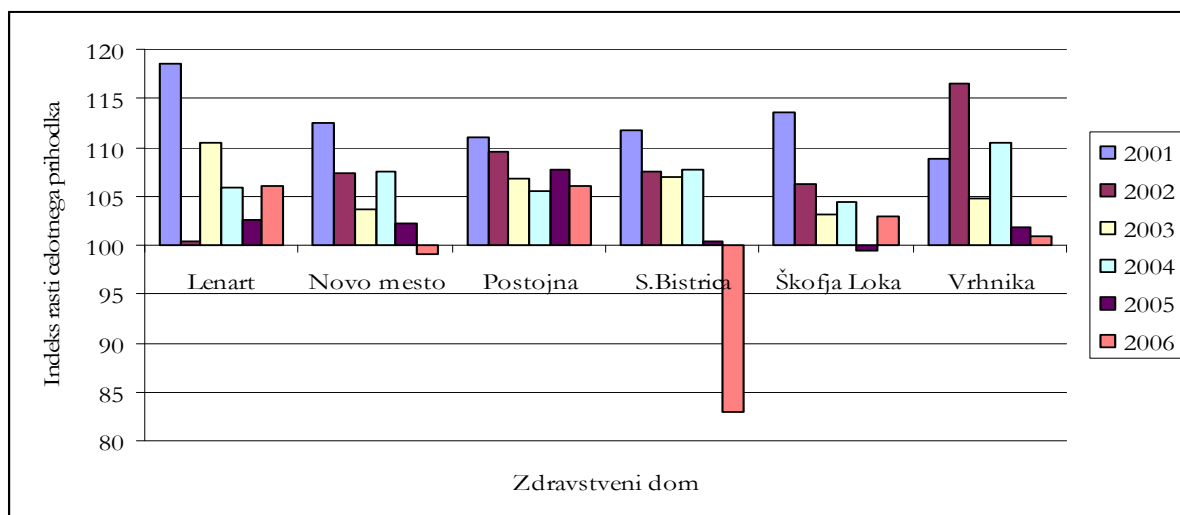


Vir: letna poročila ZD Slovenska Bistrica za leta 2000 do 2006.

ZD Slovenska Bistrica je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, med vsemi zdravstvenimi domovi, pri katerih je bila izvedena revizija, zaradi hkratne podelitve večjega števila koncesij izgubil največji obseg

delovnega programa, kar se odraža tudi v izidu poslovanja tega leta. V *ZD Novo mesto*, ki je v letu 2006 prav tako izgubil pomemben del delovnega programa zaradi podelitve petih koncesij na področju splošne medicine in osmih koncesij za zobozdravstveno dejavnost, se je učinek pokazal v izidih poslovanja leta 2007.

Slika 5: Gibanje celotnega prihodka zdravstvenih domov v letih 2000 do 2006



Vir: letna poročila revidiranih zdravstvenih domov za leta 2000 do 2006.

3.4.2.c Zdravstveni domovi, ki smo jih obravnavali v prečni reviziji, so v letih 2000 do 2006 večinoma izkazovali pozitiven izid poslovanja, *ZD Novo mesto* in *ZD Slovenska Bistrica* pa v posameznem letu tudi negativni poslovni izid. Nekateri razlogi so predstavljeni v nadaljevanju.

Tabela 5: Razlika med prihodki in odhodki zdravstvenih domov v obdobju od leta 2000 do 2006

Zdravstveni dom	v tisoč tolarjih						
	Leto 2000	Leto 2001	Leto 2002	Leto 2003	Leto 2004	Leto 2005	Leto 2006
Lenart	9.750	7.584	(26.154)	9.914	250	10.343	15.807
Novo mesto	2.085	544	153	165	33.112	232	93.330
Postojna	6.098	(16.065)	2.291	2.739	3.606	39.021	40.321
Slovenska Bistrica	11.570	1.593	10.977	10.086	1.264	2.743	15.455
Škofja Loka	970	1.355	5.749	(4.605)	7.164	62	30.773
Vrhnika	18	19	4	14.059	33.710	7.586	(22.765)

Vir: izkazi prihodkov in odhodkov zdravstvenih domov za leta 2000 do 2006.

- Razen v letu 2002 je *ZD Lenart* v obdobju, na katerega se nanaša revizija, izkazoval pozitiven izid poslovanja, izrazitejše povečanje presežka prihodkov nad odhodki v letu 2006 glede na leto poprej pa je predvsem posledica povečanja pogodbenega obsega dejavnosti v splošni ambulanti in dispanzerju

za žene. ZD Lenart med stroške všteva celotno obračunano amortizacijo, kar je več od sredstev, ki jih v ta namen zagotavlja ZZZS v ceni storitev.

- *ZD Novo mesto* je za obdobje, na katerega se nanaša revizija, izkazoval pozitiven izid poslovanja, vendar je presežek prihodkov nad odhodki v letu 2006 zelo presegel rezultate preteklih let. Realizirani presežek prihodkov nad odhodki je predvsem posledica povečanja finančnih prihodkov in v tem prihodkov od obresti, ki jih je zdravstveni dom obračunal na podlagi sklenjenih pogodb o podiplomskem študiju in specializacijah, sklenjenih z bivšimi zaposlenimi, ki so predčasno odšli iz zdravstvenega doma. Glede na leto poprej so se zelo povečali tudi prevrednotovalni prihodki, kot posledica odprodaje osnovnih sredstev koncesionarjem. V obeh primerih gre torej za enkratne prihodke, ki ne izhajajo iz rednega poslovanja. Zaradi odhoda zaposlenih med koncesionarje in s tem zmanjšanja pogodbenega obsega programa, ki ga izvaja zdravstveni dom, so prihodki iz obveznega zavarovanja in doplačil dosegli le 98 odstotkov prihodkov, realiziranih v letu poprej. Povečali pa so se prihodki od najemnin, specializacij in izobraževanja ter drugi prihodki. Posledica zmanjšanja obsega dejavnosti zdravstvenega doma v letu 2006 so tudi nižji stroški poslovanja. Največ, za pet odstotkov, so se znižali stroški dela, kar je posledica spremenjene kvalifikacijske strukture zaposlenih po odhodu nosilcev dejavnost.
- *ZD Postojna*, je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, razen v letu 2001, izkazoval pozitiven izid poslovanja. Izrazitejše povečanje presežka prihodkov nad odhodki v letih 2005 in 2006 je predvsem posledica spremembe financiranja nujne medicinske pomoči in s tem zagotovljenih dodatnih sredstev na podlagi pogodbe z ZZZS.
- *ZD Slovenska Bistrica* je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, izkazoval pozitiven izid poslovanja. Izrazito povečanje presežka prihodkov nad odhodki v letu 2006 glede na leto poprej pa je predvsem posledica povečanja prihodkov od prodaje opreme in drobnega inventarja zasebnikom, ki so v tem letu pridobili koncesijo, prihodkov od najemnin ter dodatnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za informatiko in pavšalno zdravstveno dejavnost. Zmanjšanje pogodbenega obsega programa v letu 2006 je vplivalo tako na prihodke kot tudi odhodke poslovanja tega leta.
- *ZD Škofja Loka* je v obdobju, na katerega se nanaša revizija, razen v letu 2003, izkazoval pozitiven izid poslovanja, vendar je presežek prihodkov nad odhodki v letu 2006 zelo presegel rezultate preteklih let. Osnovno zdravstvo Gorenjske je presežek prihodkov nad odhodki obrazložilo z dobro realizacijo pogodbenega programa, povečanjem sredstev za delo službe nujne medicinske pomoči in drugih prihodkov ter z racionalizacijo poslovanja. Spremembe pogodbenega programa zaradi podeljenih koncesij v letu 2006 so vplivale šele na rezultate poslovanja v letu 2007.
- *ZD Vrhnika* je, po obdobju pozitivnega poslovanja, v letu 2006 izkazal negativni poslovni izid. Glede na to, da se v primerjavi z letom poprej pogodbeni obseg dejavnosti ni bistveno spremenil, so glavni razlogi za to predvsem višji stroški dela in amortizacije, saj je ZD Vrhnika v stroške vštél celotno obračunano amortizacijo osnovnih sredstev in ne le znesek, ki je vračunan v cene zdravstvenih storitev. Spremembe pogodbenega programa zaradi podeljenih koncesij v letu 2006 so vplivale šele na rezultate poslovanja v letu 2007.

3.4.2.d Zdravstveni domovi posebej poudarjajo težave pri vključevanju zdravnikov-koncesionarjev v dežurno službo in službo nujne medicinske pomoči. Razlog je najpogosteje v nedorečenem določanju



plačila za opravljeno delo. Za način financiranja dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči in višino sredstev se dogovorijo partnerji, podpisniki področnega dogovora, vsako leto in pri tem upoštevajo kadrovske standard, predvideni obseg storitev in merila, ki veljajo za sklepanje pogodb med ZZZS in izvajalci. Na podlagi dogovorjenih kalkulativnih elementov je določen le celoten obseg sredstev za izvajanje dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči, ki ga na podlagi sklenjene pogodbe z ZZZS prejme organizator službe, to je zdravstveni dom, elementi za določitev plačila opravljenega dela posameznih izvajalcev pa niso podrobneje določeni. Takšno ravnanje se je v preteklosti izkazalo za večjo sistemsko pomanjkljivost, ki je pripeljala do pomembnih razlik pri plačevanju opravljenega enakega dela različnih izvajalcev-zaposlenih v zdravstvenem domu, na podlagi pogodbe o zaposlitvi in predpisov, ki veljajo za javni sektor, in koncesionarjev na podlagi podjemnih pogodb. Prav tako pa je vodilo v različno vrednotenje enakega ali vsaj primerljivega dela pri posameznih organizatorjih službe, ki jih ni mogoče pripisati le različnim pogojem zagotavljanja dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči in s tem različnemu vrednotenju delovnih mest dežurnih zdravnikov. Vsak zdravstveni dom, ki smo ga obravnavali v prečni reviziji, je plačilo za opravljeno delo v dežurni službi določal in obračunaval na drugačen način.

- *ZD Lenart* je zdravnikom-koncesionarjem sodelovanje v dežurni službi obračunaval in plačeval na podlagi cenika, ki ga je sprejel direktor ZD Lenart. Cenik je izdelan na podlagi kalkulacije, ki jo ZZZS upošteva pri določanju obsega sredstev za zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva. Primerjava urne postavke zdravnika-koncesionarja in zdravnika, zaposlenega v ZD Lenart, za plačilo opravljenega dela v dežurni službi v decembru 2006 pokaže, da je urna postavka zaposlenega zdravnika za zdravstveni dom dražja od urne postavke koncesionarja za 10 do 20 odstotkov.
- *ZD Novo mesto* je pri obračunavanju in plačevanju opravljenega dela zdravnikov-koncesionarjev v dežurstvu upošteval akontativne vrednosti opravljene ure, dogovorjene s pogodbo o sodelovanju med koncesionarjem in zdravstvenim domom. V skladu z 8. členom pogodbe sta podpisnika soglašala, da se opravljeno delo v dežurstvu vrednoti po dogovorjeni urni postavki vse do dokončnega dogovora z zdravstvenim domom ali na ravni države glede načina določitve zneska plačila za opravljeno delo koncesionarjev v dežurni službi. Primerjava vrednosti urnih postavk zdravnika-koncesionarja in zdravnika, zaposlenega v ZD Novo mesto, za opravljeno delo v dežurstvu različnih oblik pokaže, da je z dogovorom o poslovnem sodelovanju določena urna postavka zdravnika-koncesionarja za opravljeno delo v dežurstvu za zdravstveni dom večinoma dražja od urne postavke zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu (za 7,9 pa tudi do 30,3 odstotka), v posameznih primerih (dežurstvo na delavnik) pa tudi cenejša od urne postavke zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu, s količnikom osnovne plače 6,80 (za 2,1 oziroma 8,2 odstotka).
- *ZD Postojna* v skladu s sklenjeno pogodbo o sodelovanju in pogodbo o opravljanju dežurstva pri plačevanju opravljenega dela zdravnikov-koncesionarjev in drugih pogodbenih izvajalcev v dežurni službi upošteva določila Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji<sup>34</sup>. Pri tem ob določitvi količnika osnovne plače zdravnika, ki je osnova za obračun učinkovitega dela, od spremembe Zakona o zdravniški službi<sup>35</sup> (v nadaljevanju: ZZdrS), pa tudi neefektivnega dela,

<sup>34</sup> Uradni list RS, št. 14/94.

<sup>35</sup> Uradni list RS, št. 72/06-UPB3; v skladu Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS-D, Uradni list RS, št. 47/06) se aktivne in neaktivne ure v dežurstvu, ki jih zdravnik opravi v okviru polnega delovnega časa, vrednotijo kot delo v okviru polnega delovnega časa, aktivne ure, ki jih zdravnik opravi prek polnega delovnega časa, pa kot nadurno delo.

upošteva tudi določila Pravilnika o napredovanju zaposlenih v zdravstvu<sup>36</sup>. Zaposleni zdravniki in ostali pogodbeni zdravniki, ki izvajajo dežurno službo v ZD Postojna so torej za opravljeno delo plačani po enakih predpostavkah, ki veljajo za zaposlene v javnih zavodih, dejansko plačilo zdravnikom-koncesionarjem pa vključuje še pripadajoče prispevke na bruto plačo, ki v javnem zavodu bremenijo delodajalca. Ob predpostavki, da zdravniki-koncesionarji od svojih prejemkov plačajo enake davke in prispevke kot zaposleni v javnem zdravstvenem zavodu in zavod, kot njihove delodajalec, je plačilo za opravljeno delo obeh kategorij izvajalcev enako.

- *ZD Slovenska Bistrica* je šele s 1. 7. 2006 začel obračunavati in plačevati opravljeno delo zaposlenih v dežurni službi v skladu z določili kolektivnih pogodb. Pred tem so bili zaposleni in koncesionarji plačani enako, na podlagi predpostavk področnega dogovora za ovrednotenje dežurne službe. Decembra 2006 je direktorica ZD Slovenska Bistrica določila cenik za obračun dežurstva za zdravnike koncesionarje, ki se uporablja od 1. 12. 2006. Pri izračunu urne postavke posamezne vrste dežurstva so bila upoštevana določila splošnega dogovora in področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebnike za leto 2006. Primerjava cene ure dežurstva zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu, in zdravnika-koncesionarja za december 2006 kaže, da je cena ure dežurstva, ki ga opravi zdravnik-koncesionar, za zdravstveni dom bistveno dražja kot cena ure dežurstva, ki ga opravi zdravnik, zaposlen v zdravstvenem domu.
- *ZD Škofja Loka*: Delo zdravnikov-koncesionarjev v dežurni službi je Osnovno zdravstvo Gorenjske obračunavalo in plačevalo na podlagi cenika dežurstev za zasebnike, ki ga je izdal direktor. Podlaga za določitev vrednosti postavke posamezne vrste dežurstev so izhodišča za vrednotenje dežurne službe, ki jih objavi ZZZS v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Osnovno zdravstvo Gorenjske je z oktobrom 2006 začelo delo zaposlenih v dežurni službi obračunavati v skladu s spremembo ZZdrS, ki določa, da se neaktivne ure plačajo kot redno delo. Sprememba predpisov pomeni 10 do 15-odstotno povečanje tovrstnih izplačil. Pri pregledu posameznih obračunov smo ugotovili nekatera odstopanja od veljavnih predpisov (previsoki dodatki, nepravilna osnova za obračun dodatkov) tako, da bi bila izplačila posamezne kategorije dežurstva zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu, ob pravilnem upoštevanju določil predpisov manjša za 11,4 odstotka (pri tedenskem dežurstvu) pa tudi do 30,5 odstotka (pri nedeljskem dežurstvu).
- *ZD Vrhnika* je zdravnikom-koncesionarjem sodelovanje v dežurni službi plačeval v skladu z dogovorom, da se sredstva, ki jih zdravstveni dom za dežurno službo dobi na podlagi pogodbe z ZZZS, razdelijo v določenem razmerju. Podlaga za izračun vrednosti ure dela je bil mesečni znesek sredstev za dežurno službo, ki ga je določil ZZZS. Posamezno vrsto dežurstva zdravnikov in medicinskih sester je zdravstveni dom ovrednotil s količniki, katerih vrednosti je v posameznem mesecu določil glede na število vseh opravljenih dežurstev v mesecu. Tako izračunana urna postavka zdravnika-koncesionarja je za tedensko ter sobotno popoldansko dežurstvo višja, za dežurstvo na praznik ali nedeljo pa nižja od urne postavke zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu.

<sup>36</sup> Uradni list RS, št. 41/04, 101/00, 45/02.

Tabela 6: Primerjava urnih postavk različnih izvajalcev dežurne službe v posameznem zdravstvenem domu, v decembru 2006

Vrsta dežurstva/izvajalec	Zdravnik-	Zdravnik v	Razmerje med
	koncesionar	ZD*	ceno dela
	(1)	(2)	(3)=(2):(1)
<b>ZD Lenart:</b>			<b>količnik 6,80</b>
tedensko od 20.00 do 7.00 ure	4.857	5.574	1,15
sobotno od 14.00 do 8.00 ure	5.956	6.535	1,10
petkovo od 14.00 do 7.00 ure	4.753	5.691	1,20
nedeljsko od 8.00 do 7.00 ure	6.317	7.062	1,12
<b>ZD Novo mesto:</b>			<b>količnik 6,80</b>
delavnik	6.688	5.553	0,83
sobota od 14.00 do 20.00 ure	5.320	4.929	0,93
sobota od 20.00 do 6.00 ure	9.242	7.091	0,77
nedelja od 6.00 do 18.00 ure	9.583	8.349	0,87
nedelja od 18.00 do 6.00 ure	8.591	6.767	0,79
<b>ZD Postojna</b>			<b>količnik 6,80</b>
nočno – delavnik od 20.00 do 7.00 ure	6.313	6.026	0,95
nočno – delavnik od 21.00 do 7.00 ure	6.409	6.118	0,95
sobota – nedelja od 14.00 do 8.00 ure	7.113	6.790	0,95
nedelja – ponedeljek od 8.00 do 7.00 ure	7.625	7.279	0,95
praznik – delavnik od 8.00 do 7.00 ure	8.199	7.827	0,95
praznik – praznik	9.224	8.806	0,95
<b>ZD Škofja Loka</b>			<b>količnik 6,80</b>
tedensko od 19.00 do 23.00 ure	3.467	5.807	1,67
tedensko od 19.00 do 6.00 ure	4.846	6.858	1,42
praznično od 7.00 do 23.00 ure	8.623	11.006	1,28
nedeljsko od 7.00 do 23.00 ure	7.583	9.678	1,28
<b>ZD Slovenska Bistrica</b>			<b>količnik 4,40</b>
ob delavnikih od 20.00 do 22.00 in od 22.00 do 6.00	6.129	3.975	0,65
sobota in delavnik pred praznikom od 14.00 do 6.00	7.247	4.397	0,61
nedelja od 6.00 do 22.00 in od 22.00 do 6.00	8.571	5.433	0,63
nedelja dopoldne	9.112	6.343	0,70
<b>ZD Vrhnika</b>			<b>količnik 5,30</b>
tedensko od 20.00 do 7.00 ure	5.129	3.972	0,77
sobotno popoldne od 13.00 do 19.00 ure	4.701	3.637	0,77
praznično od 19.00 prvega do 19.00 ure drugega dne	4.701	5.014	1,07

\* Pri izračunu urne postavke zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu, smo poleg količnika osnovne plače upoštevali tudi pripadajoče dodatke ter prispevke delodajalca na plačo, nismo pa upoštevali davka na izplačano plačo.

Vir: podatki zdravstvenih domov.

Zaradi posebnosti organizacije dežurne službe posameznih urnih postavk plačila za opravljeno delo zdravnikov-koncesionarjev in zdravnikov, zaposlenih v zdravstvenih domovih, neposredno ni mogoče primerjati. Kljub temu pa primerjava kaže vpliv različnih načinov določanja plačila za opravljeno delo na urno postavko za plačilo posameznega izvajalca dežurne službe, prav tako pa tudi pomembne razlike v ceni (enakega) dela zdravnikov, zaposlenih v zdravstvenih domovih, in zdravnikov-koncesionarjev. Razlike v plačevanju opravljenega dela različnih izvajalcev v dežurni službi delno odpravljajo določbe 45. b člena ZZdrS<sup>37</sup>, da se koncesionar na področju primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva vključuje v zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske pomoči<sup>38</sup> pod enakimi pogoji za delo in za enako plačilo kot zdravnik, zaposlen v zdravstvenem domu. Pri tem enako plačilo po določbah zakona pomeni, da koncesionar kot pogodbeni izvajalec prejme plačilo v višini stroška, ki bi ga imel izvajalec neprekinjene nujne medicinske pomoči, če bi bil koncesionar zaposlen pri tem izvajalcu. To pa organizator dežurne službe lahko zagotovi le tako, da tudi koncesionarje razvrsti na sistemizirana delovna mesta, jih uvrsti v ustrezne plačne razrede in upošteva tudi morebitna napredovanja ter druge elemente plače, ki pripadajo zaposlenim v zdravstvenem domu. Nedorečeno ostaja tudi, kaj je polni delovni čas koncesionarja, saj mora organizator dežurne službe, v skladu z 42. členom ZZdrS, vse ure dežurstva, ki presegajo polni delovni čas, obračunati kot nadurno delo..

3.4.2.e Štirje izmed zdravstvenih domov, ki smo jih obravnavali v prečni reviziji, izvajajo službo nujne medicinske pomoči na prvi stopnji, kar pomeni s kadri in opremo okrepljeno dežurno službo. Razmejitev nalog med službo nujne medicinske pomoči in dežurno službo, ki je v skladu z 42. členom ZZdrS posebna oblika dela, s katero se zagotavlja 24-urno zdravstveno varstvo, v predpisih ni določena. Razmejitev obeh služb je pomembna tako z vidika izvajalcev-zaposlenih v zdravstvenem domu in zdravnikov-koncesionarjev, ki so se dolžni vključevati v zagotavljanje nujne medicinske pomoči, kot tudi glede plačila za opravljeno delo, ki ga mora zagotoviti organizator dežurne službe in nujne medicinske pomoči. Tudi na tem področju smo ugotovili, da je vsak zdravstveni dom plačilo za opravljeno delo obračunaval in izplačeval na drugačen način:

- *ZD Lenart* je sodelovanje zdravnikov-koncesionarjev v službi nujne medicinske pomoči plačeval v skladu s cenikom, ki ga je sprejel direktor ZD Lenart. Urna postavka za sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči za zdravnike-koncesionarje je od 1. 7. 2006 znašala 1.279,82 tolarja. ZD Lenart je sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči plačeval tudi zdravnikom, zaposlenim v zdravstvenem domu, vendar le sobotno delo v nujni medicinski pomoči od 7. do 14. ure, ki ga je obračunal kot nadurno delo. Urna postavka za december 2006 je za zdravnika s količnikom osnovne plače 6,80, skupaj z zdravniškim dodatkom in prispevki (16,1 odstotka od bruto plače), ki jih za zaposlene plača delodajalec, znašala 5.684 tolarjev.
- *ZD Slovenska Bistrica* je do 1. 7. 2006 zdravnikom koncesionarjem, ki so bili razporejeni v nujno medicinsko pomoč, za vsako uro izplačal 1.641,90 tolarja. Od 1. 7. 2006 je ZD Slovenska Bistrica sredstva, namenjena za pokrivanje stroškov dela, razdelil tako, da je upošteval število priznanih nosilcev, ustrezen kvalifikacijski količnik in znesek izhodiščne plače ter dejansko letno število opravljenih ur v nujni medicinski pomoči. Na teh podlagah je izračunal vrednost ure dela zdravnika-koncesionarja v znesku 3.896,77 tolarja in zdravnika, zaposlenega v zdravstvenem domu, v znesku 3.168,11 tolarja. ZD Slovenska Bistrica je zaposlenim zdravnikom delo v nujni medicinski pomoči plačal posebej le, če so jo izvajali izven rednega ordinacijskega časa.

<sup>37</sup> Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi, Uradni list RS, št. 58/08; velja od 25. 6. 2008.

<sup>38</sup> ZZdrS dosledno uporablja besedno zvezo "nujna zdravniška pomoč", vendar je iz vsebine mogoče povzeti, da gre za nujno medicinsko pomoč, saj je le tovrstna pomoč organizirana institucionalno.

- V ZD *Škofja Loka* so zdravniki-koncesionarji do 1. 4. 2006, po navedbah Osnovnega zdravstva Gorenjske, v službi nujne medicinske pomoči sodelovali brezplačno. Od 1. 4. 2006 se nujna medicinska pomoč opravlja kot vzporedno delo koncesionarjev in redno zaposlenih zdravnikov. Ura dela zdravnika-koncesionarja v nujni medicinski pomoči v dopoldanskem ali popoldanskem času je bila v decembru 2006 ovrednotena s 2.501,90 tolarja, večerna in sobotna ura pa s 5.559,77 tolarja.
- ZD *Vrhnika* je sodelovanje zdravnika-koncesionarja v nujni medicinski pomoči v decembru 2006 ovrednotil z 2.344 tolarji za uro dopoldanskega dela in 2.009 tolarji za uro popoldanskega dela. ZD *Vrhnika* je v skladu s sklepom direktorja plačeval sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči tudi zaposlenim zdravnikom, pri tem je vsako sodelovanje ovrednotil kot dve uri popoldanskega sobotnega dežurstva, in v tem 30 odstotkov kot aktivno delo in 70 odstotkov kot obvezno prisotnost.

*Tudi razlik med najnižjim (ZD Lenart) in najvišjim (ZD Škofja Loka) plačilom zdravnikom-koncesionarjem za sodelovanje v nujni medicinski pomoči (razmerje je 1 : 4,3) ni mogoče pojasniti le s posebnostmi organizacije dela v posameznem zdravstvenem domu. Glede na to, da Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči v 3. členu določa, da se služba organizira kot del obstoječe zdravniške dežurne službe ali kot posebna enota, za plačilo zdravnikom, ki nujno medicinsko pomoč zagotavljajo v času dežurstva ali ob rednem delu v ambulanti, ni pravne podlage. Posamezni zdravstveni domovi to upoštevajo, vendar le za redno zaposlene zdravnike, vsi pa sodelovanje zdravnikom-koncesionarjem plačujejo posebej.*

### 3.4.3 Kako so zdravstveni domovi gospodarili s sredstvi, ki so jim bila dana v upravljanje

3.4.3.a Sredstva, s katerimi zdravstveni domovi opravljajo svojo dejavnost, so last občin ustanoviteljic. V skladu z 8. členom Zakona o zavodih<sup>39</sup> (v nadaljevanju: ZZ) mora akt o ustanovitvi med drugim vsebovati: sredstva, ki so zavodu zagotovljena za ustanovitev in začetek dela, vire, način in pogoje pridobivanja sredstev za delo zavoda, način razpolaganja s presežkom prihodkov nad odhodki in način kritja primanjkljaja sredstev za delo zavoda, pravice, obveznosti in odgovornosti zavoda v pravnem prometu, določbe o odgovornosti ustanovitelja za obveznosti zavoda ter medsebojne pravice in obveznosti ustanovitelja ter zavoda. Če zavod ustanovi več ustanoviteljic, se njihove medsebojne pravice, obveznosti in odgovornosti uredijo s pogodbo.

- ZD *Lenart* je bil ustanovljen z odlokom<sup>40</sup>, s katerim je bila organizacijska enota Zdravstvenega doma Maribor v Lenartu preoblikovana v samostojno pravno osebo za upravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti na celotnem območju bivše Občine Lenart. Štiri novonastale občine so leta 1999 sprejele sporazum o ureditvi premoženjskih razmerij, z novimi ustanovitvenimi akti naj bi uredile tudi ustanoviteljske pravice. Leta 2003 so z ZD *Lenart* sklenile pogodbo, s katero so se med drugim dogovorile o načinu zagotavljanja sredstev za investicije v nepremično in premično premoženje za izvajanje zdravstvene dejavnosti: občine so, skupaj z zdravstvenim domom, dolžne zagotavljati sredstva za investicije v nepremično premoženje, ki je v njihovi lasti in je na njihovem območju, za izvedbo programov in nakup opreme, ki služi občanom vseh občin pa v sorazmernem deležu. Do konca leta 2006 ustanovitveni akt ZD *Lenart* z določili sporazuma ni bil usklajen oziroma ustrezno spremenjen. Pristojnosti ustanoviteljic in zdravstvenega doma glede oddaje v najem poslovnih prostorov, s katerimi upravlja zdravstveni dom, v odloku niso jasno razmejene in opredeljene.

<sup>39</sup> Uradni list RS, št. 12/91, 8/96.

<sup>40</sup> Odlok o ustanovitvi Zdravstvenega doma Lenart, Uradni list RS, št. 5/91, 23/91, 24/92, 77/98.

- *ZD Novo mesto* je bil ustanovljen z Odlokom o ustanovitvi *ZD Novo mesto*<sup>41</sup> ter preoblikovan z Odlokom o preoblikovanju javnega zavoda *ZD Novo mesto*<sup>42</sup> za izvajanje osnovnega zdravstvenega varstva na območju sedmih občin ustanoviteljic. S tem so ustanoviteljice postale solastnice premožnega premoženja, ki je namenjeno izvajanju zdravstvene dejavnosti za potrebe občanov vseh občin. Premožnje je bilo razdeljeno po ključu – številu prebivalcev na dan 30. 6. 2004. Spremembe vrednosti premoženja v skladu z odlokom ugotavlja *ZD Novo mesto* v letnih bilancah, ki jih posreduje vsem občinam ustanoviteljicam. Sredstva za investicije zagotavljata občina ustanoviteljica, na območju katere se nahaja nepremičnina, in zdravstveni dom. Za investicije v dejavnostih, ki se izvajajo ne enem mestu za potrebe občanov vseh občin, ustanoviteljice zagotavljajo potrebna sredstva v dogovorjenih deležih. V skladu z ustanovitvenim aktom *ZD Novo mesto* lahko oddaja proste prostorske zmogljivosti v najem po poprejšnjem soglasju župana občine ustanoviteljice, na območju katere se te zmogljivosti nahajajo.
- *ZD Postojna* sta ustanovili občini Postojna in Pivka za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti za območji obeh občin. Ker so v Občini Pivka že ob ustanovitvi zdravstvenega doma večji del zdravstvene službe izvajali koncesionariji, je občina soustanoviteljica le v delu zdravstvenega doma, za dejavnosti, ki jih nima organiziranih na svojem območju. Odlok o ustanovitvi<sup>43</sup> v 17. členu določa, da zdravstveni dom upravlja s premoženjem v imenu in za račun ustanoviteljic. Z nepremičninami lahko upravlja svet zavoda po pooblastilu in s soglasjem posamezne ustanoviteljice. Ustanoviteljici sta v skladu z 19. členom odloka o ustanovitvi dolžni iz občinskih proračunov zagotavljati sredstva za investicije in za druge obveznosti, določene z zakonom in odlokom na podlagi sprejetega programa zdravstvenega varstva v posamezni občini. Če ni dogovorjeno drugače, se kot ključ delitve upošteva število prebivalcev posamezne občine.
- Tudi *ZD Slovenska Bistrica* v skladu z 19. členom odloka o ustanovitvi<sup>44</sup> samostojno upravlja s sredstvi, ki so mu dana v upravljanje, ne more pa odtujiti nepremičnega premoženja ali ga obremeniti s stvarnimi ali drugimi bremenami brez soglasja ustanoviteljic, ki sta lastnici nepremičnega premoženja. Premožnje, s katerim zavod upravlja, je v lasti občine ustanoviteljice, na območju katere se nahaja. Ustanoviteljici sta v skladu z 18. členom odloka o ustanovitvi dolžni zagotavljati sredstva za zagotavljanje materialnih pogojev za delo in za razširitev zmogljivosti za dejavnost, ki se izvaja na območju vsake od občin, prav tako pa tudi za dejavnosti, ki se zaradi posebnosti izvajajo na enem mestu. Skupni interes ugotavljata za vsako vlaganje posebej in se na tej podlagi in na podlagi deležev, določenih v delitvenem sporazumu, dogovarjata za delež sovlaganj.
- *ZD Škofja Loka* je ena od organizacijskih enot Osnovnega zdravstva Gorenjske, ki na podlagi Odloka o preoblikovanju Osnovnega zdravstva Gorenjske<sup>45</sup> upravlja s premožnim in nepremičnim premoženjem 17 ustanoviteljic, namenjenim opravljanju zdravstvene dejavnosti na njihovem območju. Proste prostorske kapacitete lahko odda v najem ob predhodnem pisnem soglasju občine

<sup>41</sup> Št. 501-03/1991 z dne 16. 5. 1991.

<sup>42</sup> Uradni list RS, št. 120/06; z odlokom so pravne naslednice bivše občine Novo mesto uskladile delovanje javnega zavoda z dogovorom o ureditvi premoženskopravnih razmerij na dan 31. 12. 1994 (Uradni list RS, št. 70/99) in na dan 31. 12. 1998 (Uradni list RS, št. 68/01).

<sup>43</sup> Uradni list RS, št. 92/98.

<sup>44</sup> Uradni list RS, št. 97/00.

<sup>45</sup> Uradni list RS, št. 101/04.

ustanoviteljice, na območju katere se nahajajo. Sredstva najemnin pripadajo Osnovnemu zdravstvu Gorenjske, vendar jih mora namensko uporabiti za vzdrževanje in investicijska vlaganja v objekt na območju občine ustanoviteljice. O odtujitvi ali obremenitvi nepremičnine odloča ustanoviteljica, na območju katere se nahaja nepremičnina.

- *ZD Vrhnika* v skladu z odlokom, ki sta ga 14. 4. 2005 sprejela občinska sveta občin Vrhnika in Borovnica, samostojno upravlja s sredstvi, ki so mu dana v upravljanje, ne more pa s pravnimi posli odtujiti nepremičnega premoženja ali ga obremeniti s stvarnimi ali drugimi bremenami brez soglasja ustanoviteljic. Premoženje in sredstva, s katerimi zavod upravlja, so v lasti občine ustanoviteljice, na območju katere se nahaja. V skladu s 27. členom odloka ustanoviteljici zagotavljata svoje z zakonom določene obveznosti do zavoda za zagotavljanje materialnih pogojev za delo in razširitev zmogljivosti za dejavnost, ki se izvaja na območju vsake občine ustanoviteljice, za dejavnosti, ki se izvajajo na enem mestu, pa v dogovorjenem deležu.

Tabela 7: Pregled investicij v posamezni zdravstveni dom v letih 2005 in 2006, po virih sredstev

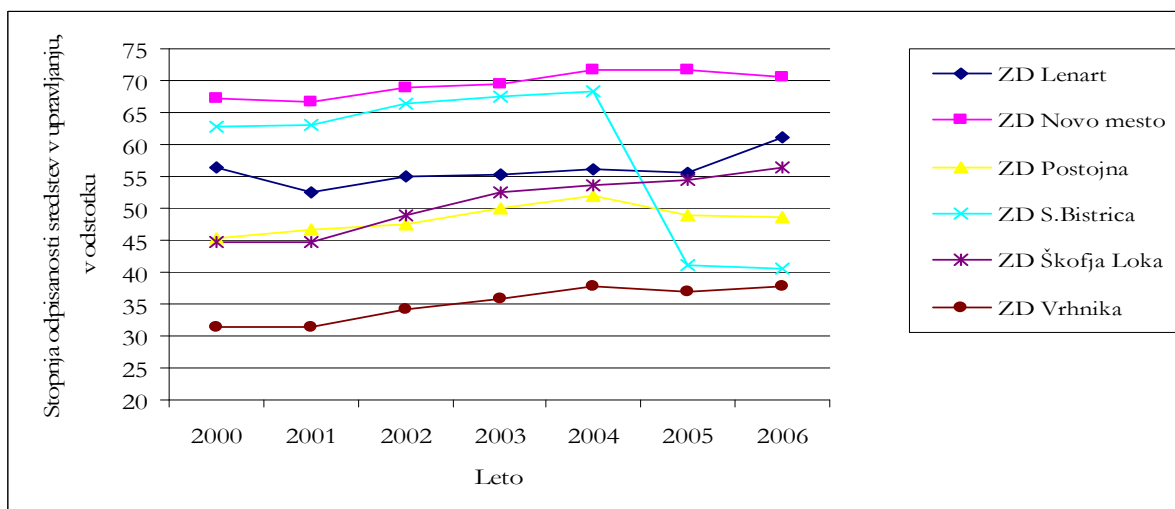
v tisoč tolarjih

Investicije v osnovna sredstva	Leto 2005		Leto 2006	
	Občina	Zdravstveni dom	Občina	Zdravstveni dom
Lenart	93.531	60.456	42.980	15.291
Novo mesto	0	116.182	0	133.897
Postojna	61.101	62.780	44.000	88.900
Slovenska Bistrica	3.067	47.002	32.028	48.413
Škofja Loka	0	43.933	0	46.319
Vrhnika	35.555	34.281	9.566	26.437

Vir: priloge odlokov o proračunih občin in letna poročila zdravstvenih domov.

3.4.3.b Zdravstveni domovi v analitičnih evidencah ločeno izkazujejo obveznosti za sredstva, prejeta v upravljanje po posameznih pravnih osebah, za katere se sestavlja premoženjska bilanca občine, torej po ustanoviteljicah oziroma soustanoviteljicah. Gibanje odpisanosti sredstev v upravljanju posameznega zdravstvenega doma na dan 31. 12. posameznega leta prikazuje slika 6.

Slika 6: Gibanje odpisanosti sredstev, ki jih imajo zdravstveni domovi v upravljanju, v obdobju od leta 2000 do 2006



Vir: letna poročila zdravstvenih domov za leta 2000 do 2006.

3.4.3.c Zdravstveni domovi so v obdobju, na katerega se nanaša revizija, del prostih prostorskih zmogljivosti oddajali v najem koncesionarjem, v posameznih primerih pa tudi drugim najemnikom. V skladu s sklenjenimi najemnimi pogodbami morajo zdravstveni domovi sredstva od najemnin namenjati tekočemu vzdrževanju stavb in prostorov, saj so občine dolžne zagotavljati le sredstva za investicije.

Tabela 8: Prihodki zdravstvenih domov od prejetih najemnin, v letu 2006

Zdravstveni dom	Prihodki od najemnin, v tisoč tolarjih	Celotni prihodki, v tisoč tolarjih	Delež najemnin glede na celotne prihodke, v odstotku
Lenart	8.230	600.848	1,37
Novo mesto	7.955	1.446.732	0,55
Postojna	47.291	745.060	6,35
Slovenska Bistrica	3.660	821.818	0,45
Škofja Loka	7.376	969.507	0,76
Vrhnika	7.721	473.378	1,63

Vir: podatki zdravstvenih domov.



Prihodki od najemnin predstavljajo prihodke od upravljanja premoženja, ki jih je treba, v skladu z navodilom Ministrstva za zdravje<sup>46</sup> upoštevati med prihodki iz opravljanja javne službe. Navodilo sta upoštevala le *ZD Lenart* in *ZD Vrhnika*, vsi ostali zdravstveni domovi so prihodke od najemnin všteli med prihodke od prodaje blaga in storitev na trgu. Tudi zahteve občin glede poročanja o porabi zbranih sredstev od najemnin so različne:

- *ZD Postojna* o višini zbranih sredstev od najemnin in obratovalnih stroškov poroča v letnem poročilu, v posebni prilogi pa podaja tudi podroben pregled porabe vseh zbranih sredstev.
- Osnovno zdravstvo Gorenjske je Občini Škofja Loka dolžno poročati o zbranih in porabljenih sredstvih od najemnin v *ZD Škofja Loka*.
- *ZD Vrhnika* o zbranih sredstvih in njihovi porabi podrobno poroča v letnem poročilu.
- *ZD Lenart*, *ZD Novo mesto* in *ZD Slovenska Bistrica* o zbranih sredstvih in njihovi porabi ne poročajo.

Tabela 9: Površina zdravstvenih domov, oddana v najem koncesionarjem v letu 2006

Zdravstveni dom	Površina zdravstvenega doma, v kvadratnih metrih	Površina, oddana v najem koncesionarjem*, v kvadratnih metrih	Delež površine v najemu v skupni površini zdravstvenega doma, v odstotku
Lenart	2.501,6	167,2	6,7
Novo mesto	5.966,0	58,8 (411,9)**	1,0 (6,9)
Postojna	3.175,8	794,0	25,0
Slovenska Bistrica	2.936,0	558,3	19,0
Škofja Loka	4.196,8	1.271,7	30,3
Vrhnika	1.754,6	548,1	31,2

\* Brez površine v souporabi.

\*\* Od 1. 10. 2006.

Vir: podatki zdravstvenih domov.

3.4.3.d Primerjava sklenjenih najemnih pogodb med zdravstvenimi domovi kaže zelo različen pristop k ureditvi odnosov med najemodajalci in najemniki. Posebej pa izstopajo primeri različnih rešitev v posameznem zdravstvenem domu v različnih obdobjih. Nekaj primerov neenake obravnave najemnikov navajamo v nadaljevanju.

- Leta 2006 je imelo poslovne prostore v objektu *ZD Lenart* pet najemnikov, od tega štirje koncesionarji. Primerjava sklenjenih pogodb in izdanih računov koncesionarjem za najemnine v decembru 2006 je pokazala, da je zaračunana najemnina, preračunano na kvadratni meter površine, znašala v enem primeru 2,9 evra, v dveh primerih 3,9 evra in v enem primeru 27,5 evra. V skladu s

<sup>46</sup> Dopolnitev navodila Ministrstva za zdravje za enotno razmejevanje poslovanja s sredstvi javnih financ in drugih sredstev za opravljanje javne službe od spremljanja poslovanja s sredstvi, pridobljenimi iz prodaje blaga in storitev na trgu št. 400-20/00-145, z dne 14. 7. 2000.

sklenjenimi pogodbami je v znesek poleg najemnine za ambulante všteta tudi souporaba različnih naprav in skupnih prostorov, zato navedeni zneski niso primerljivi. Najemnik, katerega najemnina bi preračunano na kvadratni meter najetega prostora znašala 27,5 evra, je imel v najemu ambulanto v izmeri 19,78 kvadratnega metra in v souporabi različno opremo in skupne prostore. Samo pri tem uporabniku se je najemnina usklajevala z indeksom rasti cen na drobno, kot določa sklenjena pogodba. Ostalim najemnikom, ki so imeli v najemu ambulante v skupni ocenjeni izmeri 72 kvadratnih metrov, v souporabi pa prav tako tudi različno opremo in skupne prostore, se najemnina vse od sklenitve pogodbe leta 2002 ni povečala. Najemnine, opredeljene v sklenjenih pogodbah, so neprimerljive, način določanja mesečnega zneska najema pa nepregleden. Da bi najemodajalec zagotovil transparentnost in enako obravnavo vseh najemnikov, bi moral v pogodbah ločeno prikazati površino prostorov različnih kategorij, za vsako kategorijo prostorov, v sodelovanju z ustanoviteljem in na podlagi predhodno izdelane metodologije, določiti ustrezno najemnino in tako postaviti enaka izhodišča za vse najemnike, uporabnino za posamezno vrsto opreme zdravstvenega doma pa določiti in zaračunati posebej.

- *ZD Novo mesto* je v letu 2005 in do oktobra 2006, od skupaj 5.966 kvadratnih metrov delovne površine stavbe zdravstvenega doma, oddajal v najem koncesionarju le eno ambulanto (58,76 kvadratnega metra). V skladu s pogodbo, ki sta jo sklenila koncesionar in *ZD Novo mesto*, kot upravitelj objekta, je koncesionar plačeval najemnino tudi za pripadajočo čakalnico in ostale prostore (21,57 kvadratnega metra) ter za pripadajoči del skupnih prostorov, izračunan kot delež površine najete ambulante v skupni delovni površini objekta (0,98 odstotka). S 1. 10. 2006 je začelo z dejavnostjo v objektu zdravstvenega doma 11 koncesionarjev, ki so imeli v odločbi o podelitvi koncesije kot lokacijo delovanja določen objekt *ZD Novo mesto*. Zaradi nestrinjanja z višino najemnine, ki jo je predlagal *ZD Novo mesto*, pogodbe o najemu do konca obdobja, na katerega se nanaša revizija, niso bile sklenjene, kljub temu da so koncesionarji prostore uporabljali. Po podatkih *ZD Novo mesto* so koncesionarji od začetka oktobra do konca leta 2006 brez ustreznega plačila uporabljali 411,93 kvadratnega metra ambulant ter 289,94 kvadratnega metra čakalnic in drugih prostorov.
- *ZD Vrhnika* bi moral, v skladu z določili pravilnika, vsem koncesionarjem zaračunavati enako najemnino za kvadratni meter poslovnega prostora. Pregled in primerjava sklenjenih pogodb in izdanih računov sta pokazala, da je zaračunana najemnina v decembru 2006 znašala od 5,4 do 6,5 evra za kvadratni meter poslovnega prostora. Cena 1.000 tolarjev (44,2 evra) za kvadratni meter poslovne površine je Občina Vrhnika pri sestavljanju najemnih pogodb upoštevala ne glede na to, v katerem mesecu jo je sestavila. Ker se v skladu s pravilnikom cena najemnine mesečno usklajuje z indeksom cen življenjskih potrebščin, so se cene v že podpisanih pogodbah revalorizirale, medtem ko je bila cena v novi pogodbi nespremenjena. Tudi v tem primeru so bili najemniki obravnavani neenakopravno.

3.4.3.e Predmet najemnih pogodb je tudi določitev načina obračuna in plačila obratovalnih stroškov, ki jih zdravstveni dom zaračunava najemnikom. Večina zdravstvenih domov kot podlago za obračun upošteva površino in vrste poslovnih prostorov, ki jih imajo najemniki v souporabi. Predmet delitve na tej podlagi so zlasti dejanski stroški električne energije, ogrevanja, vode, telefona, interneta, čiščenja prostorov, premij požarnega zavarovanja objekta, zavarovanja splošne odgovornosti, dimnikarskih storitev, storitev varnosti, komunalnih storitev, vzdrževanja dvigal in drugi stroški. Tudi na tem področju smo ugotovili nekatere primere neenake obravnave najemnikov:

- *ZD Lenart:* Mesečni zneski obratovalnih stroškov so v pogodbah navedeni v pavšalnih zneskih, iz katerih ni razvidno, na kakšen način so bili določeni. Zdravstveni dom sicer posamezne vrste stroškov, ki se nanašajo na delovanje vseh uporabnikov stavbe zdravstvenega doma, deli po stroškovnih mestih, vendar tovrstnih evidenc ne uporablja kot podlago za določitev mesečnega zneska obratovalnih stroškov posameznega najemnika. Kljub določilu pogodb, da, če pride do višjih cen storitev, najemodajalec lahko spremeni pogodbeno določeni mesečni znesek obratovalnih stroškov, ZD Lenart od sklenitve pogodb v letu 2002 najemnikom zaračunava enak mesečni znesek. Analiza, ki jo je za leto 2006 izdelal zdravstveni dom, je pokazala, da od štirih koncesionarjev, ki plačujejo zdravstvenemu domu najemnino in obratovalne stroške, le v enem primeru prejeta sredstva zadostujejo za pokritje vseh stroškov, ki jih je zdravstveni dom, na podlagi razdelilnika, pripisal stroškovnemu mestu zdravnika-koncesionarja.
- *ZD Novo mesto:* V skladu s sklenjeno pogodbo o najemu je (edini) zdravnik-koncesionar, ki je podpisal pogodbo o najemu poslovnih prostorov, zdravstvenemu domu v letih 2005 in 2006 plačeval tudi obratovalne stroške, ki so se obračunavali na podlagi deleža površine ambulate v skupni delovni površini objekta zdravstvenega doma in odvisno od dejanskih stroškov zdravstvenega doma, izkazanih na podlagi prejetih računov. Zdravniki-koncesionarji, ki so svojo dejavnost v prostorih zdravstvenega doma začeli opravljati 1. 10. 2006, obratovalnih stroškov, tako kot tudi najemnin, zaradi nestrinjanja s predlogi zdravstvenega doma, niso plačevali.
- *ZD Vrhnika:* V letu 2006 je bil določen seznam obratovalnih stroškov, ki so vključeni v poračun pavšalnega zneska. Kljub temu, da je po zadnji spremembi Pravilnika o oddajanju poslovnih prostorov med obratovalne stroške treba vključiti tudi stroške zavarovanja in varovanja poslovnega prostora oziroma objekta, ti pri zadnjem poračunu niso bili upoštevani. Pri preveritvi sklenjenih najemnih pogodb smo v posameznih primerih ugotovili tudi nepravilne seštevke površin prostorov v souporabi. Posledica je nepravilno določen znesek obratovalnih stroškov, ki jih je najemnik dolžan plačevati: trije najemniki plačujejo manj obratovalnih stroškov, kot bi jih morali glede na dejansko površino prostorov v souporabi, ena najemnica pa več.

3.4.3.f V skladu z 9. členom ZZDej je naloga zdravstvenega doma tudi organizacija laboratorijske in druge diagnostike. Vsi zdravstveni domovi, ki smo jih obravnavali v prečni reviziji, imajo lastne laboratorije, ki storitve izvajajo tudi za ostale naročnike. Pogodbe o poslovnem sodelovanju, ki so jih zdravstveni domovi sklenili s koncesionarji določajo, da v skladu s svojimi zmogljivostmi, zdravnikom-koncesionarjem nudijo tudi laboratorijske in druge diagnostične storitve, ki jih izvajajo na podlagi napotnic ali naročilnic. Večina zdravstvenih domov je pri obračunu opravljenih storitev upoštevala cene, ki jih je določil ZZZS, posamezni zdravstveni domovi pa so na podlagi lastnih poslovnih odločitev določili nižjo ceno. Kljub določilu pogodb o poslovnem sodelovanju in v posameznih primerih tudi nižjih cenah storitev, kot znaša povračilo ZZZS, iz podatkov o prihodkih zdravstvenih domov od opravljanja tovrstnih storitev v letih 2005 in 2006 je mogoče ugotoviti, da zdravniki-koncesionarji teh storitev večinoma ne naročajo v zdravstvenih domovih. V tabeli 10 je prikazana primerjava med zdravstvenimi domovi glede uspešnosti "trženja" laboratorijskih storitev med zdravniki-koncesionarji. V oceni je upoštevano število zdravnikov-koncesionarjev, ki na širšem območju posameznega zdravstvenega doma izvajajo dejavnost splošne medicine (v enem primeru tudi specialističnih dejavnosti), število priznanih točk, ki izhaja iz standarda ZZZS, ter cena točke, ki jo prav tako določi ZZZS.

Tabela 10: Dejanska in ocenjena realizacija prihodkov zdravstvenih domov od opravljanja laboratorijskih storitev za zdravnike-koncesionarje, za leto 2006

Zdravstveni dom	Lenart	Novo mesto	Postojna	Slovenska Bistrica	Škofja Loka	Vrhnika
Število zdravnikov-koncesionarjev splošne medicine v izpostavi	4	11	6 (in trije specialisti)	11	11	7
Število priznanih točk storitev (standard za splošno medicino je 4.200 točk)	16.800	46.200	31.245	46.200	46.200	29.400
Ocenjena realizacija, v tisoč tolarjih (upoštevana je cena točke 496,87 tolarja)	8.347	10.955*	16.474	17.600**	22.955	16.690
Dejanska realizacija zdravstvenega doma za opravljene laboratorijske storitve, v tisoč tolarjih	6.470	8.494	31.848	12.108	10.304	4.947
Delež dejanske realizacije glede na ocenjeno, v odstotku	77,5	77,5	193,3	68,8	44,9	29,6

\* Upoštevano je krajše obdobje delovanja koncesionarjev.

\*\* Upoštevana je znižana cena za točko, ki jo je določil zdravstveni dom, v znesku 350,0 tolarja.

Vir: podatki zdravstvenih domov.

*Primerjava podatkov o doseženih prihodkih zdravstvenih domov od opravljanja laboratorijskih storitev za koncesionarje ter ocenjene realizacije za leto 2006, na podlagi določenih sklenjenih pogodb o poslovnem sodelovanju med koncesionarji in zdravstvenimi domovi ter standarda in cene točke, ki ju določa ZZS, kaže razlike med obravnavanimi zdravstvenimi domovi. Medtem ko je ZD Postojna opravil bistveno več storitev od pričakovanih, na podlagi obsega programa, ki so ga opravili zdravniki-koncesionarji na njegovem območju, kar pomeni, da je storitve izvajal tudi za druge naročnike, pa ZD Vrhnika ni realiziral niti 30 odstotkov pričakovanega obsega storitev. Tudi pri ostalih štirih zdravstvenih domovih delež dejanske realizacije glede na ocenjeno kaže, da kapacitete zdravstvenih domov na tem področju niso bile dovolj izkoriščene. Zdravniki-koncesionarji so laboratorijske storitve naročali pri drugih izvajalcih ali jih v priročnih laboratorijih izvajali sami. Ker pristojne institucije niso zagotovile ustreznega finančnega nadzora in zaradi pomanjkljivega strokovnega nadzora, pa tudi ni mogoče izključiti tveganja, da sredstva niso bila porabljena za predvideni namen.*

## 4. ZAKLJUČEK

Računsko sodišče je izvedlo prečno revizijo podeljevanja koncesij v obdobju od leta 2000 do 2006 pri Ministrstvu za zdravje ter šestih občinah in zdravstvenih domovih. Ministrstvu za zdravje je o pravilnosti poslovanja v delu, ki se nanaša na zagotavljanje sistemskih podlag za podeljevanje koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti izreklo negativno mnenje. Negativno mnenje je izreklo tudi Mestni občini Novo mesto, saj je ocenilo, da je pri podeljevanju koncesij ravnala v pomembnem neskladju s predpisi in usmeritvami. Občinam Lenart, Slovenska Bistrica, Škofja Loka in Vrhnika je računsko sodišče izreklo mnenje s pridržkom o pravilnosti postopkov občin pri podeljevanju koncesij, za Občino Postojna pa je ocenilo, da je zagotovila ustrezne podlage za podeljevanje koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe, postopke podelitve koncesij izvedla v skladu s predpisi in ustrezno sodelovala tudi pri ureditvi ostalih odnosov med izvajalci javne zdravstvene službe.

Računsko sodišče je ugotovilo, da *večina obravnavanih občin* ni zagotovila ustreznih podlag za podeljevanje koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe, saj niso sprejele ustreznega strateškega dokumenta, ki bi določal dolgoročneje usmeritve razvoja osnovnega zdravstvenega varstva v občini in podlage za kratkoročne ukrepe glede materialnih, organizacijskih in kadrovskih pogojev za zagotavljanje in izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti. Občine niso poskrbele za javnost in preglednost v različnih fazah postopka in so koncesije podeljevale izključno na podlagi vlog zainteresiranih izvajalcev. Cen najema poslovnih površin niso določile na podlagi ustreznega splošnega akta, ki bi vseboval tudi metodologijo za njeno določitev. V posameznih primerih so občine s podelitvami koncesij tudi bistveno spremenile razmerje med izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti različnih statusnih oblik, ki ga je s sklepom določil občinski svet, s koncesionarji sklenile pogodbe, ki niso vsebovale vseh elementov, ki jih določajo predpisi in, v nasprotju s predpisi, koncesijo podelile kljub nesoglasju Ministrstva za zdravje.

Nepravilnosti, ki jih je ugotovilo računsko sodišče, so predvsem posledica pomanjkljivih podlag in usmeritev za delovanje sistema zdravstvenega varstva, in s tem tudi za podeljevanje koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zagotovitev podlag za delovanje sistema je naloga Ministrstva za zdravje. Računsko sodišče je ugotovilo, da *Ministrstvo za zdravje*, kljub zadolžitvam in določenim rokom za izvedbo, ki jih je določal Nacionalni program zdravstvenega varstva – zdravje za vse do leta 2004, ni opredelilo ustreznih standardov kadrov, opreme in materiala za javno zdravstveno dejavnost, ni izdelalo in predpisalo meril in navodil občinam za določitev mreže javne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni in ni izdelalo razporeda zdravniških delovnih mest v javnih zdravstvenih zavodih, pri drugih pravnih osebah in pri zasebnikih s koncesijo, kar bi predstavljalo podlago za določitev strategije posameznih občin in njihovih usmeritev glede podeljevanja koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ministrstvo za zdravje ni pravočasno predložilo v razpravo novega predloga nacionalnega plana, ki bi določal zagotovljeni obseg, kakovost in dostopnost zdravstvenih storitev ter usmeritve in prednostna področja pri zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva, kot določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in ni zagotovilo izvajanja vseh oblik nadzora, ki jih za zagotavljanje strokovnosti dela

zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov določa Zakon o zdravstveni dejavnosti. Računsko sodišče je ocenilo, da je *Ministrstvo za zdravje pri zagotavljanju podlag za delovanje sistema zdravstvenega varstva prebivalstva in izpolnjevanju nalog, ki jih določajo predpisi pri podeljevanju koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti, zaradi ugotovljenih nepravilnosti, ravnalo v pomembnem neskladju s predpisi in usmeritvami.*

Računsko sodišče je ocenilo tudi, da Ministrstvo za zdravje, v obdobju na katerega se nanaša revizija, *ni zagotovilo primernih podlag in vzpostavilo ustrežnih procesov, ki bi zagotovili učinkovito delovanje sistema podeljevanja koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti.* Ministrstvo za zdravje v internih aktih ni določilo postopka izdaje soglasja k podelitvi koncesije ter pristojnosti in odgovornosti zaposlenih, zadolženih za izvedbo postopka. Določilo tudi ni obveznih preveritev, ki bi jih bilo treba izvesti pred sprejetjem odločitve o izdaji (ne)soglasja ter rokov za izvedbo posameznih dejanj v procesu sprejemanja odločitve. Ministrstvo za zdravje ni dosledno preverjalo, ali podelitev posamezne koncesije pomeni tudi širitev mreže javne zdravstvene službe, in je soglasja v posameznih primerih podelilo tudi brez predhodne preveritve vse potrebne dokumentacije. Interes zdravstvenega doma po ohranitvi vseh obstoječih služb in dejavnosti je sicer upoštevalo z določitvijo lokacije delovanja koncesionarja v izdanem soglasju k podelitvi koncesije, vendar pa pri tem ni vzpostavilo ustreznega mehanizma preverjanja izpolnjevanja te zahteve.

Priporočila koncedentom, ki jih je Ministrstvo za zdravje pripravilo v letu 2002, so sicer pripomogla k večji preglednosti operativnih postopkov podeljevanja koncesij pri tistih koncedentih, ki so jih kot neobvezujoč dokument upoštevali, niso pa predstavljala ustrežnih usmeritev za ureditev vloge in pomena občine v sistemu zagotavljanja osnovnega zdravstvenega varstva, za upravljanje s premoženjem občine, ki ga predstavlja zdravstveni dom, in za oblikovanje enotne mreže izvajalcev osnovnega zdravstvenega varstva, z ustreznim obravnavanjem in povezovanjem vseh izvajalcev, ne glede na njihovo statusno obliko. Ministrstvo za zdravje ni poskrbelo za natančno razmejitev nalog, pristojnosti in odgovornosti med dežurno službo in službo nujne medicinske pomoči, kadar sta organizacijsko ločeni, ni določilo meril za plačevanje opravljenega dela v dežurstvu in nujni medicinski pomoči in ni zagotovilo nadzora nad porabo sredstev in izvajanjem nujne medicinske pomoči.

Računsko sodišče je presojalo tudi *vpliv podeljevanja koncesij na poslovanje zdravstvenih domov*, kot osrednjih izvajalcev osnovne zdravstvene dejavnosti, in pri tem ugotavljalo, ali so zdravstveni domovi v letih 2005 in 2006 še zagotavljali dejavnosti, ki jih določa zakon, kako je podeljevanje koncesij vplivalo na rezultate poslovanja zdravstvenih domov in kako je zdravstveni dom gospodaril s sredstvi, ki so mu bila dana v upravljanje. Računsko sodišče je ugotovilo, da v obdobju, na katerega se nanaša revizija, posamezni zdravstveni domovi niso več zagotavljali vseh dejavnosti, ki jih za zdravstveni dom določa Zakon o zdravstveni dejavnosti. Najbolj se je zmanjšal pogodbeni obseg programa splošnih ambulant in zobozdravstvene dejavnosti, v nekaterih zdravstvenih domovih skoraj za polovico. Nekateri zdravstveni domovi so posamezne specialistične dejavnosti zagotavljali izključno s pogodbenimi izvajalci, posledica je bila tudi prerazporejanje sredstev med dejavnostmi, saj pogodbeno dogovorjena sredstva za izvedbo predvidenih programov niso zadoščala. Zaradi prehoda nosilcev dejavnosti med koncesionarje so zdravstvenim domovom ostali presežni zaposleni v spremljajočih dejavnosti, le izjemoma pa so se zdravstveni domovi s koncesionarji uspeli dogovoriti o koriščenju različnih storitev in s tem zmanjšati vpliv odliva delovnega programa. Tako so ostale v veliki meri neizkoriščene kapacitete laboratorijev, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov, saj koncesionarji njihovih storitev ne koristijo v obsegu, ki bi bil pričakovan glede na program, ki ga opravljajo na podlagi pogodbe z ZZZS. Vpliv podeljevanja koncesij na organizacijo dela zdravstvenih domov se kaže tudi pri zagotavljanju dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči. Primerjava podatkov o opravljenih dežurstvih posameznih kategorij izvajalcev kaže,

da so v posameznih zdravstvenih domovih pretežni izvajalci dežurstva koncesionarji, v drugih pa se v izvajanje dežurne službe pogosteje vključujejo zaposleni zdravniki. Plačilo za opravljeno delo v dežurni službi se med zdravstvenimi domovi zelo razlikuje, razlike pa niso le posledica različne organizacije dela v dežurni službi. Spremembe pogodbenega obsega dejavnosti vplivajo tako na prihodke kot na odhodke poslovanja in s tem na rezultate zdravstvenih domov, vendar odstopanja niso le posledica sprememb obsega delovnega programa, ampak tudi drugih odločitev posloводства ter ostalih zunanjih vplivov, na primer, sprememb v načinu financiranja delovnega programa. Za večino zdravstvenih domov, ki jih je računsko sodišče obravnavalo v prečni reviziji, lahko zaključimo, da so v obdobju, na katerega se nanaša revizija, tudi v danih pogojih še poslovali učinkovito, vendar pa vsako nadaljnje zmanjšanje programa predstavlja pomemben poseg v pogoje poslovanja in povečuje tveganje, da zdravstveni dom ne bo več učinkovito izvajal svoje osnovne funkcije zagotavljanja zdravstvenega varstva prebivalstva.

Računsko sodišče je *popravljalne ukrepe naložilo Ministrstvu za zdravje*, ki mora v odzivnem poročilu izkazati začetek aktivnosti za določitev standardov kadrov, prostorov, opreme in materiala v zdravstveni dejavnosti ter strokovno tehničnih pogojev, ki jih mora izpolnjevati zdravstveni zavod oziroma izvajalec zdravstvene dejavnosti posameznega področja, ter začetek aktivnosti za določitev razporeda zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe, ki predstavlja enega od osnovnih pogojev za izdelavo strategij in usmeritev občin glede podeljevanja koncesij v osnovni zdravstveni dejavnosti. Ministrstvo za zdravje mora izkazati tudi začetek aktivnosti za vzpostavitev nadzora nad izvajanjem dejavnosti laboratorijske medicine in v tem okviru proučiti tudi možnosti za spremembo financiranja storitev na način, ki bo omogočal tako finančni nadzor izpolnjevanja pogodbenih obveznosti kot tudi kontrolo dejanske izvedbe zaračunanih storitev.

Računsko sodišče je *Ministrstvu za zdravje priporočilo*, naj v predpisih natančno opredeli vlogo, pristojnosti in odgovornosti organizatorja dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči ter razmeji pristojnosti in odgovornosti med službama, kadar sta organizacijsko ločeni, natančno definira merila za plačevanje opravljenega dela v nujni medicinski pomoči, ne glede na to, ali je izvajalec javni uslužbenec ali zdravnik-koncesionar, ter skupaj z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije prouči ustreznost obstoječih kalkulativnih elementov za določanje potrebnega obsega sredstev za izvajanje dežurne službe in službe nujne medicinske pomoči. Ministrstvu za zdravje je tudi priporočilo, naj v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije določi izhodišča za izvajanje internega strokovnega nadzora tudi pri koncesionarjih, prouči možnost za ustrezno povečanje števila opravljenih rednih strokovnih nadzorov, podrobno določi postopek izdaje soglasja k podelitvi koncesije, skupaj z obvezno dokumentacijo, opredeli pristojnosti in odgovornosti vseh, ki sodelujejo v postopku, ter določi roke za izvedbo posameznih dejanj in pripravi navodila koncedentom glede podeljevanja koncesij na področju osnovnega zdravstva, ki bodo za koncedente zavezujoča.

*Občinam je računsko sodišče priporočilo*, naj na podlagi predhodnega pregleda preskrbljenosti prebivalstva s storitvami osnovne zdravstvene dejavnosti in predhodne analize stanja glede kadrovskih, materialnih in organizacijskih pogojev zagotavljanja javne zdravstvene službe izdelajo usmeritve za nadaljnji razvoj, vzpostavijo ustrezen nadzor nad vsemi izvajalci osnovnega zdravstva v občini, ne glede na njihovo statusno obliko, ter ustanovijo skupni organ občin soustanoviteljic zdravstvenih domov, katerega naloga naj bo tudi zagotavljanje usklajenega delovanja občin na področju osnovne zdravstvene dejavnosti. Računsko sodišče je občinam priporočilo tudi, naj v odloku o ustanovitvi zdravstvenega doma natančneje opredelijo in razmejijo pristojnosti, pravice in odgovornosti med ustanoviteljicami in zdravstvenim domom pri upravljanju z občinskim premoženjem, ter da pri morebitnih novih podelitvah koncesij ali ob

širitvi mreže dosledno upoštevajo tudi interes zdravstvenega doma, katerega ustanoviteljice so. Pri tem naj upoštevajo, da bi zdravstveni domovi, kljub nujnim organizacijskim spremembam, morali ostati mesto, kjer se usklajeno izvajajo javne in zasebne naloge, katerih skupni cilj je zadovoljevanje zdravstvenih potreb prebivalcev.

Številka: 1213-10/2007-6

Ljubljana, 22. decembra 2008

Dr. Igor Šoltes,  
generalni državni revizor

Poslano:

1. Ministrstvu za zdravje,
2. Občini Lenart,
3. Zdravstvenemu domu Lenart,
4. Mestni občini Novo mesto,
5. Zdravstvenemu domu Novo mesto,
6. Občini Postojna,
7. Zdravstvenemu domu dr. Franca Ambrožiča Postojna,
8. Občini Slovenska Bistrica,
9. Zdravstvenemu domu Slovenska Bistrica,
10. Občini Škofja Loka,
11. Osnovnemu zdravstvu Gorenjske,
12. Občini Vrhnika,
13. Zdravstvenemu domu Vrhnika,
14. Državnemu zboru Republike Slovenije,
15. arhivu, tu.







*Bedimo nad potmi javnega denarja*

**Računsko sodišče Republike Slovenije / The Court of Audit of the Republic of Slovenia**  
Slovenska cesta 50, 1000 Ljubljana, Slovenija • tel.: +386 (0) 1 478 58 00 • fax: +386 (0) 1 478 58 91  
sloaud@rs-rs.si • www.rs-rs.si

**Enota Maribor / Maribor Office**  
Ulica heroja Bračiča 6, 200 Maribor, Slovenija • tel.: +386 (0) 2 250 58 80 • fax: +386 (0) 2 250 58 96