doi: 10.2478/v10221-011-0017-0

Javno-zasebno partnerstvo v zdravstvu v Sloveniji

Public-private partnership in health care in Slovenia

Boštjan Kušar¹, Dragica Maja Smrke²

¹ *Zavod Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana*

² *Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Zaloška cesta 1, 1000 Ljubljana
e-pošta bostjan.kusar@yahoo.com*

izvirni znanstveni članek

UDK: 614.2:336.1

članek prispel: 19. 9. 2011; članek sprejet: 16. 11. 2011

citirajte članek kot / cite this article as:
Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2012; 28(1): 7-25

Izvleček

Uvod. Javno-zasebno partnerstvo je nov ekonomsko-družbeni odnos med javnim in zasebnim sektorjem. Javno-zasebno partnerstvo je krovni pojem in obsega vse oblike povezovanja med javnim in zasebnim sektorjem. Potrebno je natančneje opredeliti položaj izvajalcev javne službe, še posebej v primeru, ko javno službo opravljajo javnopravne osebe in hkrati tudi zasebnopravne osebe na podlagi koncesije.

Metode. Raziskava je pokazala, da so spremembe potrebne tako na področju vodenja zdravstvenih organizacij kot tudi na področju boljše ter racionalnejše porabe sredstev, ki so namenjena zdravstvu. Zdravstvene zavode je potrebno ohraniti v državni lasti, izvajalci zdravstvenih storitev pa naj kot zasebniki v teh zavodih najemajo prostore. Zanimivo je, da večina zdravnikov kot razlog za odhod v zasebno prakso navaja možnost večje samostojnosti, racionalnejšo porabo sredstev, večjo izkoriščenost znanja in tehnologije, šele na zadnjem mestu pa večji zaslužek.

Zaključek. Z uporabo znanstvenih metod je dokazano, da obstajajo razlike med opravljanjem zdravstvene dejavnosti v javnem zdravstvu, javno-zasebnem zdravstvu ali zasebnem zdravstvu. S pomočjo raziskave je bilo ugotovljeno, da je javno-zasebno partnerstvo najprimernejša oblika opravljanja zdravstvenega varstva tako za uporabnike kot za izvajalce zdravstvenih storitev.

Ključne besede: javno-zasebno partnerstvo, zdravstvo, Zakon o javno-zasebnem partnerstvu, javni zavod, koncesija, privatizacija, javno zdravstvo

Abstract

Introduction. Public-private partnerships introduce new socioeconomic relations between the public and private sectors. A public-private partnership is a general term that comprises all forms of cooperation between the public and private sector. The position of public service providers must be clearly defined, particularly when a public service is provided by both public entities as well as private entities with concessions.

Methods. Research has shown that changes are needed both in the field of management of health organisations and in the field of better and more rational use of health care funds. Health institutions should remain under state ownership, while the private sector, in the form of providers of health care services, should rent premises in these facilities. It is interesting that the majority of doctors state, as their first reason for starting a private practice, the possibility of greater independence, more rational use of funds, better use of knowledge and technology, and only in the last place do they state better pay.

Results. Utilising scientific methods, it has been proven that there are differences between providing health care services in the public health care sector, public-private health care sector and the private health care sector. Research has ascertained that public-private partnerships are the most suitable form of providing health care services for both patients and for providers of health care services.

Key words: public-private partnership, health care, public-private partnership act, public institution, concession, privatisation, public health care

1 Uvod

Globalni zdravstveni problemi od nas zahtevajo globalne rešitve in javno-zasebno partnerstvo je ravno pravšnji odgovor. Prispevek obravnava področje javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu.

Obdobje, v katerem živimo, od nas zahteva, da se v javne zdravstvene zavode vnese več podjetniškega razmišljanja, ki uporabnikom prinaša določene prednosti. Za izvajanje ter zagotavljanje nekaterih dobrin zasebni interes ne obstaja, čeprav so s stališča javnega interesa te dobrine zelo pomembne, država pa mora sama vzpostaviti poseben pravni režim za zagotavljanje javne službe (1). Tržne mehanizme posameznih dejavnosti država v tem primeru nadomešča z regulacijo. Javno-zasebno partnerstvo v zdravstvu je aktualno za javni sektor, ker prinaša povečan obseg financiranja in številne ekonomsko upravičene projekte, pridobivajo se nova

znanja, tu mislim predvsem na prenos znanj in inovativnosti zasebnega sektorja, ter ne nazadnje prevzemanje odgovornosti zasebnega sektorja. Na drugi strani je zasebni sektor, ki vidi prednosti partnerstva v dodatnih poslovnih priložnostih ter možnosti za udeležanje novih tehnologij, metod, designa itd. Javno-zasebno partnerstvo prinaša uporabnikom znižanje cen zdravstvenih storitev in izboljšanje njihove kakovosti. Ker je udeležen javni sektor, se mora javno-zasebno partnerstvo opravljati v skladu s potrebami družbe, po drugi strani pa udeležba zasebnega sektorja uporabniku zagotavlja učinkovito uresničitev projektov.

Trenutno stanje na področju javno-zasebnega partnerstva je neurejeno in terja obvezno poenotenje podeljevanja koncesij, kar je danes najpogostejša oblika pojavljanja in opravljanja javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti, kot so javne službe na področju primarne in sekundarne ravni, na način, ki bo vsem uporabnikom storitev dostopen pod enakimi pogoji, ne glede na to, v kateri obliki se ta dejavnost opravlja, ali storitev torej opravlja javni zavod oziroma zasebnik s koncesijo.

Postavljena je bila naslednja hipoteza:

Hipoteza 1: Javno-zasebna oblika opravljanja zdravstvene dejavnosti je najboljša tako z vidika sistema zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji kot tudi s finančnega in z organizacijskega vidika.

2 Metode

Pri pisanju smo si pomagali z raznovrstnimi viri, ki bi lahko prispevali k razjasnitvi obravnavane problematike. Uporabljene metode so prilagojene konceptu in temam. V teoretičnem delu smo uporabljali primarne vire, uporabili metodi analize in sinteze, metodi abstrakcije in konkretizacije, metodi generalizacije in specializacije, metodo klasifikacije ter deskriptivno metodo. V empiričnem delu smo uporabili metodo analize, eksperimentalno, primerjalno ter statično metodo. Uporabljena je razpoložljiva strokovna literatura domačih in tujih avtorjev ter viri, članki in prispevki z najnovejšimi spoznanji z obravnavanega področja.

3 Javno-zasebno partnerstvo in slovenski zdravstveni sistem

Javno-zasebno partnerstvo je partnerstvo med zasebnim in javnim sektorjem, prinaša dolgoročno sodelovanje zdravstvene dejavnosti in zasebnikov s tega področja. V javni sektor spadajo državni organi in uprave samoupravnih lokalnih skupnosti, javne agencije, javni skladi, javni zavodi (bolnišnice, ki opravljajo svojo dejavnost po zakonu oziroma po odloku občin ali mesta) in javni gospodarski zavodi ter druge pravne osebe javnega prava, če so uporabniki državnega proračuna ali

proračuna lokalne skupnosti. Ustanovljeni so z javno-pravnim aktom, zavezani so javnim ciljem in javnemu interesu, upoštevati morajo javno-pravni režim financiranja in razpolaganja z lastnino ter zadovoljevati javne potrebe. V zasebni sektor spadajo celoten gospodarski sektor (ne vodi ga Vlada Republike Slovenije), gospodinjstva, samostojni trgovci, partnerstva in družbe.

Izvor ter zgodovina javno-zasebnega partnerstva še danes nista popolnoma jasni. Nekateri avtorji (2) pripisujejo prve zametke že egipčanskim in mezopotamskim civilizacijam 3.000 let pred našim štetjem. Te prve visoke civilizacije so že obvladale gradnjo akvaduktov, tunelov in različnih namakalnih sistemov; gradile so jih organizirane skupine gradbenikov in obrtnikov, ki so bile običajno specializirane za posamezno vrsto dela.

Na slovenskih tleh se med prvimi pridobljenimi koncesijami omenja koncesija Georgu Graffu, podjetniku iz Germescheima na Bavarskem, ki je leta 1869 od tedanjih mestnih oblasti pridobil koncesijo za ureditev in gospodarsko izkoriščanje plinske razsvetljave v Mariboru. V socialistični Jugoslaviji je bila institucija koncesije (javne službe) drugačna. Pojma koncesija povojno pozitivno pravo vse do začetka slovenske osamosvojitve ni poznalo. Koncesija se je kot ena od oblik opravljanja javne službe uporabljala na področjih, kot so zdravstvo, vzgoja, izobraževanje, kultura, pojavila pa se je leta 1991 v Zakonu o zavodih, kmalu potem pa tudi v Zakonu o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti.

Rosenau (3) pravi, da največ definicij poudarja, da so javno-zasebna partnerstva ustvarili zato, da bi pri tem pridobila oba, tako javni kot zasebni sektor. Pisci so si enotni, da je največja pobuda za nastanek delitev tveganj med zasebnim in javnim sektorjem. Pri tem Williamson (4) dodaja, da je potrebno upoštevati tudi negotovost glede prihodnosti in s tem tudi dejstvo, da se vseh detajlov v pogodbi ne more zapisati. Obenem je pomembno tudi pričakovanje, da se bo sodelovanje izkazovalo z novim proizvodom ali storitvijo, ki je nikoli ne bi bilo, če bi sektorja delovala vsak zase. Hodge in Greve (5) pa sta mnenja, da partnerstvo vključuje daljše sodelovanje, kar pomeni, da so lahko pogodbe sklenjene tudi za več let.

Pojem javno-zasebnega partnerstva (na različnih področjih) se zadnje čase vse pogostejše obravnava v širši strokovni, politični in laični javnosti. Natančno definicijo javno-zasebnega partnerstva je težko podati. Če bi povzeli različne definicije in opisali pojem javno-zasebno partnerstvo, bi se definicija glasila: javno-zasebno partnerstvo je partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem. V primeru partnerstva javni partner (ob upoštevanju dejstva, da ima zasebni partner zadostno znanje in pristojnosti) prepusti pod določenimi pogoji in pravili opravljanje določene dejavnosti zasebnemu sektorju. Javni partner ima ves čas trajanja partnerstva pravico in možnost nadzora nad izvajanjem dela zasebnega partnerja.

Razlogi za javno-zasebno partnerstvo so predvsem proračunske narave. Nekateri najpomembnejši so (6):

- celotne davčne obremenitve v večini evropskih držav so previsoke, prisoten je trend znižanja davčnih bremen;

- politika Evropske skupnosti usmerja države članice k večji podpori regionalne strukturne politike, kar povečuje ustvarjanje mrež javnih in zasebnih partnerjev;
- porast potreb po naložbah v storitve in infrastrukturo in povečano povpraševanje po javnih storitvah;
- strukturne gospodarske spremembe so vplivale na spremembo poslovanja določenih sektorjev, ki so jih oskrbovala izključno ali pretežno javna podjetja, in se usmerila na bolj konkurenčne trge z zasebnimi podjetji;
- omejitve javnega dolga in proračunskega primanjkljaja na podlagi Maastrichtskega sporazuma;
- zahteve Pakta za stabilnost in rast Evropske skupnosti so omejile uporabo davčne politike predvsem v času slabih gospodarskih razmer.

Razlogi zasebnih izvajalcev za sodelovanje v javno-zasebnem partnerstvu v zdravstvu so:

- zmanjšano tveganja poslovanja;
- povečanje nabora zdravstvenih storitev;
- možnost nadomeščanja v času odsotnosti zaradi dopustov, bolezni, izobraževanja;
- uvedba podjetniških inovacij v javnem zdravstvenem sistemu;
- spodbujanje »tekmovalnosti« med javnim in zasebnim sektorjem.

Oblike javno-zasebnega partnerstva ločimo glede na razlike pri lastništvu, upravljanju, financiranju, tveganju in trajanju. Možne oblike vključevanja zasebnega sektorja delimo v dve skupini (7):

- v prvo skupino uvrščamo pogodbe za opravljanje storitev, pogodbe za vodenje in upravljanje, pogodbe o najemu in klasične koncesijske pogodbe. Pri teh oblikah lastništvo nad objektom (infrastrukturo) ostaja v rokah javnega sektorja (države);
- druga skupina vključuje BOT (Build-Operate-Transfer) obliko projektnega financiranja z izvedenkami in privatizacijo javnega podjetja. Zanju je značilno, da se lastništvo nad objektom začasno ali pa trajno prenese na zasebni sektor.

Slika 1. Oblike javno-zasebnih partnerstev.

Razlika med koncesijskim in javno-naročniškim razmerjem je v tem, da pri koncesijskem razmerju koncesionar prevzame celotno tveganje za opravljanje dejavnosti. Njegovo plačilo je vezano na njegovo delo oziroma njegove storitve. Pri javno-naročniškem razmerju pa javni partner (javni zavod) nosi celotno tveganje, saj je prepustil zasebniku le opravljanje storitev.

V javnosti se večkrat pojavlja vprašanje o prednostih in slabostih ter možnostih sodelovanja med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Sledi kratek pregled le-teh. Pri opravljanju zdravstvenih storitev v javnem zavodu so slabosti povečevanje potreb zaradi staranja prebivalstva, nenehno rast stroškov zaradi večjih potreb in boljših možnosti zdravljenja prebivalstva, večja pričakovanja

prebivalcev, solidarnostno pokrivanje stroškov in zakonito enakost pravic vseh ljudi do zdravstvenih storitev, hitro rastoče stroške medicinskih storitev in zdravil, omejitve pri virih financiranja, slabo prilagodljivost javnih zdravstvenih storitev, birokratsko neučinkovitost, slabe informacijske sisteme, centralizacijo dejavnosti, slabe sistemske predpostavke in napačni izhodiščni pogled na reforme, kaotičnost sistema pozicioniranja, zastarelo organizacijo, neracionalno izrabo materialnih virov, neučinkovito vodenje investicij, pomanjkanje sredstev za investicije in investicijsko vzdrževanje, nestimulativen sistem plačevanja zaposlenih, togost pri uporabi človeških virov, za učinkovito vodenje nestimulirani menedžment, ni nobenih prioritet razvojnih sprememb, slaba dostopnost do zdravstvenih storitev – čakalne vrste, ogromno administracije v javnih zavodih, slaba komunikacija med zdravstvenim osebjem v osnovnem zdravstvu in specialisti, ki delajo na sekundarni ravni. Prednosti in izzivi so: enostavno financiranje, lažji finančni nadzor, izboljšanje osnovne zdravstvene dejavnosti, krepitev zdravja ter preventiva, organizacije zdravstvene dejavnosti po potrebah ljudi in materialnih možnostih, strokovni nadzori, umestitev zdravstvenih centrov, decentralizirana organizacija, sprememba finančnih zavarovalnih shem z večjo odgovornostjo, združevanje obveznega in prostovoljnega zavarovanja, koncesionarstvo in javno-zasebno partnerstvo. Predlagamo povečanje prispevne stopnje na prihodkovni strani ali zmanjšanje stroškov z odpravo anomalij.

Predloga za mešani sistem pa sta: izobraževanje zdravstvenih menedžerjev in uvedba standardov. Pri mešanem sistemu sta problema nezagotovljanje celovite zdravstvene varnosti prebivalstva ter ostajanje velikega števila odvečnega kadra v javnih zavodih. Izziv za državo bi bil poostren nadzor nad poslovanjem koncesionarjev. Prednost je v tem, da se v celoti ne financirajo iz proračuna države ali lokalne skupnosti, ohranjajo status javnega podjetja, prinašajo ustrežnejšo organizacijo zdravstvene službe, lahko se izkoriščajo podjetniške priložnosti, razširi se javna zdravstvena mreža, skrajšajo se čakalne dobe (posamezne specialnosti), poveča se konkurenčnost in z njo tudi kakovost, poslovanje je z enakimi sredstvi veliko bolj ekonomično in v večje zadovoljstvo bolnikov.

Pri zasebnih izvajalcih zdravstvenih storitev so naslednji problemi: večje tveganje, prenos dražjih preiskav na javni sektor, majhen nabor storitev, ni nujne medicinske pomoči, nadomeščanje odsotnosti zaradi bolezni, dopustov, izobraževanj, majhne možnosti za strokovno izobraževanje, poveča se družbeno razslojevanje, povečanje različnih vrst dodatnih stroškov, daljše koncesijsko razmerje omogoči posameznim koncesionarjem, da si iz javnih sredstev zgradijo dragoceno infrastrukturo, s katero na javnih natečajih pravzaprav nimajo konkurence, vstopanje zasebnih ali prostovoljnih organizacij v koncesijsko razmerje z državo pogosto privede do izgube legitimnosti teh organizacij. Izzivi so naslednji: uvedba podjetniških inovacij, skrbnejša gospodarnost s sredstvi in opremo, večja kakovost zdravstvenih storitev, racionalizacija poslovanja. Prednosti zasebnih izvajalcev vidim predvsem v večji finančni samostojnosti, povečanju števila izvajalcev zdravstvenih storitev,

preglednejšem poslovanju, vplivu na stroške dela, racionalnejši izrabi materialnih virov, fleksibilnem zagotavljanju človeških virov, optimalnem upravljanju poslovanja, večji dostopnosti do zdravstvenih storitev. Cilji zasebnega dela v zdravstvu so: manjši monopol javnih zdravstvenih ustanov, večja možnost izbire in dostopnosti, ohranitev preskrbljenosti prebivalcev in dosežkov zdravstvenega sistema, spodbujanje tekmovalnosti med javnim in zasebnim. Najpogostejši očitki zasebnim zdravnikom v praksi so, da varčujejo pri laboratorijski diagnostiki, da ne prispevajo k posodobitvi laboratorijske opreme javnih zavodov, da ne skrbijo za svoje bolnike, da po 14. uri prepuščajo bolnike javnim zavodom, da ne sodelujejo v dežurni službi, da zagotavljanje dežurne službe bremeni samo javne zavode, da ne opravljajo preventive, da so profitno naravnani, da povzročajo viške kadra, da ogrožajo obstoj javnih zavodov.

Kot vsaka stvar tudi javno-zasebno partnerstvo prinaša določene prednosti in slabosti. Večino teh pri nas poznamo predvsem iz tuje prakse (Velika Britanija) ter iz razpoložljive literature. Opazovanje in nenehno iskanje prednosti in slabosti javno-zasebnega partnerstva je bistvenega pomena, saj so to ključna izhodišča za nadaljnje oblikovanje in opravljanje javno-zasebnega partnerstva.

Prednosti javno-zasebnega partnerstva so (8):

- proračunska nevtralnost oziroma razbremenitev javnih financ;
- premestitev javnih sredstev v druge vire;
- prenos finančnih in poslovnih tveganj na zasebni sektor;
- izkoriščanje znanja in izkušenj zasebnega partnerja;
- odgovornost za opravljanje javno-zasebnega partnerstva nosi tudi zasebni partner;
- nadomestitev odsotnosti ekonomičnosti upravljanja v javnem sektorju;
- cenejše in učinkovitejše opravljanje dejavnosti v javnem sektorju;
- večja preglednost razporeditve stroškov;
- skrbnejši nadzor;
- partnerstvo in liberalizacija opravljanja javnih služb;
- optimiziranje izpolnjevanja javnih nalog;
- doseganje optimalnega razmerja med stroški in učniki;
- večja neodvisnost od sprejetih proračunov;
- premostitev omejenosti proračunov;
- možnost sodelovanja različno usposobljenih kadrov;
- povečanje ponudbe storitev;
- optimizacija poslovanja;
- lažja prilagoditev potrebam uporabnikov;
- povečanje konkurenčnosti brez dodatnih investicij;
- zmanjševanje brezposelnosti zaradi širitve dejavnosti;
- menjava in uporaba pridobljenega znanja za nove sodelavce;
- nadomestitev odsotnosti ekonomskih strategij v javnem sektorju;

- podpiranje strukturnih sprememb in ustvarjanje novih poslovnih priložnosti za zasebni sektor.

Ena od bistvenih prednosti javno-zasebnega partnerstva je razbremenitev javnih financ oziroma proračunska nevtralnost. S pomočjo vlaganja zasebnega kapitala, znanja in drugih virov se poveča vrednost javnih sredstev. Običajno je zunanji partner – koncesionar, ki sodeluje pri takšnih projektih, visoko izobražen, ima zadostno količino finančnih sredstev, znanje in tudi cilj, ki je povrnitev vloženih sredstev in ustvarjanje dobička, zmanjšanje tveganja projektov na različnih področjih.

Po razmisleku o prednostih, ki jih prinaša javno-zasebno partnerstvo, človek pomisli tudi na dejstvo, da se bodo lahko javni zdravstveni zavodi lažje in resneje ukvarjali z osnovno dejavnostjo in manj z drugimi, saj se bo s tem ukvarjal partner, ki je za to tudi strokovno usposobljen in ima vse potrebno znanje.

Slabosti javno-zasebnega partnerstva so (9):

- obstoj političnih in drugih tveganj za zasebni kapital;
- odpor javnosti proti zasebnemu kapitalu;
- strah pred izgubo javnega vpliva pri opravljanju javnih nalog;
- nevarnost izgube statusa glavnega gospodarja posla;
- nevarnost plačilne nesposobnosti zasebnega upravljavca;
- racionalizacija zaposlenih v javnem sektorju;
- zadolževanje zasebnikov (je v večini primerov dražje, kot če bi se za enake zneske zadolževala država);
- povečane zahteve po kontrolnih mehanizmi;
- razvoj odvisnosti;
- nevarnost nesolventnosti zasebnega upravljavca;
- racionalizacija zaposlenih (njihova prerazporeditev v zasebni sektor);
- nejasna delitev odgovornosti;
- prevelitev večine stroškov zasebnega partnerja na javnega (za pridobivanje dobička);
- možnost izgube nadzora nad izvajanjem javnih nalog;
- dražje storitve (povečanje obratovalnih stroškov je lahko posledica vzdrževanja povečanega obsega delovnih površin v primerjavi z obstoječimi – stroški porabe energije, čiščenja, torej stroškov nemedicinske dejavnosti);
- pristranskost pri izbiri zasebnega partnerja;
- prenos bremen na prihodnje proračune;
- povečanje cen storitev javne službe;
- možnost nepravilnosti pri javnih razpisih;
- recesija;
- problem nezaključenih projektov;
- strateški cilji niso natančno postavljeni;

- pomanjkanje razpoložljivih sredstev za izvedbo javno-zasebnega partnerstva.

Poznamo še tveganje, povezano s splošno ekonomsko situacijo v državi in v mednarodnem okolju, tveganje spremembe zakonodaje, valutna tveganja, tveganja, povezana z nepredvidljivimi zunanjimi okoliščinami, ter tveganja višje sile.

Iz zapisanega je mogoče razbrati, da so na eni strani prednosti in na drugi slabosti zasebnikov, ki se medsebojno uravnotežijo s slabostmi in prednostmi izvajalcev javnih zdravstvenih storitev, ter oblikujejo seznam dejavnosti, ki so na eni strani primernejše za izvajanje v zasebnem sektorju, na drugi strani pa v javnem sektorju. Zakon o zdravstveni dejavnosti sam po sebi določa dejavnosti, ki jih je potrebno opravljati v javnem sektorju (preprečevanje nalezljivih bolezni, program javnega zdravja, nudenje nujne medicinske pomoči, preskrba s krvjo, opravljanje transplantacijske dejavnosti ...).

Sam postopek izvedbe javno zasebnega partnerstva poteka po fazah. Prične se pri predhodnem postopku, nadaljuje se z aktom o javno-zasebnem partnerstvu, sledi javni razpis, na podlagi javnega razpisa se izbere izvajalec javno-zasebnega partnerstva, sledi podelitev in izvrševanje javno-zasebnega partnerstva, določi se trajanje razmerja, čemur sledi opravljanje javno-zasebnega partnerstva. Pred pričetkom izvedbe predhodnega postopka je potrebna identifikacija projekta, ki je primeren za izvedbo javno-zasebnega partnerstva. Samo identifikacijo lahko poda zasebnik (zasebni partner) ali javni partner. Če izrazi interes zasebnik, mora skladno z zakonom oddati vlogo promotorja, s katero izkaže interes za sodelovanje. V vlogi predlaga tudi način partnerstva. Na drugi strani pa Zakon o javno-zasebnem partnerstvu določa, da mora javni partner letno podati javno objavo za zbiranje vlog za izvajanje javno-zasebnega partnerstva – če je to v njegovem interesu.

Pri opravljanju javno-zasebnega partnerstva je potrebno poleg Zakona o javno-zasebnem partnerstvu upoštevati tudi nekatere druge zakone, ki vplivajo na izvedbo partnerstva. Ti zakoni so: Zakon o javnih financah, Zakon o zavodih, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, predlog Zakona o koncesijah za izvajanje javne službe v zdravstveni in lekarniški dejavnosti ter o svobodnih zdravnikih ter Zakon o zdravstveni dejavnosti in nov Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti.

Javno zdravstveno mrežo sestavljajo javni zavodi in koncesionarji. Zdravniško službo opravljajo pod enakimi pogoji. Obseg dejavnosti določa odločba o podelitvi koncesije ali koncesijska pogodba ali pogodba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pri zdravnikih v javnih zavodih in koncesionarijih so bolniki upravičeni do vseh pregledov in storitev brez neposrednega doplačila v okviru Pravil ZZS in urejenega obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (6).

Iz Slike 2 je razvidno naraščanje števila sklenjenih pogodb, ki so bile sklenjene med javnimi zavodi in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije na eni strani ter na drugi strani z zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev ter Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije vse od leta 1995 do 2010. Razviden je velik

porast sklenjenih pogodb z zasebnimi izvajalci v primerjavi s pogodbami, ki so jih sklenili javni zdravstveni zavodi.

Slika 2. Število sklenjenih pogodb z javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev z ZZZS v Sloveniji med letoma 1995 in 2010 (10).

Iz Slike 3 je mogoče razbrati število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo v letu 2010 po posameznih področjih po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije. Razvidno je, da je bilo med splošnimi zdravniki 927 zdravnikov zaposlenih v javni zdravstveni mreži, 353 jih je bilo zasebnikov. Med zobozdravniki jih je bilo 507 zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu, 591 jih je svoje delo opravljalo preko koncesije, 1.232 je bilo specialistov v ambulantni dejavnosti, zaposlenih v javnih zavodih, 296 koncesionarjev. Med zdravniki ginekologiji je delo v javni zdravstveni mreži opravljalo 98 zdravnikov, 39 pa kot koncesionarji.

Slika 3. Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zasebnikov s koncesijo v letu 2010 (10).

4 Javno-zasebno partnerstvo v Evropski skupnosti

Skrb za dolgoročno vzdržno rast ekonomije Evropske skupnosti je cilj Evropske pobude za rast, s čimer se uresničujejo cilji Lizbonske strategije. V njej Evropska komisija predlaga vključitev zasebnega kapitala v financiranje izbranih projektov. Skupna strategija evropskih držav ima za cilj zdrave finance, ekonomske reforme in zagotavljanje visoke stopnje zaposlenosti ter delovanje trga kapitala, proizvodnje in dela. Vključitev zasebnega sektorja v financiranje izbranih projektov je neposredno povezano s pričakovanjem, da bo projekt dosegal načrtovane prihodke ob sprejemljivem tveganju in njegovi porazdelitvi. Zasebni in javni sektor morata biti pripravljena prevzeti tveganja, ki jih najbolj obvladata.

Velika Britanija je bila v Evropi vodilna pri obsežnem uvajanju javno-zasebnega partnerstva. V državah Evropske skupnosti večinoma najdemo zasebno opravljanje in javno financiranje storitev. Najmočnejši motivi so makroekonomski ali proračunski, ki se kažejo v pomanjkanju sredstev za javne investicije. V Veliki Britaniji so bili za izboljšanje učinkovitosti opravljanja javnih storitev preko večje inovativnosti in učinkovitosti vodenja pomembni mikroekonomski motivi. Določene so bile tri glavne skupine javno-zasebnega partnerstva: sprememba lastništva, opravljanje storitev (vključno z infrastrukturo) za javni sektor, prodaja storitev javnega sektorja drugim.

Partnerstvo je zagotovo razvitejše v starejših državah članicah (Nemčija, Francija), pri katerih se je vloga javnega sektorja začela preoblikovati prej in bolj korenito. Velika Britanija vključuje zasebni sektor le v gradnjo in upravljanje bolnišnic, Portugalska pa ga skuša vključevati tudi v zagotavljanje kliničnih storitev. V novejših državah članicah so ovira pri izvajanju javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu predvsem pomanjkanje specifičnega znanja, ustrezne zakonodaje in neprimerna kakovost inštitucij. Zagotovo je cilj Evropske skupnosti ekonomsko dolgoročno vzdržna rast držav članic, ta pa se bo povečevala s pomočjo vlaganja zasebnega kapitala v financiranje projektov.

V državah članicah Evropske skupnosti je viden velik porast sodelovanja javnega in zasebnega sektorja na področju zdravstva, kar je posledica naporov za izboljšanje kakovosti učinkovitosti zdravstvenega sistema ter na drugi strani želje po večjih finančnih sredstvih za izvajanje javnega zdravstva.

Države članice Evropske skupnosti izvajajo javno-zasebno partnerstvo tudi na drugih področjih (ne samo v zdravstvu). Naj navedena le nekaj največjih projektov:

- predor pod Rokavskim prelivom (La Manche) med Veliko Britanijo in Francijo,
- most nad reko Tajo na Portugalskem,
- letališče Šparta v Grčiji,
- mestna železnica v Manchestru v Veliki Britaniji,
- podzemna železnica v Londonu, v Veliki Britaniji,
- avtocesta Torino – Milano, v Italiji.

Pravo Evropske skupnosti ne pozna vnaprejšnje formalne opredelitve javne službe, pač pa šteje za javno službo vsako dejavnost, pri kateri ima izvajalec posebne obveznosti, ki jih na podlagi tržnih pogojev in zahtev ne bi opravljal. Danes se javno-zasebno partnerstvo uporablja v vseh državah Evropske skupnosti. Številne razloge za povečan interes za javno-zasebno partnerstvo po Zeleni knjigi o javno-zasebnem partnerstvu lahko pripišemo vsaj trem glavnim vzvodom:

- premoženje javnega sektorja je izkoriščeno z večjo dodano vrednostjo;
- javni sektor razpolaga s številnimi javnimi viri in tudi javnimi dobrinami, ki so uporabljeni za zelo ozke specifične namene javnega sektorja, mnoge med njimi je mogoče uporabiti tudi za druge namene, dodatno investiranje kapitala v nove infrastrukture; kot so energetske, vodne, telekomunikacijske ali transportne storitve, ki prinašajo koristi tako gospodarskim subjektom kot tudi navadnim državljanom v vsakdanjem življenju, večjo učinkovitost uporabe storitev javnega sektorja;
- tuje izkušnje kažejo, da vključitev zasebnega kapitala v storitve javnega sektorja prinašajo pozitivne sinergijske učinke z večjo stroškovno učinkovitostjo in višjo kakovostjo ponujenih storitev.

Leta 2004 je Evropska komisija¹ z Zeleno knjigo² o javno-zasebnem partnerstvu pričela z urejanjem področja javno-zasebnega partnerstva. Prioriteta javno-zasebnega partnerstva je zagotovo vzpostavitev mehanizmov, ki bodo ščitili javni interes. Evropska komisija je 3. maja 2005 izdala Delovno gradivo poročila o javni obravnavi Zelene knjige o javno-zasebnem partnerstvu, 15. novembra 2005 pa Sporočilo komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, ekonomsko-socialnemu svetu in komiteju regij o javno-zasebnem partnerstvu. Kljub temu ta institut v tem trenutku nima povsem jasne pravne podlage v evropskem pravu, kar ne pomeni, da bi bil prepovedan. Poleg tega so v evropskem pravu (sekundarni zakonodaji) nekatere pojave oblike javno-zasebnega partnerstva posebej ločeno urejene (javna naročila, koncesije gradenj).

V praksi se kot eno najtežjih zastavlja vprašanje razmejitve med obema oblikama pogodbenega partnerstva. Razmejitev med javno-naročniškim in koncesijskim partnerstvom izhaja iz pravil evropskega prava, zlasti stališč Sodišča Evropskih skupnosti, ki predstavljajo tudi enega najpomembnejših virov urejanja javno-zasebnega partnerstva.

V državah zahodne Evrope, kjer je osnovno zdravstvo skoraj v celoti zasebno, imajo zelo ugodno zdravstveno stanje prebivalstva in ne razmišljajo o spremembi sistema. Po njihovem vzoru je podoben sistem uvedla večina držav v Evropi. Pri nas so najpogostejše omenjene prednosti: socialna pravičnost in dostopnost do

¹ Ang.: Commission of the European Communities.

² Zelena Knjiga (Green Paper) – Evropska komisija izda zeleno knjigo o neki aktualni temi z namenom, da sproži razpravo v državah članicah.

zdravstvenih storitev sta se na deficitarnih področjih s podelitvami koncesij celo povečali, zadovoljstvo bolnikov pri zasebnih izvajalcih je večje, raven storitev se je po mnenju zavarovancev izboljšala, večja je izkoriščenost zmogljivosti, boljša sta preglednost in nadzor porabe sredstev, interes za strokovno izobraževanje se pri koncesijah ni zmanjšal.

6 Analiza anketnega vprašalnika

Načini za pridobivanje tržnih informacij so različni, najbolj značilna pa sta anketa in intervju. Med bistvene prednosti imenovanih orodij štejemo zanesljivost dobljenih podatkov. Ločimo sicer štiri metode zbiranja podatkov s pomočjo ankete – osebno anketiranje, anketiranje po pošti, elektronsko in telefonsko anketiranje. V tem primeru smo se odločil za tretjo možnost, saj je elektronsko anketiranje najbolj prožna metoda v današnjem času in po stopnji odziva tudi najučinkovitejša.

S spletno anketo smo želeli ugotoviti, kakšno je mnenje izvajalcev zdravstvenih storitev – zdravnikov o opravljanju javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu.

Izbira anketiranih je bila povsem naključna, saj smo elektronske naslove našli na svetovnem spletu in jih nato izbrali med procesom vzorčenja. Anketa je potekala preko spletnega vmesnika in je bila anonimna. Elektronski naslovi so bili izbrani ročno in brez programov za zajemanje elektronskih naslovov, shranjeni pa so na lokalnem računalniku zgolj za potrebe te ankete in niso bili vpisani v kakršno koli bazo podatkov. Vsi podatki so bili obravnavani v skladu z zahtevami o varovanju osebnih podatkov.

Anketa je bila 12. septembra 2009 poslana 500 naključno izbranim zdravnikom po vsej Sloveniji. Zadnji rok za izpolnjevanje ankete je bil 24. september 2009 (do 23.59 ure). V tem času je na anketo odgovorilo 89 anketirancev (N=89), kar je 17,4 % vseh naslovnikov anketnega vprašalnika. Nobena od prejetih anket ni bila neveljavna.

Po opravljeni analizi odgovorov iz anketnega vprašalnika ugotavljamo naslednje: slovenski zdravniki menijo, da je eden od razlogov za pomanjkanje denarja v slovenskem zdravstvenem sistemu neustrezna in neracionalna poraba sredstev, namenjenih zdravstvu. Drugi razlog, s katerim se strinja večina anketiranih, je, da v slovenskih zdravstvenih zavodih prevladujeta slaba organizacija in vodenje.

Velika večina anketirancev meni, da je razlog za zviševanje stroškov zagotovo dražje sodobno zdravljenje, ki je posledica novih tehnologij, neugodnih demografskih podatkov in večjih zahtev uporabnikov zdravstvenih storitev. Dandanes so uporabniki zdravstvenih storitev dobro poučeni o marsikaterem zdravstvenem stanju. Od zdravnika pogosto pričakujejo, da bo nemudoma opravil vse preiskave in jih napotil tudi na dodatne preiskave za (magnetno resonanco (MRI), CT, PET CT, ...), ki sodijo med dražje in za katere se izvajalci zdravstvenih storitev odločijo le takrat, ko je to res nujno potrebno. Dodatne »nadstandardne« preiskave

nekateri zdravniki opravijo vsem svojim bolnikom, pogosto kljub neupravičenosti uporabnikov zdravstvenih storitev do teh preiskav. Uporabniki zdravstvenih storitev so v takem primeru po nepotrebnem izpostavljeni rentgenskim žarkom (na primer: MR, CT, PET CT), poleg tega tako umetno podaljšujejo čakalno dobo za tovrstne preiskave. Posledica je visok strošek obravnave uporabnika zdravstvenih storitev. Če uporabnik zdravstvenih storitev ni napoten na dodatne preiskave, je v večini primerov izredno nezadovoljen s svojim zdravnikom.

Od anketiranih, ki so sami že zaprosili za koncesijo, je 38 % prepričanih, da bi lahko kot zasebniki lažje in najbolje nadzorovali stroške pri posameznih uporabnikih zdravstvenih storitev. 20 % anketiranih za koncesijo še ni zaprosilo, a o tem razmišljajo. Menijo, da bi sam postopek za podelitev koncesije trajal predolgo oziroma bi bila njihova zaposlitev v vlogi koncesionarja lahko bolj negotova, kot je zaposlitev v javnem zdravstvenem zavodu. Sklepamo, da ta skupina anketiranih dvomi o svojih sposobnostih (organizacijskih, strokovnih ...) in o tem, ali bi sploh bila zmožna delovati na nov način, sicer je za njih bolje, da so del javnega zdravstva. Velik del anketiranih ne razmišlja o zasebni praksi.

Zanimiva je ena od ugotovitev ankete, in sicer, da zasebna dejavnost kar v 85 % izboljša zdravstveno obravnavo uporabnikov zdravstvenih storitev, kar privede do večje stroškovne učinkovitosti. Tu gre za merilo boljšega, bolj nadzorovanega naročanja uporabnikov zdravstvenih storitev. S tem se lahko v čakalnicah odpravijo nepotrebne dolge vrste na pregled, za katere vemo, da obstajajo skoraj povsod v javnem zdravstvu. Dandanes se kljub naročanju bolnikov na določeni časovni presledek v slovenskih bolnišnicah in drugih zdravstvenih zavodih ni mogoče izogniti čakanju. Dober primer za navedeno so ambulate na Polikliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Iz tega razloga bi se (teoretično) 88 % anketirancev odločilo za prehod iz javnega v zasebno zdravstvo. Drugi razlog za prehod je, kot je bilo že omenjeno, boljši nadzor nad finančnimi sredstvi in samo upravljanje z njimi. Ta skupina anketiranih vidi poleg večje avtonomije, boljših medsebojnih odnosov tudi možnost vplivanja na nabavo medicinskega materiala, medicinskih pripomočkov (kakovost, količina ...). Prednost vidijo v možnosti dodatnega izobraževanja, ki je v javnem sektorju zaradi pomanjkanja finančnih sredstev dostikrat zapostavljeno. Z dodatnim izobraževanjem izvajalcev zdravstvenih storitev prispevamo k boljšemu sledenju napredka v stroki ter uvajanju novih tehnologij.

Ob vprašanju o opredelitvi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji anketirani menijo, da trenutno stanje ni dobro, vendar vidijo možnosti za izboljšave. Možnosti za izboljšave vidijo predvsem v:

- kontroliranem delovnem času, saj menijo, da obremenjenost zdravnikov ni enakomerna;
- oblikovanju smernic in priporočil za pripravo kliničnih poti;
- ugotavljanju priložnosti za izboljšanje varnosti;
- izdelavi kategorizacije zdravniških napak;

- izdelavi standardov za odpust bolnika;
- izboljšavi delovnih procesov;
- gospodarnejšem ravnanju z zdravstvenim materialom;
- vključevanju vseh zaposlenih v izvajanje ciljev in usmeritev javnih zdravstvenih zavodov;
- učinkovitejši uporabi potrošnega materiala (preprečevanje zlorabe modernih materialov, s tem da se jih dnevno zamenjuje z obstoječimi, kar pomeni nezadostno strokovno poznavanje materialov na eni strani, na drugi pa povečanje dobička podjetjem, ki se ukvarjajo s prodajo medicinskega materiala);
- zmanjšanju uporabe materialov za enkratno uporabo in nadomeščanju le-teh z materiali za večkratno uporabo.

Možnost izboljšave vidijo v uvedbi poostrelega nadzora nad opravljanjem specialne diagnostike, saj se dogaja, da se dragi pregledi in preiskave neracionalno podvajajo. To privede do povečanja stroškov opravljenih storitev za izvajalce zdravstvenih storitev ter izkoriščanje neupravičenega zdravstvenega staleža, kar obremenjuje plačnika zdravstvenih storitev (11).

Ob nedorečenem zdravstvenem sistemu se dostikrat zgodi, da v praksi bolnik sam »vodi« postopek zdravljenja. Kot primer lahko navedemo, da se veliko bolnikov odloči za preglede pri različnih specialistih za isto diagnozo, posledica tega so podvajanje preiskav in visoki stroški opravljenih zdravstvenih storitev na posameznega uporabnika.

V zadnjem času je mogoče opaziti velik porast odškodninskih in rentnih zahtevkov uporabnikov zdravstvenih storitev. Zagotovo bi se lahko temu z izboljšanjem znanja izvajalcev zdravstvenih storitev (s tega področja) lahko izognili.

Več kot polovica anketiranih meni, da bi za zasebno prakso najeli ali kupili prostore na zasebnem nepremičninskem trgu. Zanimiv je podatek, da bi se manj kot polovica anketiranih odločila za najem prostorov v sklopu obstoječih javnih zdravstvenih zavodov, kar pomeni, da želijo ostati v stiku z javnim zdravstvom in s tem izkoriščati vsestranske vire javnega zdravstva. V takih primerih bi operirali svoje bolnike v javnem zavodu, celotno predhospitalno diagnostiko pa bi opravili kot zasebniki. Tak način obravnave uporabnikov zdravstvenih storitev bi poenostavil postopek zdravljenja v večstransko korist (bolnika, zasebnika in plačnika zdravstvenih storitev). Polovica anketiranih meni, da bi bila najboljša možna oblika opravljanja zdravstvenih storitev naslednja: javni zdravstveni zavodi naj ostanejo v lasti države, zdravniki pa naj kot zasebniki najemajo prostore v njihovih zavodih. To stališče je namreč najbolj zanimivo za zdravnike specialiste – eksperte posameznih strok. Zanimiva je ocena anketiranih, da si ne želijo, da bi se javni zdravstveni zavodi v celoti ali deloma prodali najboljšemu ponudniku, kar kaže na to, da izvajalci zdravstvenih storitev niso samo mezdni delavci, ampak imajo tudi visoka etična merila.

Glavni razlogi, da bi se anketiranci odločili za zasebno oziroma javno-zasebno prakso so: samostojnost pri delu, racionalnejše razporejanje finančnih sredstev, večja

izkoriščenost znanja in tehnologije. Šele na zadnjem mestu je osebni zaslužek. To ponovno kaže na visoka moralna in etična merila izvajalcev zdravstvenih storitev. Kot je mogoče razbrati iz mnenj anketirancev, bi bila najboljša oblika izvajanja zdravstvenih storitev javno-zasebna oblika. Tovrstno opravljanje zdravstvenih storitev bi lahko uredili s primerno reorganizacijo zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji.

7 Zaključek

Zasebni in javni sistem zdravstvenega varstva se ne izključujeta, ampak sta dopolnjujoča se načina zagotavljanja zdravstvenega varstva. V državah z razvitim zdravstvenim sistemom (Italija, Belgija, Švica, Švedska, Nemčija ...) se uveljavljata oba modela. Obseg javnega in zasebnega zdravstva se med državami razlikuje. Razlikuje se glede na specifične dejavnosti in glede na to ali gre za osnovno ali za terciarno raven zdravstva v določeni državi. Izvajalci zdravstvenih storitev se zavedajo, da so v primeru čistega zasebnništva omejeni tako s številom uporabnikov kot tudi z obsegom razpoložljivih finančnih sredstev.

V primeru čistega zasebnništva izvajalec zdravstvenih storitev omejuje tako obseg diagnostičnih preiskav kot skrajšuje čas hospitalizacije. V takšnih primerih mora biti organizacija dela takšna, da se uporabnik zdravstvenih storitev, ki ne potrebuje več 24-urnega nadzora zdravnikov, čim prej prerazporedi v zunajbolnišnično negovalno enoto (negovalni hotel), ki je zunaj kompleksa, kjer poteka osnovna dejavnost. Tako se povečata pretok uporabnikov zdravstvenih storitev in tudi število obravnavanih primerov. Uporabniki zdravstvenih storitev so v zunajbolnišničnih negovalnih enotah prav tako deležni obiska in kontrol izvajalcev zdravstvenih storitev. V takšnem primeru bi se racionalizirali tako stroški izvajalca kot tudi plačnika zdravstvenih storitev. Trenutno pri nas takšnega sistema v praksi še ne poznamo.

Pri zasebnikih moramo upoštevati, da poznamo dve vrsti zasebnikov, in sicer zasebnike s koncesijo, ki so sestavni del javnega zdravstva, ter čiste zasebnike, ki jim morajo uporabniki neposredno plačevati opravljene storitve (ti ne sodijo v javno zdravstveno mrežo). S tem v čistem zasebništvu izvajalec zdravstvenih storitev natančno nadzira obseg stroškov. Ker je uporabnik zdravstvenih storitev finančno preobremenjen, zasebnik ne more opraviti drugih (lahko tudi pomembnih) diagnostičnih postopkov, ki so jih deležni uporabniki zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem sistemu.

Poslanstvo javnega in zasebnega zdravstva je enako – zdraviti državljane. Razlika se pojavi v načinu in obsegu opravljanja zdravstvenih storitev, v materialnih pogojih, načinu financiranja ter v lastništvu materialnih sredstev. Financiranje zasebnega sektorja je zanesljivo preglednejše.

Torej se lahko povzame, da je za najcelovitejšo obravnavo uporabnika zdravstvenih storitev javno-zasebna oblika opravljanja zdravstvene dejavnosti najugodnejša

tako po kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev kot tudi stroških za uporabnika in izvajalca zdravstvenih storitev. Prednost javno-zasebnega partnerstva je tudi v tem, da v pri dolgih čakalnih vrstah na določene posege le-te bolnik opravi drugje, kar pomeni, da ima možnost izbire. Tako uporabniki zdravstvenih storitev pridejo v najkrajšem možnem času do strokovne obravnave, pri tem pa imajo možnost svobodne izbire izvajalca in kraja, kjer bodo storitev opravili. S tem se zmanjšujejo tudi čakalne vrste na diagnostične postopke.

V primeru da bi zasebni izvajalci zdravstvenih storitev delovali v okviru javnih zavodov, čakalne dobe praktično ne bi bilo oziroma bi bila ta minimalna, uporabnik zdravstvenih storitev pa bi imel možnost celovite obravnave na enem mestu.

Temeljita in izčrpna analiza je pripeljala do ugotovitev, s katerimi lahko potrdimo oziroma zavržemo hipotezo, ki jo obravnava to delo.

Hipoteza 1: Javno-zasebna oblika opravljanja zdravstvene dejavnosti je najboljša tako z vidika sistema zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji kot tudi finančnega in organizacijskega vidika.

Po pregledu različne domače kot tudi tuje literature, različnih raziskav in izsledkov s področja javnega, javno-zasebnega in zasebnega opravljanja zdravstvenih storitev ter na podlagi analize anketnega vprašalnika lahko hipotezo 1 potrdimo.

Literatura

1. Trpin G. Javne službe in javni zavodi. In: Dnevi slovenskih pravnikov: od 14. do 16. oktobra v Portorožu. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 2004: 1376-1382.
2. OECD. Global trends in urban water supply and waste water financing and management: changing roles for the public and private sectors. Paris, 2000: 14.
3. Vaillancourt Rosenau P. Introduction: the strenghts and weaknesses of public-private policy partnerships. Am Behav Sci 1999; 43(1): 10-34.
4. Hodge G, Greve C. The challenge of public-private partnerships. Cheltenham: E. Elgar, 2005.
5. Williamson O. E. The economic institutions of capitalism. New York: The Free Press, 1985.
6. Setnikar-Cankar S. Ekonomika javnega sektorja in proračunsko financiranje. Ljubljana: Fakulteta za upravo, 2005: 2-6.
7. Mrak M, Gazvoda M, Mrak M. Projektno financiranje – alternativna oblika financiranja infrastrukturnih objektov. Ljubljana: Služba Vlade RS za lokalno samoupravno in regionalno politiko, 2005.
8. Groff Ferjančič M. Prednosti in slabosti sodelovanja javnega in zasebnega kapitala pri investicijah v javno infrastrukturo. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 2004.
9. Zdravniška zbornica Slovenije. Vaši zdravniki in zobozdravniki na poti do zdravja in zdravljenja pri nas. Pridobljeno s spletne strani 31. 5. 2011: <http://www.zzs-mcs.si/library/includes/file.asp?FileId=879>.

10. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poslovno poročilo za leto 2010. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011: 33, 143.
11. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poslovno poročilo za leto 2008. Pridobljeno s spletne strani 6. 6. 2009: [http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/\\$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS_12. 5. 2009.pdf](http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/c11ef7847b2e7379c125759f0043a56e/$FILE/Poslovno%20poročilo%20ZZZS_12.5.2009.pdf).