

Korupcija in (slovensko) zdravstvo



Boštjan
SLAK

Maja
LOKNAR

Aleš
BEHRAM

Bojan
DOBOVŠEK



Univerzitetna založba
Univerze v Mariboru



Univerza v Mariboru

Fakulteta za varnostne vede

Korupcija in (slovensko) zdravstvo

Avtorji

Boštjan Slak

Maja Loknar

Aleš Behram

Bojan Dobovšek

Januar 2023

Naslov <i>Title</i>	Korupcija in (slovensko) zdravstvo <i>Corruption and (Slovenian) healthcare</i>
Avtorji <i>Authors</i>	Boštjan Slak (Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede) Maja Loknar (Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede) Aleš Behram (INDAGO) Bojan Dobovšek (Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede)
Recenzija <i>Review</i>	Miro Haček (Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede) Simon Podnar (Univerzitetni klinični center Ljubljana) Erik Breclj (Onkološki inštitut Ljubljana)
Jezikovni pregled <i>Language editing</i>	Barbara Erjavec (Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede)
Tehnični urednik <i>Technical editor</i>	Jan Perša (Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba)
Oblikovanje ovitka <i>Cover designer</i>	Jan Perša (Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba)
Grafika na ovitku <i>Cover graphic</i>	Injekcija, avtor: Caniceus, Pixabay.com CC0, 2023
Grafične priloge <i>Graphic material</i>	Slak, Loknar, Behram, Dobovšek 2023
Založnik <i>Published by</i>	Univerza v Mariboru Univerzitetna založba Slomškov trg 15, 2000 Maribor, Slovenija https://press.um.si , zalozba@um.si
Izdajatelj <i>Issued by</i>	Univerza v Mariboru Fakulteta za varnostne vede Kotnikova ulica 8, 1000 Ljubljana, Slovenija https://www.fvv.um.si , fvv@um.si
Izdaja <i>Édition</i>	Prva izdaja
Vrsta publikacije <i>Publication type</i>	E-knjiga

Dostopno na <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/752>
Available at

Izdano Maribor, januar 2023
Published at



© **Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba**
/ University of Maribor, University Press

Besedilo / *Text* © Slak, Loknar, Behram, Dobovšek 2023

To delo je objavljeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva-Nekomercialno-Brez predelav 4.0 Mednarodna. / *This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 International License.*

Uporabnikom je dovoljeno reproduciranje brez predelave avtorskega dela, distribuiranje, dajanje v najem in priobčitev javnosti samega izvirnega avtorskega dela, in sicer pod pogojem, da navedejo avtorja in da ne gre za komercialno uporabo.

Vsa gradiva tretjih oseb v tej knjigi so objavljena pod licenco Creative Commons, razen če to ni navedeno drugače. Če želite ponovno uporabiti gradivo tretjih oseb, ki ni zajeto v licenci Creative Commons, boste morali pridobiti dovoljenje neposredno od imetnika avtorskih pravic.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:343.3.352(082)(0.034.2)

KORUPCIJA (in) slovensko zdravstvo [Elektronski vir] / avtorji Boštjan Slak ... [et al.]. - 1. izd. - Maribor : Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba, 2023

Način dostopa (URL) : <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/752>
ISBN 978-961-286-690-7
doi : 10.18690/um.fvv.1.2023
COBISS.SI-ID 139786499

ISBN 978-961-286-690-7 (pdf)
978-961-286-691-4 (mehka vezava)

DOI <https://doi.org/10.18690/um.fvv.1.2023>

Cena Brezplačni izvod
Price

Odgovorna oseba založnika prof. dr. Zdravko Kačič,
For publisher rektor Univerze v Mariboru

Citiranje Slak, B., Loknar, M., Behram, A., Dobovšek, B. (2023). *Korupcija*
Attribution in (slovensko) zdravstvo. Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba. doi: 10.18690/um.fvv.1.2023

ZAHVALA

Avtorji se globoko in iskreno zahvaljujemo recenzentom za kritičen in poglobljen pregled monografije. Dva recenzenta prihajata iz zdravniških vrst in smo zato ti dve recenziji v celoti vključili na konec monografije.

Globoka zahvala velja tudi g. Mirjanu Hrenu, ki nam je pomagal pri pridobivanju gradiva Komisije za preprečevanje korupcije, ter podal ideje in nasvete za raziskovanje. Zahvaljujemo vsem, ki so sodelovali v pilotskem projektu. Prav tako zahvala velja bibliotekarkama Fakultete za varnostne vede Univerze v Mariboru, ge. Barbari Erjavec in ge. Barbari Škabar Cerar, ki sta pomagali pri »sledenju« gradiva, ter tutorju Blažu Klančarju za pomoč pri iskanju gradiva.

Kazalo

UVODNE BESEDE	1
SPREMNA BESEDA	3
1 UVOD IN METODOLOŠKA POJASNILA	5
2 O KORUPCIJI IN OBLIKE KORUPCIJE V ZDRAVSTVU	11
2.1 Definiranje korupcije	11
2.2 Oblike korupcije v zdravstvu	16
2.2.1 Prevladujoče oblike korupcije in korupcijska tveganja v zdravstvu	21
2.2.1.1 Korupcijska tveganja pri sodelovanju s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov	21
2.2.1.2 Korupcijska tveganja in korupcija pri javnih naročilih	22
2.3 Posledice in škoda korupcije v zdravstvu	24
2.4 Pregledni model korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu.....	27
3 NAČINI OMEJEVANJA KORUPCIJSKIH TVEGANJ V ZDRAVSTVU	33
3.1 Ustrezna zakonodaja.....	36
3.2 Etični kodeksi, ki omejujejo korupcijska tveganja in korupcijo v zdravstvu	36
3.3 Oblikovanje ustreznega programa izobraževanja zdravstvenega in medicinskega osebja za prepoznavo in upravljanje tveganj koruptivnih ravnanj.....	37
3.4 Ureditev sistema za donacije, sponzorskih sredstev in drugih koristi od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov	38
3.5 Ustrezen sistem javnih naročil	40
4 OBLIKE KORUPCIJE IN KORUPCIJSKIH TVEGANJ V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU	43
4.1 Pregled literature o stanju in raziskovalnem vpogledu glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji.....	44
4.2 Pregled javnomnenjskih raziskav glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji	49
4.2.1.1 Javnomnenjska raziskava Stališča o korupciji in korupcija v zdravstvu v Sloveniji	50
4.2.1.2 Javnomnenjske raziskave Evrobarometra o korupciji v zdravstvu v Sloveniji	55
4.2.1.3 Javnomnenjske raziskave, ki jih izvaja Transparency International	61
4.3 Pregled poročil Vrhovnega državnega tožilstva in letnih poročil Policije glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji	63
4.4 Pregled poročil Računskega sodišča o stanju v slovenskem zdravstvu in posameznih revidirancih	65
4.5. Pregled dokumentacije parlamentarnih preiskovalnih komisij korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji.....	69
4.5.1.1 Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom.....	71

4.5.1.2	Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic	74
4.5.1.3	Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana	75
4.6	Pregled načelnih mnenj in ostalega gradiva Komisije za preprečevanje korupcije glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji	76
4.6.1	Analiza načelnih mnenj in ugotovitev o konkretnih primerih, ki jih izdaja Komisija za preprečevanje korupcije glede korupcije v zdravstvu v Sloveniji.....	77
4.6.2	Pregled ostalih dokumentov Komisije za preprečevanje korupcije glede korupcije v zdravstvu v Sloveniji	81
4.6.3	Sklepno	83
4.7	Ugotovitve pilotske raziskave glede korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji.....	84
4.7.2	Omejitve raziskave	86
4.7.3	Rezultati.....	86
4.7.3.1	Ocena intervjuvancev glede stanja zdravstva v Sloveniji.....	86
4.7.3.2	Splošna stališča intervjuvancev glede koruptivnih tveganj v zdravstvu.....	87
4.7.3.3	Splošna stališča intervjuvancev glede izvajanja strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov, dodatnih plačil in ugodnosti zdravnikom ter njihove druge dejavnosti	88
4.7.3.4	Osebna izpostavljenost in izkušnje intervjuvancev z izvajanjem strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov, dodatnimi plačili in ugodnostmi zdravnikov ter njihove druge dejavnosti.....	89
4.7.3.5	Predlogi intervjuvancev za omejevanje korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu	90
4.7.3.6	Dodatne ugotovitve, izhajajoče iz intervjujev	92
4.8	Sklepno	93
5	PREGLEDNI MODEL KORUPCIJE IN KORUPCIJSKIH TVEGANJ V ZDRAVSTVU – PRESOJA STANJA V SLOVENIJI	97
5.1	Metoda izdelave preglednega modela.....	97
5.2	Rezultati preglednega modela korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu	100
5.3	Izpostavljene oblike koruptivnih tveganj in korupcije v slovenskem okolju.....	101
6	OMEJEVANJE KORUPCIJE V SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU	103
6.1	Osnovno stanje – predispozicije za omejevanje korupcijskih tveganj in korupcije v slovenskem zdravstvu.....	103
6.1.1	Kodeksi etike v slovenskem zdravstvu	103
6.1.2	Zakonodajni okvirji.....	106
6.1.3	Ureditev na področju javnih naročil v zdravstvu.....	109
6.2	Predlogi za omejevanje korupcijskih tveganj in korupcije v slovenskem zdravstvu.....	110
6.2.1	Ureditev na področju javnih naročil v zdravstvu.....	110
6.2.2	Ureditev na področju sodelovanja s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov	111
6.2.3	Ureditev na področju omejevanja korupcijskih tveganj in korupcije v povezavi s čakalnimi vrstami	112
6.2.4	Ureditev na področju delovanja zdravnikov izven JMZE	114
7	SKLEPNO POGLAVJE	117
	LITERATURA	121

PRILOGE	133
Priloga A: Seznam pojavnih oblik korupcijskih tveganj in korupcije v poenostavljenem zapisu	135
Priloga B: Seznam načelnih mnenj in ugotovitev o konkretnih primerih na temo zdravstva, ki jih je izdala Komisija za preprečevanje korupcije	139
Priloga C: Vprašalnik, uporabljen za izvedbo intervjujev	145
RECENZIJ	151
S. Podnar: Recenzija knjige: »Korupcija in (slovensko) zdravstvo«	153
E. Breclj: Korupcija in (slovensko) zdravstvo: Recenzija	157

Seznam kratic

ADP	Arhiv družboslovnih podatkov
AJPES	Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve
CPI	Corruption Perception Index
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EHFCN	The European Healthcare Fraud & Corruption Network
EU	Evropska unija
JAZMP	Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke
JMZE	Javna matična zaposlitvena enota
KPK	Komisija za preprečevanje korupcije
KZ-1C	Zakon o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NVO	Nevladne organizacije
RSRS	Računsko sodišče Republike Slovenije
UKC	Univerzitetni klinični center
WHO	World Health Organization
ZDA	Združene države Amerike
ZDM	Zdravnik družinske medicine
ZIntPK-UPB2	Zakon o integriteti in preprečevanju korupcije (uradno prečiščeno besedilo)
ZLD-1	Zakon o lekarniški dejavnosti
ZMedPri	Zakon o medicinskih pripomočkih
ZZdr-2	Zakon o zdravilih
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Uvodne besede

ALEŠ BEHRAM

Zdravstvo v Sloveniji je obremenjeno s številnimi korupcijskimi škandali, ki razkrivajo vedno nove razsežnosti te problematike z resnimi posledicami za dostopnost, kakovost in ceno zdravstvenih storitev. Res je, da se udeleženci v zdravstvenem sistemu soočajo z okrepljenimi dejavniki tveganja korupcije, kot so visoke vrednosti izdatkov, velike asimetrije informacij, razdrobljenosti izvajalcev zdravstvenih storitev in preseženo povpraševanje, a vendar je tukaj prisoten tudi vpliv širšega družbenega okolja, v katerem se vse bolj razrašča kultura sprejemljivosti koruptivnih dejanj. Zatečeno stanje ni od včeraj. Pojavnost korupcije v zdravstvu ima dolgo brado in tudi, ko razmišljamo o tem, kaj narediti za izboljšavo stanja, si ne bo mogoče zamisliti hitrih rešitev s takojšnjim učinkom. Za začetek bi bilo dobro, če bi si priznali, da je korupcija v zdravstvu akutno bolezensko stanje z znaki kroničnega obolenja. S tem bi si postavili solidna izhodišča za ukrepanje, ki bi moralo biti po eni strani odločno in sistematično, po drugi strani pa tudi deležno podpore za konsistentno izvajanje skozi daljše časovno obdobje. Potrebna je sprememba kulture poslovnega obnašanja in to je mogoče doseči zgolj z mobilizacijo širokega kroga deležnikov, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenih storitev. Zavezanost vodstvene ravni je prvi pogoj za uspeh katerih koli ukrepov za učinkovito odvratanje od koruptivnih dejanj. Ko bomo ta konsenz zares dosegli, bomo lahko beležili pozitivne premike ne samo v zdravstvu, temveč tudi v drugih sferah družbenega življenja.

Spremna beseda

Pobudo za projekt FENIKS, znotraj katerega se je oblikovala in nastala publikacija, ki je pred vami, je podal Aleš Behram. Njegove poglede in razloge, kaj ga je k temu motiviralo, ste lahko prebrali na predhodnih straneh. Njegovo sporočilo je močno in zdelo se nam je pomembno, da se zapiše samostojno, četudi se z njim v popolnosti strinjamo tudi ostali avtorji in je na neki način tudi naše sporočilo. Avtorji publikacije prihajamo iz različnih okolij in z različnimi ozadji, toda vseeno nas veže motivacija in zanos, da spodbudimo razvoj omejevanja koruptivnega vedenja v slovenskem zdravstvu. Gotovo se zdi, da je naš pristop – tj. izdaja »zgolj« knjige na to temo – mogoče malo premalo (najbolj goreči kritiki bodo rekli, da je sam sebi namen in v korist doseganju naših točk v SICRIS), toda avtorji publikacije menimo, da ima izdelava vsaj ene referenčne točke s »*know-how*« glede oblik, stanja in načinov omejevanja koruptivnega vedenja v zdravstvu svoj doprinos. Naloga znanosti je, da kritično razglablja, analizira in odkriva, kaj deluje in kaj ne deluje, kakšen bo razvoj in dejansko pri njem sodeluje. Publikacija, ki je pred vami, je klasificirana kot znanstveno delo, ker se naslanja na številna znanstvena dela tujih in domačih avtorjev in ker s pomočjo znanstvene razprave naslavlja problematiko koruptivnega vedenja v zdravstvu. Vseeno pa sta uporabljena dokaj splošen jezik in poenostavljena struktura (npr. brez statističnih modelov ter kompleksnih zdravstvenih izrazov), saj smo želeli vsebino približati čim bližje čim širši množici bralstva, ne samo znanstveni in strokovni srenji. Torej, da res ne bi bila monografija sama sebi namen. Čas bo pokazal, kaj nam je uspelo. Zainteresiranemu bralstvu predajamo obsežen nabor

informacij, pregledov in akumuliranega znanja, ki naj služijo za argument za premike naprej in k zdravemu, proti korupciji inokuliranemu, zdravstvenemu sistemu Slovenije.

1 UVOD IN METODOLOŠKA POJASNILA

Zdravniški poklic je gotovo eden izmed bolj častnih, z altruizmom motiviranih in zato je kot posebnega statusa vreden tudi v očeh splošne javnosti. Posebni status si zdravniki pridobijo, ker je njihovo delo zahtevno in ker pri njem posegajo v telesno in duševno sfero posameznika, kar zahteva izrazito etično postopanje. Vloga etike v medicini je gotovo izjemno kompleksna, saj se pojavlja v številnih situacijah, kontekstih in vlogah. Etika je v medicini tako integralna kot anatomija človeka. Ali kot pravi svetovni priročnik za medicinsko etiko, zdravnik se srečuje z vprašanji o vrednotah in obveznostih tako pogosto, kot se srečuje s strokovnimi vprašanji znanstvene in tehnične narave (The World Medical Association, 2015). Od zdravnika, pa tudi njegove podporne ekipe, ki jo sestavljajo medicinske sestre, administrativno osebje in drugi, se pričakuje določena višja stopnja etike, moralne drža in integritete. Mogoče prav zato korupcijski škandali v zdravstvu tako močno odzvanjajo v javnosti, saj je razočaranje na neki način večje. Prav tako je oškodovanje družbe ali zgolj posameznika lahko precej večje kot v katerih drugih poklicih. In to zaradi dveh razlogov, prvi, ker so zdravstveni sistemi pogosto finančno kompleksni in tudi bogati in zato že majhen delež korupcije v njih pomeni precejšnje finančno oškodovanje države (o tem García, 2019; Hussmann, 2011). Ter drugi, zaradi neetičnosti – tudi mogoče s korupcijo spodbujeno – slabega zdravniškega dela lahko

posameznik izgubi življenje. Prav tako je zdravstveni sektor¹ še posebej ranljiv za koruptivna tveganja in korupcijo. Kot pišeta Savedoff in Hussmann (2006, str. 4), namreč noben drug sektor nima tako posebne mešanice negotovosti, asimetričnosti informacij in velikega števila razpršenih akterjev.

Razpršenost akterjev je gotovo razumljiva karakteristika, saj jo je spoznal vsakdo, ki je bil kadar koli deležen zdravstvene storitve. Sprejme nas ena oseba, pregleda druga, laboratorijske in specialistične preiskave naredi tretja. Cela storitev je plačana od akterjev zdravstvenega zavarovanja, ki ga financirajo naše davatve, ki jih upravljajo politični in državni upravljavci. Na tak način se zagotavljata celovitejša oskrba in zdravljenje, saj je (oziroma teoretično, naj bi bila) vsaka oseba, ki v procesu sodeluje zaradi ožje specializacije, strokovnjak na svojem področju. Seveda pa fragmentacija, ki se ob tem ustvarja, prinese svoj sklop težav (npr. kako varno deliti informacije o zdravljenju med vsemi akterji, vprašanje financiranja, manj izdelan odnos med pacientom in zdravnikom – kar sicer olajšuje objektivnost, toda študije ugotavljajo, da ima dobro izdelan odnos med zdravnikom in pacientom izrazite prednosti za zdravje pacienta ipd.) (Rourke, 2021). Koruptivna dejanja je v tako obsežnem naboru akterjev gotovo težje odkrivati kot v primerjavi z okoljem, kjer deluje manj osebja.

Na drugi strani si negotovost in asimetričnost zaslužita nekaj pojasnil. Negotovost je stalna karakteristika zdravstvenega sistema, saj posamezniki dejansko ne vedo, kdaj in kako bodo zboleli, ali bo zdravljenje učinkovito in do kakšne mere ipd. Vse to pa onemogoča sledljivost in terjanje odgovornosti. Podobno je z asimetričnostjo informacij, saj nobeden od številnih akterjev nima vseh podatkov, niti ne obstaja želja ali potreba, da bi jih posredovali/prejeli. Npr. farmacevtska podjetja gotovo ne bodo posredovala vseh informacij o svojih produktih, zavarovalnice ne bodo želele javno pokazati, koliko so financirale posamezne storitve ipd. Vse to spet onemogoča terjanje odgovornosti in transparentnost delovanja (Savedoff in Hussmann, 2006).

Zdravstveni sektor je sektor, v katerega se stekajo obsežne finance. Tesno je povezan tudi z industrijo farmacevtskih in medicinskih produktov, ki sta prav tako finančno obsežna (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013).

¹ Pod besedno zvezo *zdravstveni sektor* upoštevamo Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva (Prevolnik Rupel idr., 2014, str. 99), ki zdravstveni sektor (ang. *health sector*) definira kot »fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstvene storitve na javni ali zasebni račun, upravni organi države na področju zdravstva«. Zdravstveni sektor in zdravstvo imamo v tej monografiji za sinonima.

Zaradi naštetih lastnosti je posledično dovzetnost za korupcijo inherentna značilnost zdravstvenih sistemov in si korupcija ter koruptivna tveganja v zdravstvu brez dvoma zaslužijo pozornost.

Pregled in analize korupcijskih tveganj in korupcije v zdravstvu smo avtorji monografije naredili po klasičnem protokolu raziskovanja v znanosti. Prva faza je zajemala pregled literature in vseh ključnih virov, druga faza je bila izvedba intervjujev s ključnimi akterji, tretja faza pa je vključevala sintezo vseh zbranih podatkov in informacij. Pri pregledu literature in virov se nismo omejevali na posamezno geografsko območje, vseeno pa je pregled omejen na literaturo v slovenskem in angleškem jeziku. Navedbe citiranih virov smo ohranili v izvirnem jeziku vira. Če so bile uporabljene podatkovne baze, smo navedli spletno povezavo do spletne strani, kjer so baze, in ne neposredno do prenosa baze, saj se zaradi spremenljivosti spleta take povezave pogosto spreminjajo.

Kot bo pojasnjeno v nadaljevanju, obstajajo številne oblike korupcije v zdravstvu in Slovenija nanje ni imuna. Cilj raziskovalnega dela je bil tudi v monografiji nanizati vse vire, ki nam jih je uspelo najti glede pojavnih oblik korupcije v slovenskem zdravstvu. Torej konkretno raziskati, kako pogosta so korupcijska tveganja, kjer proizvajalci/zastopniki/dobavitelji medicinske opreme in farmacevtskih družb² pristopajo do slovenskih zdravnikov, kako pogosta so podkupovanja zdravnikov, kako velik problem so javna naročila ipd. V Sloveniji so pogoste tudi diskusije o korupcijskih tveganjih, ki izhajajo iz sočasnega delovanja (delne zaposlitve) zdravnikov v javnem in zasebnem sektorju (ordinacijah), in kjer se delo za zasebne poslovne subjekte pogosto opravlja v popoldanskih urah ali celo v času, ko naj bi bil (ali pa celo je) zdravnik prisoten v ordinaciji javnega zdravstva (Knavs, 2017). Torej delovanje zdravnikov, ki v popoldanskem času opravljajo še najpogosteje samoplačniško delo izven *javne matične zaposlitvene enote* [JMZE].³

² V nadaljevanju smo uporabili zapis *proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov*, saj menimo, da dovolj celovito zajame vse oblike lobiranja in subjekte, ki jim je v interesu skleniti poslovne dogovore s subjekti in akterji zdravstvenega sektorja. In čeprav obstajajo tveganja za korupcijo in korupcijska tveganja tudi znotraj razvoja, testiranja, certificiranja in pridobivanja dovoljenj za uporabo farmacevtskih produktov in medicinskih pripomočkov in naprav (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013), pa nas zanima korupcija predvsem v povezavi z zdravstvenim sektorjem, ki seveda lahko obstoji tudi v naštetih procesih (npr. kliničnih študijah).

³ Z besedno zvezo *javna matična zaposlitvena enota* označujemo vse tiste organizacije, agencije, institucije oziroma druge poslovne subjekte, ki so financirane iz državnega proračuna in v katerih je zdravnik ali drugo zdravstveno osebje primarno zaposleno za večino delovnega časa.

Monografija vsebuje sedem poglavij in nabor prilog. Vrsto podatkov smo želeli vključiti v čim bolj surovi obliki in s tem olajšati drugim raziskovalcem nove raziskovalne vpogleda. Na tak način zainteresiranim bralcem in ostalim omogočamo določeno sledljivost naših misli in pogledov, če ne drugega, argumente za kritiko ali nove diskusije. V še večjem obsegu so določeni podatki – z izjemo podatkov o intervjuvancih in intervjujih, ki so opisani v podpoglavju 4. 7 – na voljo pri avtorjih monografije. Monografija vsebuje pogosto zgolj izluščeno bistvo, saj smo želeli bralcu na čim manj straneh ponuditi, kar se da velik obseg informacij. Tema korupcije, ki je sama po sebi pogosto diskutirana in obsežno publicirana, je tako predstavljena v esencialnem osnovnem bitu. Poglavje korupcije v zdravstvu združuje pregled številnih del, tako v globalnem kot slovenskem merilu. Vključili smo tudi literaturo, ki opisuje korupcijo v zdravstvenih sistemih in okoljih, ki so neprimerljivi s slovenskim zdravstvenim sistemom. Ne glede, ali gre za sistem, ki je po kakovosti, načinu delovanja ali obsegu slabši od našega, menimo, da njihove izkušnje vseeno štejejo. Če ne drugega, vsaj za opozorilo, čemu ne stremeti. Z namenom preglednosti smo razvili model – kategorizacijo pojavnih oblik, ki povzema in v eni tabeli združuje bistvene pojavne oblike korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu. S takšnim modelom želimo olajšati prihodnjo kategorizacijo pojavnih oblik korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu.

V poglavju o korupcijskih tveganjih in korupciji v slovenskem zdravstvu smo zbrali številne različne vire. Vemo, da nam vseh ni uspelo najti, toda to je podvig, ki ga ne bomo zaključili, in bomo o tem pisali ter raziskovali še naprej. Ko je bil model kategorizacije pojavnih oblik korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu uporabljen za presejanje oblik korupcije in korupcijskih tveganj, ki se pojavljajo v Sloveniji, so se nakazale določene oblike kot bolj problematične od drugih. Toda to ne pomeni, da neidentificiranih ni – lahko se o njih samo manj ali sploh ne govori, piše ali drugače zaznava. Izziv, ki ostaja za nove raziskave, je torej preveriti to temno polje.

Nobeden od avtorjev monografije ni zdravnik oziroma zaposlen v zdravstvu. To je omejitev našega dela. Distanca od sistema omogoča objektivnost, toda onemogoča vpogled nekoga, ki je del sistema,⁴ in s tem priznavamo, da knjigi umanjka določen pogled. So pa bili s tem namenom narejeni tudi intervjuji z zdravniki, ki prinašajo posreden vpogled. Prav tako je tematika korupcije močno vezana na etiko v medicini

⁴ Zato tudi iskrena zahvala recenzentoma, ki pa sta zaposlena v zdravstvu in sta preverila naše delo.

in zdravstvu, ki pa bo mogoče za kakšnega bralca v tej monografiji premalo predstavljena. Ker je etika v medicini ter zdravstvu obsežno in pogosto diskutirana tema drugje, menimo, da bo zainteresirani bralec lahko pridobil dovoljšen vpogled tam. S tem ne želimo zmanjšati pomembnosti etike. Nasprotno, prisotnost visoke stopnje etike, integritete in morale prepoznavamo kot prvo izmed predispozicij za omejevanje korupcije. Brez teh predispozicij ne bo okolja, v katerem bi se lahko razvili in implementirali sicer številni in obsežni koraki ter nabor dejavnosti za omejevanja korupcije in korupcijskih tveganj. Delež njih je predstavljen tudi v tej monografiji. Skozi zgodovino so se oblikovali res številni ukrepi za omejevanje – preštevilni, da bi jih sicer v zasluženi pozornosti našli in opisali vse ali pa da bi napisali navodila za njihovo implementacijo. Ironično, kljub številčnosti ostajajo omejeni v svoji učinkovitosti. Korupcija v zdravstvenih sistemih in zdravstvu, kljub dolgi zgodovini opozarjanja nanjo in tudi spopadanja z njo, ostaja močan globalen problem (Timofeyev in Jakovljevic, 2022; Vian, 2007). Kar pa je sam po sebi indic o njeni moči. Četudi zgolj objavljanje o temi ne bo rešilo problema, ga bo, upamo, dovolj osvetlilo, da bodo koraki k rešitvi razumni, logični, empirično podprti in kar dobro zapiše Vian (2007), upoštevajoč (lokalni) kontekst. Ta monografija daje podlago takemu pristopu.

2 O KORUPCIJI IN OBLIKE KORUPCIJE V ZDRAVSTVU

2.1 Definiranje korupcije

Če se za kompleksnosti definiranja organizirane kriminalitete uporablja analogija slona, se za opredelitev korupcije uporablja analogija žirafe – vsi vemo, kaj je, ko jo vidimo, težko pa jo opišemo. Zato ni čudno, da se o definiciji korupcije krešejo mnenja in o njej tudi pogosto piše (Dimant in Tosato, 2018; Lambsdorff in Schulze, 2015; Rose-Ackerman in Palifka, 2016). Definijska kompleksnost korupcije se pokaže predvsem v dokaj obsežni raznolikost percepcije, kaj *točno korupcija je*, ki se odseva tudi v velikem številu definicij korupcije. Tako se kot nedvoumno koruptivno dejanje vidita dajanje in sprejemanje podkupnine, tj. finančne koristi v zameno za določene koristi tistega, ki podkupnino daje, in kjer so lahko podane finančne koristi zamaskirane v darila visoke vrednosti. Manj očitno – in s tem tudi manj pogosto obravnavane kot koruptivno vedenje – pa so prakse vzajemnega nagrajevanja, npr. zaposlitev na določeno delovno mesto in pričakovanje določenega vzajemnega vračanja uslug. Torej nagrajevanje z uslugami in položaji v poslovnih subjektih ali javnopravnih organih, kjer gre za neke vrste nematerialno nagrajevanje, ki pa v določeni fazi (oziroma s časom) prinese tudi materialno korist podkupljeni osebi. Torej koruptivno vedenje lahko vključuje pričakovanje o prihodnjih nagradah in koristih, katerih prejemnik ni samo ena oseba, ki bo nekaj naredila v zameno za

koristi, ampak je lahko tudi sorodnik ali prijatelj (torej gre za dejanje nepotizma in favoriziranja) (Lambsdorff, 2007). Manj pogosta pa je kombinacija korupcije z grožnjo, izvajanjem različnega pritiska na osebe (npr. izguba zaposlitve), kjer oseba opusti določeno ravnanja ali pa izvede določen akt, ker je v to prisiljena (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013). Ob tem se seveda poraja vprašanje, ali se to dejansko smatra kot korupcijo.

Za definiranje korupcije je pogosto uporabljena definicija organizacije Transparency International (2021), ki jo definira kot *zloraba zaupane moči za pridobitev zasebne koristi* (ang. *abuse of entrusted power for private gain*).⁵ Slovenska izpostava organizacije sicer prevaja (navaja) definicijo, ki pravi, da je korupcija *zloraba položaja za pridobitev zasebne koristi* (Transparency International Slovenija, 2021a). Definiciji sta podobni drugi izredno pogosto uporabljeni definiciji, in sicer, da je korupcija *zloraba položaja javnega uslužbenca za pridobitev zasebne koristi* (ang. *misuse of public power for private benefit*) (Lambsdorff, 2007, str. 16). Ključna razlika je torej v širini definicije, saj se v prvem primeru ne omejuje dejanja zgolj na zlorabe položaja v javnem sektorju, ampak tudi v zasebnem. Takemu pogledu sledi tudi pogled slovenskega zakonodajalca, kar je vidno iz ključnega zakona na področju korupcije v Sloveniji, in sicer Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (uradno prečiščeno besedilo) [ZIntPK-UPB2] (2011).

ZIntPK-UPB2 (2011) korupcijo definira kot *»vsaka/ o kršitev dolžnega ravnanja uradnih in odgovornih oseb v javnem ali zasebnem sektorju, kot tudi ravnanje oseb, ki so pobudniki kršitev ali oseb, ki se s kršitvijo lahko okoristijo, zaradi neposredno ali posredno obljubljenе, ponujene ali dane oziroma zahtevane, sprejete ali pričakovane koristi zase ali za drugega«*. Odločitev, da se zakonsko uporablja definicija, ki vključuje akterje iz zasebnega sektorja med možne akterje koruptivnega vedenja, ima signifikantne posledice, saj onemogoča izogibanje odgovornosti. O tem priča primer iz Nemčije, kjer se je zakonodajalec odločil, da bo modificiral kazensko zakonodajo, po tistem, ko je nemško vrhovno sodišče odločilo, da zdravnikov, ki so zaposleni v zasebnem sektorju, po takratni zakonodaji ne more kazensko preganjati za koruptivna dejanja. Zdravniki z zasebnimi praksami so se tako izognili kazenski odgovornosti in šele spremembe nemške kazenske zakonodaje v letu 2016 so to pomanjkljivost odpravile (Wannenwetsch, 2021). Ker številni viri, ki so uporabljeni za argumentacijo v tej monografiji ali pa iz njih črpamo podatke

⁵ Previde definicij, ki izvirno niso v slovenskem jeziku, smo prevedli avtorji monografije in se zato lahko razlikujejo od prevodov drugih oseb.

(npr. javnomnenjske raziskave), niso posebej izpostavili, katero definicijo korupcije so uporabili, ni možno ponuditi frekvenčno najpogostejše definicije, se pa kot najpogostejše uporabljena kaže definicija organizacije Transparency International. Slovensko verzijo (Transparency International Slovenija, 2021a) tudi mi prepoznavamo kot najustreznejšo.

Pri definiranju korupcije je treba upoštevati tudi obseg, subjekte (akterje) in njihovo pravno naravo. Znotraj obsega korupcije se pojavljata dve ključni pojavi obliki, t. i. drobna oziroma korupcija manjšega obsega (ang. *petty corruption*) in korupcija večjega obsega (ang. *grand corruption*), pri prvi gre za manjša plačevanja oziroma drugačno namenjanje koristi (predvsem javnim) uslužbencem, ki zasedajo delovna mesta nižje v organizacijski hierarhiji, medtem ko je pri drugi značilno podkupovanje oseb višje v hierarhični lestvici, pogosto z enkratno večjo koristjo (Lambsdorff, 2007). Pojavljajo se tudi situacije, ko večje število akterjev, ki izvajajo koruptivno vedenje, oškoduje (in škoduje) določenemu sistemu, procesu ali instituciji. V tem primeru govorimo o institucionalni (ang. *institutional corruption*) (Thompson, 1995) oziroma o sistemski, organizacijski korupciji, kot jo enači Komisija za preprečevanje korupcije (2011).

Thompson (1995), ki mu pripisujejo avtorstvo termina institucionalna korupcija (Amit idr., 2017), je pojem uporabil za opisovanje stanja etike in integritete v kongresu Združenih držav Amerike. Gre za obliko nagrajujočega vedenja, kjer izvoljeni posameznik politično deluje v smeri pridobivanja koristi zase in kjer korist ni nujno materialna in v tem pridobivanju osebne koristi deluje tudi za institucijo oziroma za druge. In čeprav tovrstnega vedenja ne moremo opisati kot popolnoma etičnega oziroma je lahko – ni pa nujno – škodljivo za demokratični proces, gre za ustaljen način delovanja v ameriškem političnem okolju, ki je na neki način od politikov pričakovan (npr. prejemanje financ za kampanje ni prepovedano, vendar če je posameznik izvoljen s pomočjo finančnega zaledja nekoga, ima lahko le-ta vpliv na delovanje izvoljenega politika – in s tem na demokratični proces. Toda vsako prejemanje financ ni škodljivo, saj so lahko izvoljeni politiki, ki bodo svojo moč uporabili pozitivno) (Thompson, 1995).

Lessig (2013, str. 553) je v svojem pogosto citiranem članku, ki je bil objavljen v *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, koncept institucionalne korupcije dodelal in razširil ter jo definiral kot manifestacijo sistemskih in strateških, zakonitih vplivov, ki so lahko tudi trenutno etično sprejemljivi, vendar spodkopavajo učinkovitost

institucije, saj jo lahko deloma ali celostno odvrtaajo od njenega namena ali oslabijo sposobnosti dosegati njen namen, kar povzroči zmanjšanje zaupanja javnosti v institucijo ali tudi zanesljivost institucije. Tudi Thompson (2018) je kasneje teorijo institucionalne korupcije še bolj dodelal in jo prepoznal kot uporabno za pojasnjevanje koruptivnega vedenja izven zgolj političnih institucij, pri čemer pa njegova premisa ostaja, tj. da institucionalna korupcija sočasno lahko koristi instituciji, kot jo tudi spodkopava.

Iz članka avtorjev Sommersguter-Reichmann, Wild, Stepan, Reichmann in Fried (2018) je vidno, da je definicija o institucionalni korupciji daleč od univerzalno sprejete. In na neki način tudi sami dodajajo paleti definicij, saj pojasnjujejo – definirajo institucionalno korupcijo kot neuspeh institucije, da bi usmerjala vedenje njenih posameznikov do doseganja primarnih namenov in ciljev institucije, saj se je institucionalno oblikoval sistem zasledovanja lastne koristi (Sommersguter-Reichmann idr., str. 289). Omenjena dela (Lessig, 2013; Sommersguter-Reichmann idr., 2018) nakazujejo, da je institucionalna korupcija prisotna v zdravstvu in da je klasična opredelitev korupcije preprosto preozka in ne pokaže dovolj dobro, kako množično so zdravstveni sistemi prepredeni s korupcijo in korupcijskimi tveganji (Fotaki, 2020).

Ob vsem tem se pojavi vprašanje, ali smemo enačiti institucionalno korupcijo in sistemsko korupcijo? Martinsson (2021) pravi, da je institucionalna korupcija ena izmed oblik sistemske korupcije. Pogledu je lahko slediti, saj »zgolj« ena nedelujoča institucija še ne pomeni popolnega razpada celotnega sistema *nečesa* – korupcija v parlamentu ne bo povzročila razpada demokratičnega sistema, kot ne bo korupcija v eni izmed bolnišnic povzročila razpada zdravstvenega sistema. Toda, po drugi strani pri institucionalni korupciji navsezadnje govorimo o vplivnejši korupciji, ki je rezultat sistematičnega kršenja oziroma vplivanja na prilagoditev etičnih in drugih pravil institucije (Lessig, 2013; Rodwin, 2013; Thompson, 2018). Za sistemsko korupcijo pa je značilno, da si vplivneži in odločevalci prilagodijo sistem oziroma kot eno izmed značilnosti sistemske, organizacijske oziroma institucionalne korupcije opisuje Komisija za preprečevanje korupcije (2011, str. 2): *»vsako doseganje ali ustvarjanje normativnih, institucionalnih, statusnih ali postopkovnih pogojev oziroma okoliščin zaradi omogočanja ali pridobivanja koristi uradnim in drugim fizičnim ali pravnim osebam v škodo javnih sredstev«*.⁶ Kar pa nas dejansko približa Thompsonovi (1995)

⁶ Drugi dve značilnosti pa sta (Komisija za preprečevanje korupcije, 2011, str. 2):

institucionalni korupciji in uporabi političnega kapitala, ki omogoča osebi ali več njim, da si postavijo delovno okolje, ki ni nujno moralno in etično sprejemljivo, s tem pa se odmaknejo od bistva institucije. Torej moramo prej zapisano vprašanje preoblikovati, s tem pa postane na neki način retorično: Ali je možen razvoj institucionalne korupcije brez sistemske korupcije? Ali je možno, da se v parlamentu ali eni izmed bolnišnic razvije institucionalna korupcija, ne da bi določene druge institucije, bodisi načrtno ali ne, opustile določeno ravnanje ali se ne odzvale. Iskanje odgovora na takšna vprašanja pade izven obsega te publikacije, je pa diskusija glede institucionalne korupcije pomembna za vpogled v korupcijo na področju zdravstva. Namreč, področje zdravstva je eno izmed področij, kjer so diskusije in raziskovanja institucionalne korupcije močno prisotne (Hussmann, 2011; Martinsson, 2021; Rodwin, 2013; Sommersguter-Reichmann idr., 2018), kar je razumljivo, saj je zdravstveni sistem pogosto en izmed večjih sektorjev posameznih držav in povezan z močnimi in vplivnimi industrijami (npr. farmacevtsko, zavarovalniško) in pogosto tudi s politično ureditvijo (navsezadnje je zdravstvo področje, ki ima skoraj v vseh državah sveta svoje področno ministrstvo).⁷ Na drugi strani pa García (2019), ki je v svojem življenju poleg raziskovanja in zaposlitve v zdravstvu opravljala tudi delo perujske ministrice za zdravje, v svojem pogosto citiranem in zelo preglednem delu o korupciji v zdravstvu zelo neposredno pove, da je korupcija v zdravstvu sistemske narave. Podobno je ugotovila tudi Evropska komisija v svojem poročilu iz leta 2013, kjer je sistemske korupcijo prepoznala v državah srednje in vzhodne Evrope (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013). Še več, v nekaterih primerih je mogoče govoriti tudi že o ujetosti države (ang. *State capture*) v povezavi s korupcijo v zdravstvu (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Hussmann, 2011; Savedoff in Hussmann, 2006).

Razlogi za razvoj in pojav korupcije so številni (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Vian, 2007); od slabih plač do neustrezne ureditve odnosa med posameznimi medicinskimi industrijami in izvajalci zdravstvenih storitev. Včasih je razlog razvoja korupcijskega tveganja in korupcije dovolj slabo postavljen sistem nadzora, javnih naročil ali zakonodajne luknje, ki se potem

-
- »vsaka druga oblika izkoriščanja normativnih, institucionalnih, statusnih ali postopkovnih pristojnosti, pomanjkljivosti, nekonistentnosti ali nenskklajenosti, vključno z neupoštevanjem ali neodzivanjem na uradne ugotovitve in pozive pristojnih nadzorstvenih organov in
 - vsako ponavljajoče ali trajajoče opuščanje uporabe nadzorstvenih in samoregulativnih postopkov ter ukrepov zaradi omogočanja ali pridobivanja koristi zase ali za druge osebe v škodo javnih sredstev ali javnega interesa.«

⁷ Za seznam ministrstev (in kot dokaz trditvi) glej seznam, ki ga je pripravila organizacija Geneva Foundation for Medical Education and Research (2021).

izkoriščajo. Lahko je posledica slabe zakonodaje na področju preprečevanja in pregona korupcije ter morebitnega slabega sistema pregona v praksi. Prav tako so lahko razlogi tudi v sami odsotnosti integritete in kulturnih značilnosti določene družbe (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Hussmann, 2011).

Vse omenjeno tako vpliva na raznolikost pojavnih oblik korupcijskih tveganj in korupcije v zdravstvu (Rodwin, 2012; Sommersguter-Reichmann in Stepan, 2017; Sommersguter-Reichmann idr., 2018).

2.2 Oblike korupcije v zdravstvu

Pri klasificiranju koruptivnega vedenja je smotrno upoštevati razdelitveno klasifikacijo med pojavnimi oblikami neustreznega vedenja v zdravstvu, ki jo je razvila mednarodna neprofitna organizacija The European Healthcare Fraud & Corruption Network [EHFCN], ki združuje zdravstvene organizacije in organizacije, katerih delo zajema preprečevanje goljufij (EHFCN, 2017).⁸ Njihova t. i. The EHFCN Waste Typology Matrix[©] prepoznava naslednje tipe neustreznega vedenja v zdravstvu (EHFCN, n. d. b):

- Napake (ang. *errors*): neupravičeno pridobivanje kakršne koli koristi z nenamernim kršenjem pravila ali smernice.
- Zlorabe (ang. *abuses*): neupravičeno pridobivanje kakršne koli koristi z zavestnim neustreznim tolmačenjem pravila ali smernice ali z izkoriščanjem odsotnosti pravila ali smernice.
- Goljufije (ang. *fraud*): nezakonito pridobivanje kakršne koli koristi z namerno kršitvijo pravila.
- Korupcija (ang. *corruption*): nezakonito pridobivanje kakršne koli korist, z zlorabo moči ali položaja s sodelovanjem tretjih oseb.

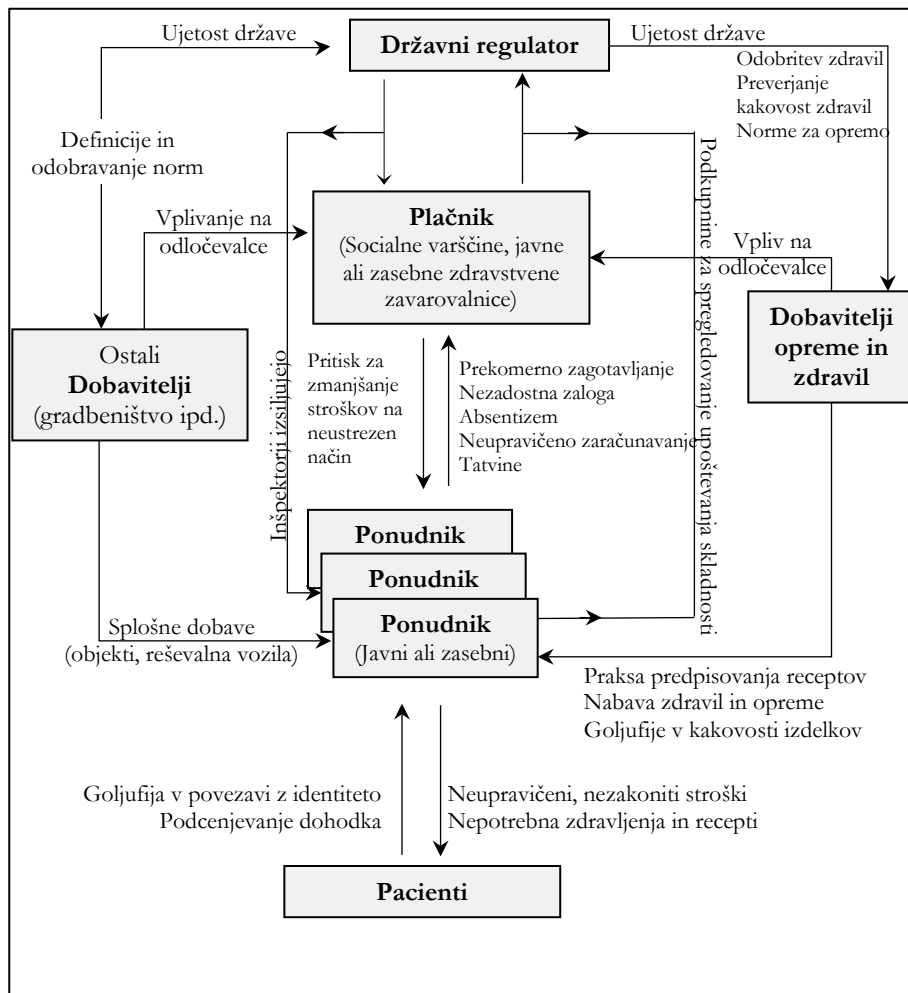
Motivacija za izdelavo omenjene matrike izhaja iz kaotičnega in neustreznega poimenovanja različnega neustreznega vedenja v zdravstvu, ki je posledica različnih faktorjev (EHFCN, n. d. b). Posamezne pojavnne oblike kriminalitete se lahko na neki način prelivajo iz ene v drugo (Goel, 2021) in glede na opis posamezne kategorije

⁸ Trenutno (na dan 19. 7. 2021) EHFCN združuje 23 članov iz 15 držav, Slovenijo zastopa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (EHFCN, n. d. a).

lahko vidimo, da gre za vedenja, ki so lahko na neki način sosledična, oziroma je lahko eno vedenje vzrok (ali omogočiten faktor) drugemu, npr. korupcija lahko omogoča prikrivanje goljufij oziroma kreacijo zdravstvenega sistema, ki goljufije olajšuje, prikriva ali celo premalo sankcionira (in s tem na neki način spodbuja), kar nas dejansko pripelje do pojma institucionalne korupcije (Sommersguter-Reichmann idr., 2018) in/ali ujetosti države.

K identifikaciji ključnih pojavnih oblik korupcije v zdravstvu je pomembno prispevala tudi Evropska komisija, ki je v letu 2013 v 20 članicah Evropske unije [EU] izvedla raziskavo na področju korupcije v zdravstvu. Poleg klasičnega pregleda virov in literature so intervjuvali ključne deležnike ter naredili analize primerov korupcije v zdravstvu. Skupno so analizirali 86 primerov korupcije v državah članicah EU. Ob koncu so prepoznali šest pojavnih oblik korupcije v zdravstvu, in sicer: I.) podkupovanje pri zagotavljanju zdravstvenih storitev; II.) korupcija v nabavnih postopkih; III.) neustrezni pristopi v trženju; IV.) zloraba (vodstvenih) položajev; V.) neustrezni zahtevki za izvedene storitve, ki jih izvajalci naslavljajo na plačnike; VI.) goljufije in poneverbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki imajo še določene podkategorije (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013).

Tako tipologija EHFCN (n. d. b) kot raziskovalno delo Evropske komisije (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013) ter dela raziskovalcev (npr. Chattopadhyay, 2013; Sommersguter-Reichmann idr., 2018; Vian, 2007) nakazujejo številne oblike in povezave med različnimi (ključnimi) akterji. Te številne oblike in relacije (slika 1) sta povzela Savedoff in Hussmann (2006), nadgradila pa Vian (2007). Gre za izpostavo petih ključnih akterjev.



Slika 1: Pet ključnih akterjev v zdravstvenih sistemih

(povzeto in prilagojeno po Savedoff in Hussmann, 2006, str. 7; Vian, 2007, str. 84)

Vseeno pa se zdi, da ima model na sliki 1 nekaj elementov, potrebnih dopolnitve oziroma pojasnitve. Dopolnitve izhajajo predvsem na račun dejstva, da obstajajo določene skupine podakterjev (npr. študenti medicine) in tudi nekatere relacije, s katerimi pacienti in zavarovalnice, kot pogosto pglavitni plačniki storitev, mogoče nimajo toliko stika. Tako imamo torej deset ključnih relacij:

1. Politični/državni odločevalci – odločevalci v zdravstvenem sistemu (npr. podkupnine pri gradnji novih bolnišnic, zdravstvenih domov, podajanju koncesij, postavljanje ključne zakonodaje) (Chattopadhyay, 2013; Hussmann, 2011). Tu veliko težavo predstavlja podkupovanje regulatorjev, ki zaradi podkupnin ne opravijo svojega dela in s tem povzročijo materialno škodo in povzročijo nevarnosti za ljudi (Savedoff in Hussmann, 2006). Hussmann (2011) v tem obziru piše, da lahko pride celo do ujetosti države, ki jo izvajajo izvajalci gradbeno-zdravstvenih projektov oziroma proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov.
2. Nadzorniki zdravstvenega sektorja (zdravniške zbornice, etična razsodišča) – subjekti nadzora (Savedoff in Hussmann, 2006).
3. Zdravstvene ustanove (bolnišnice, zdravstveni domovi, inštituti) – uporabniki njihovih storitev, njihovi delovni partnerji in subjekti, od katerih naročajo sredstva in opremo za delo (Ferenčina in Kozorog, 2009).
4. Medicinske in zdravstvene fakultete ter raziskovani inštituti – uporabniki njihovih storitev in delovni partnerji.
5. Plačniki zdravstvenih storitev (predvsem zavarovalnice) – prejemniki sredstev. Pojavne oblike koruptivnih tveganj in korupcije nihajo glede na zasnovo sistema v posamezni državi. Torej karakteristike, ali gre za javne, zasebne, koncesionirane akterje oziroma kombinacijo oblik (Savedoff in Hussmann, 2006).
6. Proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov – zdravniki (Ozaki idr., 2020; Wazana, 2000).
7. Proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov – študenti medicine (Austad idr., 2011; Filippiadou idr., 2017; Siddiqui idr., 2014).
8. Proizvajalci/distributerji zdravil – raziskovalna in/ali znanstvena srenja (Rodwin, 2012).
9. Zdravniki – pacienti (Lewis, 2002; Naher idr., 2020). Kjer je ključni problem (vprašanje), ali je pacientovo obdarovanje zdravnikov primerno, kako vredno in v kakšni obliki sme biti darilo in ali (ne)obdarovanje vpliva na zdravnikovo obravnavo pacienta. Tu enoznačnih odgovorov ni, močno pa so vezani na kulturne značilnosti prebivalstva države (Hussmann, 2011; Lewis, 2002).
10. Ostali uporabniki zdravstvenih storitev – zdravniki oziroma drugi akterji izdajanja dokumentacije. Besedo *pacient* bi lahko glede na prispevek Prevolnik Rupel idr. (2014) uporabili tudi za to kategorizacijo, saj je navsezadnje pacient izraz, ki se uporablja za uporabnika zdravstvene storitve, vendar gre v tem primeru vseeno za drugačno vrsto storitve, saj v ospredju ni zdravje

posameznika, ampak pridobitev določenih drugih socialnih varščin ali pravic, dovoljenj oziroma izpolnjevanje predpogojev (npr. za pridobitev vozniškega dovoljenja). Menimo, da je treba ločevati med pacienti, ki želijo (ali morajo) podkupovati, ker je ogroženo njihovo zdravje, in med obliko korupcije, v kateri oseba sicer ni zdravstveno ogrožena, toda podkupi zdravnika ali drug osebo, da si pridobi določeno korist. V prvem primeru je kršitev medicinske etike izrazito hujša kot sicer tudi v drugem primeru neopravičljivega vedenja. V prvi situaciji je dodatno zlorabljeno zaupanje med pacientom in zdravnikom, medtem ko v drugem primeru osebe niti mogoče niso tako močno poznane med sabo.

V teh in ostalih zgoraj naštetih relacijah in primerih je tako pogosto opaženo vprašanje nasprotja interesov⁹ (Bion idr., 2018; Rodwin, 2012; Vian, 2020). Drinovec in Poredoš (2001, str. 468) ponujata zelo dobro definicijo nasprotja interesov v povezavi s sodelovanjem farmacevtske industrije: »*Nasprotje interesov pomeni možnost, da bi lahko povezanost s farmacevtsko družbo pri kliničnem zdravniku, še pogosteje pa pri predavatelju ali piscu strokovnega in znanstvenega članka neustrezno vplivala na njegovo medicinsko, predavateljsko ali publicistično prakso, da bi delal, predaval ali pisal v nasprotju z znanstvenimi in strokovnimi in etičnimi stališči zaradi materialnih koristi v preteklosti, sedanjosti ali prihodnosti.*« Materialne koristi seveda ne izhajajo samo iz situacij, kjer je ozadje, da je nekdo v konfliktu zaradi finančnega razloga (npr. financiranje izobraževanja raziskave), ampak tudi iz situacij, kjer je razlog določeno stališče, percepcija ali odsotnost sledenja etičnim praksam (npr. plagiarizem) – ne glede na obliko pa lahko neustrezna regulacija ali reakcija ob takem vedenju povzroča številna oškodovanja zdravstvenega sistema oziroma pacientov (Bion idr., 2018). Nasprotje interesov je pogosto prisoten element poslovnega delovanja in obnašanja, v primeru transparentnega razkritja pa je mogoče s tem povezana tveganja ustrezno nasloviti in jih obvladovati. Nasprotje interesov ni vedno korupcija, velja pa obratno, da korupcija vedno vključuje nasprotje interesov.

In čeprav si vse relacije (in s tem podoblike) koruptivnih tveganj in korupcije zaslužijo svojo pozornost, so v nadaljevanju posebej poudarjene le v literaturi najbolj prevladujoče.

⁹ Besedna zveza *nasprotje interesov* je nadomestila pogosto uporabljeno besedno zvezo *konflikt interesov* in mogoče redkejšo *navzkrižje interesov*. Vse omenjene besedne zveze imamo za sinonime.

2.2.1 Prevladujoče oblike korupcije in korupcijska tveganja v zdravstvu

2.2.1.1 Korupcijska tveganja pri sodelovanju s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov

Korupcijska tveganja in korupcija, izhajajoča iz sodelovanja med zdravniki in/ali drugimi akterji zdravstvenega sistema in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, sta najbolj pogosto diskutirani temi, ko pride do diskusije o razširjenosti korupcije v državi (Republiki Sloveniji). Navsezadnje gre za kompleksno razmerje, kjer se pojavljajo oblike zakonitega in koristnega sodelovanja in oblike dejanskega koruptivnega vedenja (Ozaki idr., 2020; Rodwin, 2012; Wazana, 2000; tudi v Sloveniji, npr. Iljaž in Švab, 2003; obravnavajo jih številne organizacije, npr. European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Transparency International, 2006; World Health Organization [WHO], 2018).

Wazana (2000) je v pregledni študiji o takem sodelovanju v Združenih državah Amerike ugotovila, da se takšne interakcije začnejo že med študijem, kasneje pa, da se nekateri zdravniki srečujejo s predstavniki farmacevtskih družb tudi do štirikrat mesečno. Prav tako poroča, da je v nezamerljivem deležu pregledanih študij ugotovila, da te interakcije vplivajo na načine predpisovanja zdravil.

Pri teh dejavnostih so pogosto ciljani odločevalci oziroma zdravniki, ki imajo moč odločanja, kateri produkt bodo primarno uporabljali v njihovem okolju (instituciji) (Rodwin, 2012).

Korupcija v zdravstvu oziroma njeno odkrivanje je dodatno oteženo, ker se pogosto izvaja pod pretvezo zakonitih in v medicini in zdravstvu nujnih aktivnostih za izboljšanje oskrbe pacientov. Pojavljajo se namreč številne oblike financiranja različnih dejavnosti, kjer sredstva najpogosteje prispevajo proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov. Primeri tovrstnih financiranj so (Chattopadhyay, 2013; Eaton in Reid, 2010; MedTech Europe, 2015; Ozaki idr., 2020; Zaki, 2014):

- plačevanje zdravnikom za izvajanje konzultacij,
- financiranje dogodkov (konferenc, simpozijev ipd.)
- financiranje obiskov konferenc,

- plačevanje za predstavitve/predavanje in pisanje prispevkov,
- financiranje izobraževanja,
- financiranje raziskovanja (v različnih oblikah od financiranja projektov do financiranja raziskovalnih programov institucij),
- podarjanje promocijskih artiklov (tudi pod pretvezo testiranja),
- podarjanje testnih artiklov,
- podarjanje različnih daril (npr. knjige, beležke, pisala, stetoskop, potovanj ipd.)
- donacije.

Seveda pa vse zgoraj navedene oblike financiranja niso že same po sebi koruptivna dejanja, se pa lahko uporabijo za prikrivanje koruptivnih dejanj, in kot nakazujejo raziskave, gre za obsežno financiranje. Ozaki idr. (2020) so v svoji raziskavi za Japonsko ugotovili, da je v letu 2016 71 farmacevtskih podjetij za neraziskovalne dejavnosti namenilo 1,8 milijarde ameriških dolarjev. O milijonskih zneskih, ki jih farmacevtska podjetja za razne dejavnosti namenijo zdravnikom, poročajo tudi v Združenem kraljestvu, v Združenih državah Amerike [ZDA] pa gre celo za večmilijardne zneske (Bion idr., 2018). Ob vsem tem je treba seveda upoštevati obseg farmacevtskega sektorja in trga v določeni državi, ki sta npr. na Japonskem med večjimi (Mikulic, 2021). Vsako tako sodelovanje ni negativno, saj omogoča zdravnikom, da pridobijo določena sredstva, ki jih lahko porabijo za izobraževanje (in s tem tudi pridobitev zahtevanih kompetenc (točk) za obnovitev licence). Problem, ki ga raziskave in primeri potrjujejo (Filippiadou idr., 2017; Iljaž in Švab, 2003; Rodwin, 2013; Vian, 2020; Wazana, 2000), je, da se lahko na podlagi takšnega sodelovanja razvije pristranska obravnava določenega proizvajalca/distributerja zdravil in medicinskih pripomočkov.

2.2.1.2 Korupcijska tveganja in korupcija pri javnih naročilih

Bistvo koruptivnega vplivanja na ključne odločevalce v posameznem zdravstvenem sistemu ali organizaciji in/ali na posamezne zdravnike je, da se preko omenjenega vplivanja pridobi določen posel. Npr. dogovor, da se bo za določena stanja predpisovalo samo zdravilo specifičnega podjetja ali uporabljalo medicinske produkte/naprave določenega proizvajalca. V mnogih državah poteka izbira ponudnikov in proizvajalcev v javnih sektorjih preko javnih naročil in so zato javna naročila eden izmed ključnih področij z obsežnimi in številnimi korupcijskimi

tveganji. Obstajajo številne različne oblike izvedbe podkupovanja znotraj te kategorije. Evropska komisija je tako prepoznala uporabo posrednikov, ki prikrijejo koruptivno sodelovanje, uporabo metode prilagajanja razpisov, kjer se podkupijo osebe, ki skrbijo za določitev pogojev in specifikacij, ki so prilagojeni tako, da ustreza zgolj favoriziran ponudnik. Uporablja se tudi metoda diskvalifikacije ponudnikov, kjer podkupljene osebe z lažnimi argumenti izločijo ponudnike (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013).

2.2.1.3 Korupcijska tveganja in korupcija pri obravnavi pacientov

Korupcijska tveganja, ki spadajo v to kategorijo, so vezana predvsem na neetično obravnavo – selekcijo pacientov. Torej, da dobijo pacienti s finančno, formalno ali neformalno močjo boljše oziroma prednostno obravnavo v sicer javnem zdravstvenem sistemu. Obstajajo celo situacije, kjer osebe brez nekaterih neformalnih plačil zdravstvene storitve sploh ne dobijo. V tem segmentu so očitno problematične države z nižjim in srednjim dohodkom (Naher idr., 2020).

Lewis (2002) navaja – oziroma je to veljalo v času njenega pregleda podatkov in študij, ki so bile opravljene med letoma 1994 in 2000 – da so bila tovrstna neformalna delovanja pogosta tudi v državah osrednje in vzhodne Evrope ter nekdanje Sovjetske zveze. Toda poročilo Evropske komisije pravi, da izsiljevanje pacientov v zameno za prednostno obravnavo oziroma pripravljenost, da v zameno za plačilo favorizirano obravnavajo pacienta, uporabljajo tudi v zahodnih evropskih državah (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013).

V raziskavi in analizi, ki so ju z uporabo indikatorjev Svetovne banke, podatkov Svetovnega barometra korupcije in drugih podatkov naredili Incaltarau idr. (2021), je vidno, da približno sedem odstotkov vprašanih iz držav z višjimi dohodki uporabi oziroma ima občutek primoranosti neformalnega plačevanja zdravstvenih storitev. Pojavnost naraste do 20 odstotkov za države s srednjimi dohodki in skoraj 31 odstotkov za države z nizkimi dohodki. Za nekatere države (npr. Burundi in Azerbajdžan) je lahko pojavnost tudi več kot 50 odstotkov.

Nasploh velja, da lahko javni zdravstveni sistem vedno ponuja storitve na zasebnem trgu, toda v tem primeru naj bo plačilo storitve plačano instituciji in ne fizični osebi. Povečano korupcijsko tveganje je npr. v okoljih, kjer zdravniki delujejo sočasno v javnem in zasebnem sektorju oziroma je sistem javnega sektorja neustrezno

institucionalno korupcijsko (Sommersguter-Reichmann in Stepan, 2017) zasnovan in omogoča prejudiciranje oziroma preusmerjanje pacientov v zasebne prakse, pogosto na račun absentizma zdravstvenega osebja v JMZE (Naher idr., 2020). Incaltarau idr. (2021) sicer ugotavljajo, da je stopnja neformalnih plačil zdravnikom manjša v državah, kjer je prisoten tudi večji del zasebnega financiranja storitev. Omenjeno je argument za privatizacijo, pri čemer avtorji menimo, da je lahko to še vedno slaba stvar za državno blaginjo. Namreč manjša pojavnost neformalnih plačil v okoljih z velikim deležem zasebnega financiranja zdravstvenih storitev je seveda logična, saj lahko nekdo, ki bi si lahko privoščil neuradno plačilo, to stori preko uradne formalne poti z uporabo zavarovalnic in podobnih akterjev. Nikakor pa to ne odraža, da je dostopnost storitev zato večja ali boljša.

Ob vsem tem še nekaj besed o obdarovanju zdravnikov. Pacientovo obdarovanje zdravnikov je lahko motivirano izključno na podlagi iskrene hvaležnosti. Pri tovrstnih obdarovanjih pogoste ne gre za obsežna darila, niti ne za zelo pogosta dejanja. Je pa seveda vse to odvisno od kulturnih značilnosti družbe in tudi posameznikove percepcije o vlogi in nujnosti takšnega obdarovanja.

2.3 Posledice in škoda korupcije v zdravstvu

V tem podpoglavju predstavljamo samo in izključno posledice korupcije v zdravstvu. Znano je namreč, da korupcija vpliva na vse sfere človekovega obstoja. Še več, z negativnim vplivom na okolje vpliva tudi na živalske in rastlinske vrste.

Nizanje vse obsežnih posledic korupcije je zaradi njihove številnosti težka naloga tudi za publikacije, ki se posvečajo izključno takim vsebinam. Pri nizanju posledic korupcije v zdravstvu se primarno srečamo s problemom slabega zdravstvenega sistema, ki je rezultat dejstva, da korupcija tako neposredno kot tudi posredno povzroča oškodovanje državnega proračuna in odločevalce ter državne upravljavce prisili k varčevanju. S tem se zmanjšujejo tako segment javno financiranih zdravstvenih storitev kot tudi drugi segmenti, povezani s kakovostjo zdravstva (npr. krčijo se preventivski in zdravstveno izobraževalni programi). Posledice so manj kakovostne storitve oziroma celostna kakovost zdravja prebivalstva, še posebej pa je to problematično v državah, kjer je korupcija izrazito razširjena. Tam so zdravstvene storitve nedostopne tistim, ki si podkupovanja ne morejo privoščiti (o tem Naher idr., 2020). Neformalna plačila tudi zmanjšajo motivacijo državnih upravljavcev, da bi izboljšali zdravstveni sistem, ker v nekem smislu funkcionira,

pogosto pa so ključni odločevalci zdravstvenega sektorja tudi sami lahko deležniki takih neformalnih plačil. Ker finančna sredstva ne vstopijo v formalni gospodarski sistem in posredno v lokalni ali državni proračun, razvoj kakovosti ni možen, ker zanj ni sredstev (Lewis, 2002). Tako se pojavi ali stagnacija v kakovosti ali celo nazadovanje, ker se obrabljena oprema ne nadomesti.

Slabši dostop do zdravstvenih storitev vpliva tudi na družbo kot celoto, saj ljudje zaradi bolezni ne morejo biti produktivni del družbe oziroma so manj produktivni v službah, šolah in drugje (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013).

Posledice v primeru korupcije in korupcijskih tveganj pri relaciji proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov – zdravniki/študent medicine je nevarnost pristranske obravnave. Težava izhaja iz tveganja, da se zdravnik odloči, da bo določeno zdravilo predpisal zaradi pozitivne percepcije do določenega farmacevtskega podjetja. Pozitivna percepcija pa je posledica pogosto intenzivne (marketinško naravnane) komunikacije med zdravnikom in predstavnikom farmacevtskega podjetja, pri katerem je lahko zdravnik deležen raznih promocijskih nagrad, produktov ali drugih ugodnosti (Zaki, 2014). Nevarnost, ki izhaja iz take subjektivne ocene, je, da bi lahko zaradi vpliva podkupnin zdravnik predpisoval določeno – in mogoče manj učinkovito – zdravilo. V tem obziru je zanimiva ugotovitev Filippiadou idr. (2017), ki navajajo, da več kot polovica anketiranih grških študentov medicine ($n = 412$) meni, da prejemanje daril od farmacevtskih podjetij ne bi vplivalo na njihovo vedenje predpisovanja zdravil, menijo pa, da bi vplivalo na njihove kolege. Da je obstajala taka percepcija tudi že v preteklosti in drugje, so ugotovili Austad idr. (2011) v svoji metaštudiji, ki je vključevala analizo do leta 2010 narejenih raziskav interakcije med študenti medicine in farmacevtsko industrijo (vključenih je bilo 32 študij). Te ugotovite vsebujejo tipične znake t. i. ang. *Third-Person Effect*, kjer gre za učinek, ko osebe zase menijo, da medijske vsebine vplivajo na druge (tretje osebe), manj pa nanje (Davison, 1983). Gre za učinek, ki je že dobil večjo empirično potrditev, tudi na področju zdravja (Zhu idr., 2021).

Po drugi strani pa anketirani grški študenti v veliki večini (85,9 odstotka) menijo, da so predavanja, ki jih sponzorirajo farmacevtska podjetja pristranska (Filippiadou idr., 2017). Podobno so na eni strani skeptični do osebnega farmacevtskega obdarovanja tudi pakistanski študenti, toda spet na drugi strani nimajo tako močnih zadržkov do

farmacevtskega sponzoriranja dogodkov in izobraževalnih seminarjev (Siddiqui idr., 2014). Zdi se, da novejša študija nakazujejo, da se je skepticizem do farmacevtskega marketinga povečal, vseeno pa se je treba strinjati s Filippiadou idr. (2017), da se potrebujejo določene varovalke in sistem, ki bo opremil študente medicine za takšno vedenje farmacevtskih podjetij (in/ali njihovih zastopnikov). O tem je pisala tudi že Wazana (2000), ki je opozarjala na razvoj ustreznih politik delovanja v primerih interakcije med študenti medicine ter zdravniki in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov.

Korupcija v zdravstvu nasploh zmanjšuje tudi zaupanje v zdravstveni sistem določene države in ruši zaupanje med zdravnikom in pacientom, ki je pomemben element pri zagotavljanju ustreznih zdravstvenih storitev (Chattopadhyay, 2013). Evropska komisija v svojem poročilu (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013) pri povzemanju nemških časopisov o primeru korupcije pri preskakanju vrst za transplantacije organov tudi svari, da takšna ravnanja manjšajo zaupanje v zdravstveni sistem transplantacij in posledično se manjša število darovalcev organov.

Izguba zaupanja v zdravstveni sistem je lahko posledica tudi neustreznega odzivanja v situacijah, ki predstavljajo nasprotje interesov – pravzaprav je nasprotje interesov prepoznano v številnih predhodno opisanih relacijah – in zahtevajo ustrezno reagiranje, saj v nasprotnem primeru povzročajo številna oškodovanja zdravstvenega sistema oziroma pacientov (Bion idr., 2018).

Če se pojavljajo številne oblike koruptivnega vedenja sočasno, to lahko povzroči resno spodjedanje zdravstvenega sistema. Nazoren primer je Indija, za katero Mahajan (2010) in Chattopadhyay (2013) opisujeta, da je korupcijo zaznati na vseh segmentih. Od sprejemanja študentov na medicinske fakultete, med njihovim študijem in potem tudi v zasebnih ali javnih praksah, kjer se pojavljajo tatvine opreme, selektivno sprejemanje pacientov in njihova neustrezna obravnava, zloraba revnega prebivalstva za tvegane klinične študije do sodelovanja v trgovini s človeškimi organi. Obsežno revna (nepismena) populacija, angleško govoreči zdravniki, ohlapna zakonodaja, odsotnost ustreznega nadzora in številni drugi faktorji so Indijo naredili priljubljeno območje za klinične študije na ljudeh, katerih posledice participantom v študijah niso vedno ustrezno finančno kompenzirane ali v primeru neustreznih izvedb sankcionirane (Chattopadhyay, 2013).

Korupcija v zdravstvu ne povzroči samo škode na nacionalnem zdravstvenem sistemu oziroma v eni državi, ampak ima posledice tudi za druge države. Zaradi korupcije v eni državi lahko zdravniki iščejo zaposlitve v drugih državah, korupcija spodbuja nelegalno trgovanje z zdravili in tudi ponarejanje zdravil, kar pa je tipična oblika transnacionalne kriminalitete (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Leontiadis in Hutchings, 2015; Orsolini idr., 2015).

Skrajna posledica korupcije so izgube življenj. Vian (2020) je v obsežnem pregledu literature ugotovila, da je več študij potrdilo, da korupcija močno vpliva na stopnjo umrljivosti – predvsem otrok. Podobno, Achim idr. (2020) v svoji raziskavi, v kateri so za 185 držav primerjali stopnjo umrljivosti in obseg korupcije, ugotavljajo, da večja, kot je stopnja korupcije v državi, večja je stopnja umrljivosti, manjša življenjska doba ter slabše mentalno zdravje njene populacije. Korupcija ima večji negativni vpliv na stopnjo umrljivosti v državah z nizkimi dohodki, medtem ko v državah z visokimi dohodki korupcija bolj vpliva na kakovost mentalnega zdravja. V obeh kategorijah držav imajo vplive tudi določeni kulturni dejavniki, ki so bili upoštevani (npr. stopnja prisotnega individualizma ali kolektivism, mačizma, samonadzori ipd.).

Podobno je ugotovil tudi Yamen (2021), ki je v svojem raziskovanju povezave med davčnimi utajami, korupcijo in izpostavljenostjo tveganju za zdravje zaradi bolezni covid-19 našel pozitivno korelacijo. Večja, kot je bila stopnja korupcije v državi, večja je bila izpostavljenost tveganju za zdravje.

V določeni fazi postane korupcija skorajda nerešljiv problem, ki zahteva silovito preoblikovanje celotnega sistema, za kar pa ni motivacije, ker je korupcija skriti gonilni *perpetuum mobile* mehanizem, ki ključnim odločevalcem prinaša določene ugodnosti in zato nimajo interesa po spreminjanju koruptivnega *statusa quo*.

2.4 Pregledni model korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu

Glede na pregled literature in zapise iz predhodnih poglavij v povzeti in pojmovni obliki predstavljamo t. i. model korupcije v zdravstvu, ki združuje vpogled pojavnih oblik korupcije in koruptivnih tveganj v zdravstvu ter možne posledice.

Tabela 1: Povzettej pojavnih oblik korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu

Kategorije – relacije (puščica označuje pobudnika)	Oblike	Možne posledice*
<p>Politični funkcionarji/državni odločevalci <-> v odločevalci v zdravstvenem sistemu na različnih ravneh (ministri, direktorji bolnišnic in javnih zavodov, državne komisije ali skupine) ali v zasebnih poslovnih subjektih (npr. managerji in direktorji farmacevtskih podjetij)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podkupnine pri gradnji bolnišnic, zdravstvenih domov ipd. 2. Podkupnine pri podeljevanju koncesij. 3. Oblikovanje sistema, ki omogoča neustrezno sočasno delovanje v javnem in zasebnem sektorju. 4. Neustrezni sistemi javnih naročil opreme in zdravlil (npr. da se dovoljuje, da v selekcijskem postopku za izbiro dobavitelja za posamezni zdravstveni subjekt sodeluje zdravnik, ki ima (oziroma ima nekdo iz njegovega sorodstvenega kroga) neposredni delež v poslovnem subjektu, katerega delovno področje je proizvodnja/distribucija zdravlil in medicinskih pripomočkov, oblikovanje zakonodaje, ki za nabavne postopke ne bi zahtevala transparentnosti, učinkovitosti in/ali uporabe zaščitnih elementov (protikorupcijskih klavzul)). 5. Oblikovanje sistema, ki omogoča monopolizacijo trga na področju zdravstvenega zavarovanja oziroma zagotavljanje zdravstvenih storitev. 6. Pojav rotirajočih se vrat 7. Ujetost države 	<p>Oškodovanje državnega proračuna in oškodovanje proračunov izvajalcev zdravstvenih storitev. Posledično tudi oškodovanje davkoplačevalcev, ki morajo v zdravstvene in državne blagajne namenjati vedno več sredstev. Lahko tudi slabo izgrajeni in nefunkcionalni objekti. V primeru slabe medicinske opreme ali zdravlil slaba zdravstvena storitev oziroma do storitve sploh ne pride, če oprema ne deluje. Če so medicinski produkti/zdravila slabe kakovosti, lahko pride tudi do izgube življenja pacienta. Sredstva se tako porabijo za osnovne materije in ne za vlaganje v razvoj boljšega standarda. Izguba zaupanja v zdravstveni sistem in npr. kakovost pravne države.</p>
<p>Nadzorniki zdravstvenega sektorja (zdravniške zbornice, etična razsodišča) <-> subjekti nadzora</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Neustreznost ali odsotnost nadzora in posledičnega kaznovanja neustreznega vedenja zaposlenih v zdravstvenem sektorju. 9. Zaščita akterjev, ki so izkazali neustrezno vedenje. 	<p>Oškodovanje proračunov izvajalcev zdravstvenih storitev in slabša kakovost storitev.</p>

Zdravstvene ustanove (bolnišnice, zdravstveni domovi, inštituti) <-> uporabniki njihovih storitev, njihovi delovni partnerji in subjekti, od katerih naročajo sredstva in opremo za delo	<p>10. Neustrezen sistem izvajanja zdravstvenih storitev (npr. neetična selekcija pacientov ali prejemnikov organov za transplantacijo, različne tarife za obravnavo).</p> <p>11. Odsotnost ustreznega nadzora nad zaposlenimi (npr. sistem, ki omogoča goljufanje pri beleženju prisotnosti na delovnem mestu, ali sistem, ki ne omogoča sledljivosti porabe zdravil, ki jih lahko zdravnik predpiše pacientu ali sebi).</p> <p>12. Uporaba sredstev in prostorov javnega zdravstvenega servisa za zasebno uporabo, brez plačila stroškov uporabe.</p> <p>13. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije na področju kritja storitev iz zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene oziroma »napihovanje« stroškov).</p> <p>14. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije ali koristi, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.</p>	<p>Slabša kakovost storitev za tiste, ki si podkupovanja (ali zasebnih storitev) ne morejo privoščiti ali nečajo izvesti. Oziroma si morajo zaradi pridobitev sredstev za podkupnino druge zmanjšati kakovost življenja.</p> <p>Oškodovanje državnega proračuna in oškodovanje proračunov izvajalcev zdravstvenih storitev.</p> <p>Oškodovanje z naslova zavarovalniških dejavnosti.</p>
Plačniki zdravstvenih storitev (predvsem zavarovalnice) <-> prejemniki sredstev.	<p>15. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije na področju kritja storitev iz zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene oziroma »napihovanje« stroškov).</p> <p>16. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije ali koristi, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.</p> <p>17. Monopolizacija ali favoriziranje ponudnikov, ki dobijo kritje iz sredstev, namenjenih za plačevanje zdravstvenih storitev.</p>	<p>Oškodovanje sistema zaradi neoptimalne porabe. Osebe so primorane plačevati višje zavarovalne premije oziroma večje dajatve.</p>
Medicinske in zdravstvene fakultete ter raziskovani inštituti <-> uporabniki njihovih storitev in delovni partnerji	<p>18. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – vsebinski segment (neustrezna izvedba eksperimentov oziroma lažno poročanje o rezultatih ali njihovo prikrivanje).</p> <p>19. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – administrativni segment (goljufije pri prikazovanju porabe sredstev).</p> <p>20. Koruptivno vedenje, ki <i> vodi v, spodbuja </i> ali prikriva goljufije na področju znanstvenih objav (plagiatorstvo, plačevanje objav, odsotnost ali slab recenzijski postopki, t. i. ang. <i>Ghostwriting</i>**).</p> <p>21. Sprejete na fakulteto mimo ustajenih poti.</p> <p>22. Pomoč pri goljufanju (npr. dajanje odgovorov za izpite) in neupravičeno napredovanje v višje letnike.</p> <p>23. Neustrezno, neetično vključevanje v plačano raziskovanje (izkoriščanje študentov, asistentov ipd.).</p>	<p>Vprašljivi rezultati, ki bodo podlaga za razvoj novih metod zdravljenja, predstavljajo številna tveganja za zdravje ljudi.</p> <p>Oškodovanje financierjev.</p> <p>Slabšanje ugleda in dvom v produktivnost raziskovalne ter znanstvene dejavnosti.</p> <p>Zaradi plagiatstva napreduje osebe, ki so etično (pa mogoče tudi strokovno) sporne.</p> <p>Kakovost prihodnjega osebja je lahko slabša, kar lahko povzroča številna tveganja na področju zdravlja ljudi.</p>

<p>Proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov → zdravniki***</p>	<p>Korupcijska tveganja, izhajajoča iz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. plačevanja zdravnikom za izvajanje konzultacij, nedovoljenih provizij, 26. financiranja dogodkov (konferenc, simpozijev ipd.), 27. financiranja obiskov konferenc, 28. plačevanja za predstavitve/predavanje in pisanje prispevkov, 29. financiranja izobraževanja, 30. financiranja raziskovanja (v različnih oblikah od financiranja projektov do financiranja raziskovalnih programov institucij), 31. podarjanja promocijskih artiklov (tudi pod pretvezo testiranja), 32. podarjanja testnih artiklov (tudi pod pretvezo testiranja), 33. podarjanja različnih daril, ki niso znatnih vrednosti,** 34. donacij (finančnih ali v obliki medicinske opreme). 	<p>Pacienti dobijo neučinkovita ali dražja zdravila. V prvem primeru je zdravljenje lahko neučinkovito in predstavlja tveganje za slabšanje zdravstvenega stanja pacienta.</p>
<p>Proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov → študenti medicine</p>	<p>Glej relacijo proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov – zdravniki, saj gre za podobna tveganja, z izjemami, da študenti v določenem segmentu še vedno ne morejo izvajati vseh dejavnosti, toda obstaja tveganje, da bodo del koruptivnih vedenj izvedli, ko bodo zaključili študij in pridobili vse potrebne kompetence in kvalifikacije.</p>	
<p>Proizvajalci/distributerji zdravil → raziskovalna in/ali znanstvena srenja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 35. Financiranje delovanja raziskovalnega inštituta. 36. Financiranje – kupovanje oglašnega prostora v znanstvenih ali strokovnih revijah (revije se lahko odločijo, da se bodo samocenzurirale in ne objavijo prispevkov, če menijo, da bodo s tem izgubile oglaševalce (o tem Rodwin, 2012)). 37. Podeljevanje ostalih oblik koruptivnih srenj. 	<p>Upad kakovosti in predvsem nevarnost neobjektivnega delovanja raziskovalcev, ki imajo lahko za posledico tudi nevarnost za zdravje oseb, saj se zamočijo/spregladajo nevarnosti zdravila, se prepotencira ali podpotencira njegovo delovanje ipd.</p>
<p>Pacienti (n/ali njihovi sorodniki/znanci) ↔ zdravniki</p>	<ol style="list-style-type: none"> 38. Preskakovanje čakalnih vrst. 39. Boljša obravnava. 40. Prednosti pri dostopu do specifičnih zdravil. 41. Preusmerjanje pacientov v zasebne prakse. 42. Pridobivanje potrdil za bolniške odsotnosti, status invalida ipd. 	<p>Slabša kakovost storitev za tiste, ki si podkupovanja (ali zasebnih storitev) ne morejo privoščiti ali nočejo izvesti. Izguba zaupanja v zdravstvene sisteme in zdravstvo nasploh.</p> <p>Neupravičena odsotnost z dela ima operativne in finančne posledice za subjekt, kjer je taka odsotnost izvedena.</p>

Uporabniki zdravstvenih storitev <--> zdravniki	43. Pridobivanje zdravniških potrdil (npr. pridobitev določenega potrdila za bolniške odsotnosti, potrdila za status invalida v primeru, da zdravnik, ki daje potrdilo, ni nujno izbrani zdravnik osebe, ali za opravljanje dejavnosti, upravljanje stroja ali v zadnjem času npr. negativne izvide testiranja na covid-19).	Osebe, ki so pridobile potrdila kljub nezpolnjevanju pogojev, predstavljajo tveganja za zdravje in/ali varnost oseb in okolja, v katerem te delujejo.
<p>* Naštete so le najbolj očitne posledice, pri čemer je razumljivo, da se določene posledice (npr. izguba zaupanja v zdravstveni sistem) lahko pojavijo v pri skoraj vseh relacijah oziroma subjektih izvajanja koruptivnega vedenja.</p> <p>** Ang. <i>Ghostwriting</i> je oblika pisanja prispevkov in/ali publikacij oziroma izvedb študij, pri kateri dejanski avtor ni nikoli razkrit/imenovan, zasluge za izdelavo pa so pripisane tretji osebi. V okviru diskusije korupcije v zdravstvu je tovrstno početje pogosto povezano z izvedbo kliničnih študij, ki jih izvajajo farmacevtska podjetja (o tem Sommersguter-Reichmann idr., 2018).</p> <p>*** Podobna oziroma del tovrstnih korupcijskih tveganj se pojavijo lahko tudi na relaciji proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov – zaposleni v lekarnah (primeri in stanja v Sloveniji so opisani v prispevku Komisije za preprečevanje korupcije (2018)).</p> <p>**** MedTech Europe (2015) v svojem osmem poglavju npr. določa, da so dardla majhne vrednosti oziroma izobraževalne narave dovoljena.</p>		
<p>Vsebinske tabele izdelana in prilagojeno po Bion idr. (2018); Chattopadhyay (2013); Eaton in Reid (2010); European Commission – Directorate General for Home Affairs (2013); Ferenčina in Kozorog (2009); Filipiadou idr. (2017); García (2019); MedTech Europe (2015); Naher idr. (2020); Ozaki idr. (2020); Rodwin (2012); Savedoff in Hussmann (2006); Sommersguter-Reichmann idr. (2018); Sommersguter-Reichmann in Stepan (2017); Vian (2007, 2008, 2020); Wilmshurst (2002); Zaki (2014).</p>		

Kljub številnim vključenim pojavnim oblikam pa tabele ne moremo imeti za popoln vseobsežen seznam. Poenostavljen izpis zapisanih pojavnih oblik korupcijskih tveganj in korupcije je v prilogi A

3 NAČINI OMEJEVANJA KORUPCIJSKIH TVEGANJ V ZDRAVSTVU

Pojavljajo se različni načini omejevanja koruptivnega vedenja v zdravstvu, pri čemer obstaja zavedanje, da je treba zajeti celoten zdravstveni sektor in če je možno ga tudi prestopiti in vključiti širšo državno upravo (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Hussmann, 2011). Še več, celostna kakovost pravne države in kakovost upravljanja države dokazano zmanjšujeta pojavnost neformalnih plačil v zdravstvu ter povečujeta pripravljenost za prijavljanje koruptivnih dejanj (Incaltarau idr., 2021). Kar je dejansko logično razmerje, saj ustrezno upravljanje države omogoča njenim prebivalcem, da izražajo določeno mero zaupanja vanjo, kar zmanjšuje davčno izogibanje in utaje ter zmanjšuje delovanje v neformalni ekonomiji in kar bogati državni proračun, iz katerega se lahko financira dober in dosegljiv zdravstveni sektor. Pogosto se kot rešitev omenjata potrebi po večanju transparentnosti in odgovornosti ključnih akterjev (Hussmann, 2011; Naher idr., 2020; Vian, 2007, 2008).

Transparentnost – ki pomeni ustrezen dostop javnosti do informacij o delovanju institucij in ključnih posameznikov, ki so v vlogi odločevalcev – onemogoča korupcijo in zmanjšuje korupcijska tveganja, saj akterjem otežuje prikrivanje svojega

vedenja, ker omogoča sledljivost delovanja in sredstev ter zunanji nadzor. Javno objavljeni razpisni pogoji in oddane ponudbe, javne čakalne liste, javni podatki glede obsega in narave sodelovanja med akterji ipd. (WHO, 2018) tako omogočajo, da se zainteresirana javnost, konkurenčni ponudniki pa tudi temu namenjene organizacije in institucije, pogosto pa nevladne organizacije [NVO] s tem seznanijo, mogoče kritično presejejo podatke, opazijo anomalije ter na to opozorijo in/ali se odzovejo. Ob tem sodobna tehnologija služi kot zelo uporabno orodje. Spletni družbeni mediji se lahko uporabijo za ozaveščanje o škodljivosti korupcije in spodbujanje prijav le-te. Objava podatkov na javnih spletnih straneh veča transparentnost, za analizo in alarmiranje neustreznega vedenja se lahko uporablja podatkovno rudarjenje (Joudaki idr., 2014), aplikacije za anonimiziranje spletnega sporočanja in anonimno prijavljanje koruptivnih dejanj pa zaščitijo žvižgачe.

Odgovornost pa poskrbi, da se vključeni akterji zavedajo svojih nalog, ki v večini primerov vključujejo tudi skrb za ustrezno delovanje in upravljanje, v primeru odkritega neustreznega vedenja pa kaznovanje akterjev neustreznega vedenja, med drugim vsaj z odstranitvijo s položaja, ki je omogočal problematično vedenje odločevalcev (o tem WHO, 2018).

Ustrezno zasnovani ukrepi torej ne govorijo samo o oblikovanju deklarativnih etičnih smernic, ampak skušajo v najširšem smislu nasloviti ključne elemente, ki lahko koruptivna tveganja tudi izrazito praktično omejijo. Vidno je tudi, da se pojavlja potreba po ustreznem upravljanju nasprotja interesov, za katerega Rodwin (2012, str. 511) piše, da obstajajo štirje pristopi k upravljanju. In sicer sprememba organizacije in sistem financiranja zdravstvene storitve v smeri, da se nasprotja interesov odpravijo oziroma se jim izogiba; da se ustvarijo strukture in protokoli za upravljanje delovanja zdravnikov, ki pridejo v nasprotje interesov; da se ustvarijo etični standardi za usmerjanje vedenja in razkrivanje nasprotja interesov, tako da lahko pacienti in tretji plačniki storitev (npr. zavarovalnice) zaščitijo svoje interese.

Iz nabora mehanizmov omejevanja je tudi vidno, zakaj je treba upoštevati vidike institucionalne korupcije, saj kaznovanje posameznikov, ki delujejo v sistemsko koruptivnem okolju, dejansko ne naslavlja srži problema korupcije v zdravstvu (Sommersguter-Reichmann idr., 2018).

Konkretni uporabljeni načini so deloma povezani tudi z obsegom prisotnega koruptivnega vedenja, v grobem pa jih lahko razdelimo na (Chattopadhyay, 2013; WHO, 2018):

- Etične kodekse (z velikim fokusom na vpeljavo mehanizmov ničelne tolerance in ustrezno opisanimi protokoloma delovanja v etično problematičnih situacijah ter odzivanja in sankcioniranja akterjev v primeru etičnih kršitev).
- Vpeljavo ustreznega sistema/protokola sodelovanja med proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov in zaposlenimi v zdravstvu.
- Vpeljavo ali dopolnitev sistema izobraževanja na področju medicine in zdravstva z vsebinami s področja koruptivnega vedenja.
- Razvoj ustreznega zdravstvenega sistema (npr. ustrezen dostop do zdravstvenih storitev, ustrezen dejanski nadzor za porazdelitev sredstev za zdravstvene storitve).
- Ustrezen sistem javnega naročanja.
- Ustrezen sistem zaščite žvižgačev, prijaviteljev in prič v primerih korupcije v zdravstvu.
- Ustrezen sistem nadzornih organov, ki preko finančnih revizij skrbijo za ustrezno delo organov in institucij ter odkrivajo neustrezno vedenje.

Vian (2020) poudarja, da gre za mehanizme, ki skrbijo za povečanje transparentnosti, odgovornosti in oblikovanje ustreznih protokolov delovanja v etično kompleksnih situacijah.¹⁰ Vedno pa je končni in verjetno precej pomemben ukrep ustrezen odnos posameznikov do korupcije (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013). Da je ne sprejememo in gojimo, da na neki način s časom ne postane epidemična. Da bodo ukrepi za omejevanje korupcije zaživelji, so pomembne ustrezne politike delovanja (European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013; Savedoff in Hussmann, 2006; Vian, 2020; Wazana,

¹⁰ Pregledno delo Vian (2020), ki je nadgradnja njenih prejšnjih visoko citiranih del (npr. Vian, 2007, 2008), ponuja tudi vpogled v konkretne mehanizme in orodja za zaznavo korupcijskih tveganj ter predvsem pokaže širino problema korupcije v zdravstvu, saj dobro nakaže, kako je recimo povezana s problematiko ponarejenih ali podstandardnih zdravil. Ponuja pa predvsem tudi vpogled strategije omejevanja korupcije, kar je uporabno znanje za vse, v katerih delovno področje spada omejevanje korupcije v zdravstvu. Informativno je tudi Rodwinovo (2012) delo, ki analizira nasprotje interesov v povezavi s farmacevtskimi podjetji in poda številne predloge, kako bi jih lahko upravljali. Njegovi predlogi so sicer za sistem Združenih držav Amerike, toda premisa predlaganih mehanizmov je po našem mnenju univerzalno uporabna.

2000) in prav tu se kaže določena zaprta zanka. Potrebujemo se ustrezne politike, ki bi spremenile stanje na področju korupcije in korupcijskih tveganj na bolje, med drugim izboljšale tudi integriteto vedenja ključnih posameznikov in njihovo motivacijo za posredovanje. Toda brez motivacije za tovrstno posredovanje do razvoja takšnih politik ne bo prišlo.

3.1 Ustrezna zakonodaja

Kodeksi vedenja imajo določen doseg upravljanja vedenja, precej intenzivneje vedenje upravljajo zakonodajna določila, pri čemer mora biti zakonodaja ustrezno urejena na področju zdravstva (da zagotavlja transparentnost in odgovornost) in tudi na vseh ostalih področjih. Torej na področju javnih naročil, dostopu do informacij javnega značaja oziroma zakonodaja ureja, da je nabor takih informacij dovolj velik. Prav tako mora ustrezno urejati delovanje nadzornih organov in tudi organov pregona, vključno z zaščito žvižgačev ter vseh, ki se ukvarjajo z omejevanjem korupcijskih tveganj in korupcije v državi (WHO, 2018). V tem segmentu so uporabni pristopi, ki skrbijo za zakonodajne sledi. Torej, kdo je predlagal zakon ali njegov popravek, kdo ga je oblikoval, kdo je zanj lobiral in kdo je zanj (ali proti njemu) glasoval.

3.2 Etični kodeksi, ki omejujejo korupcijska tveganja in korupcijo v zdravstvu

Etični kodeksi oziroma kodeksi etičnega poslovanja ter tovrstni statuti (npr. t. i. *Anti-Kickback* statuti) so med poglavitnimi, najpogostejšimi in s tem izhodiščna orodja za omejevanje vprašljivih praks v zdravstvu in sodelovanju s farmacevtsko industrijo. Pogosto gre za ureditev zadev na nacionalni ravni, regionalni in tudi na globalni ravni (Drinovec in Poredoš, 2001; Rodwin, 2012; Vian, 2020).

Pri uveljavljanju enotnih pravil etičnega poslovanja imajo vodilno vlogo panožna združenja, kot sta evropsko združenje proizvajalcev medicinskih pripomočkov MedTech Europe in evropsko združenje proizvajalcev farmacevtskih izdelkov EFPIA. Obe omenjeni organizaciji sta v svojih kodeksih etičnega poslovanja pripravili zelo podrobna pravila komunikacije in sodelovanja z zdravstvenimi delavci, ki postavljajo osnovo za skladno ravnanje v primerih organizacije izobraževalnih dogodkov, financiranju izobraževanj in raziskovalnih dejavnosti, izvajanju konzultacij z zdravstvenimi delavci ter ostalih oblikah interakcij. Kodeks

etičnega poslovanja MedTech Europe¹¹ (2015) na več mestih opozarja, da je ključno vodilo sodelovanja dobrobit pacienta, ki je vsekakor pogojena z razvojem tehnologij, še bolj pa z zmožnostjo zdravstvenih delavcev, da sprejemajo neodvisne odločitve glede načina zdravljenja. Podrobna pravila etičnega poslovanja MedTech Europe temeljijo na načelih upoštevanja javne podobe in dojemanja, razdvajanja trženjskih in izobraževalnih aktivnosti; zagotavljanja transparentnosti sodelovanja, uporabe pošteni tržne vrednosti nadomestila za storitve zdravstvenih delavcev ter na vzdrževanju ustrezne poslovne dokumentacije.

Zasnova in vsebina zgoraj omenjenih panožnih kodeksov etičnega poslovanja nudi odlično osnovo za zagotavljanje integritete sodelovanja med različnimi deležniki zdravstvenega sistema, a vendar gre za kodekse, ki so zavezujoči za člane konkretnih strokovnih združenj ter kot taki ne predstavljajo nekih splošno sprejetih standardov na zadevnem področju delovanja. Pašalič idr. (2019) ugotavljajo, da obstaja določena arbitrarnost glede vpeljave kodeksov, saj poročajo, da so v njihovi raziskavi o vpeljavi kodeksa v delo različnih zdravstvenih laboratorijev trije od 25 nacionalnih združenj, pod katere spadata klinična kemija in laboratorijska medicina, odgovorili, da kodeksa ne bodo sprejeli kot vodilo za dnevno delo. Omenjeno torej potrjuje dejstvu, da morajo biti kodeksi ustrezno zasnovani in implementirani.¹²

3.3 Oblikovanje ustreznega programa izobraževanja zdravstvenega in medicinskega osebja za prepoznavo in upravljanje tveganj koruptivnih ravnanj

V predhodnem poglavju opisane študije (Filippiadou idr., 2017; Zaki, 2014)¹³ kažejo, da obstaja določena potreba po varovalkah in sistemu, ki bosta opremila študente medicine za prepoznavanje in ustrezno odzivanje na potencialno koruptivno vedenje proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov. V osnovi je vpeljava takšnih varovalk načeloma preprosta, saj zahteva samo: I.) vključitev vsebin na študijska predavanja ter II.) izdelavo sistema, kjer zdravstvene in medicinske fakultete na svojih površinah in prostorih omejuje delovanje (prisotnost)

¹¹ MedTech Europe je evropsko združenje proizvajalcev medicinskih pripomočkov, vključujoč vse od diagnostike, medicinskih naprav in uporabe spleta v tem okvirju. S pomočjo ekonomskih in drugih raziskav pomaga pri ustvarjanju politik na področju zdravstvenih sektorjev (MedTech Europe, n. d.; Zbornica ponudnikov medicinske tehnologije in storitev MedTech Slovenija, 2022).

¹² V prispevku Bion idr. (2018) je možno najti nekaj zelo uporabnih priporočil glede omejevanja nasprotja interesov na področju zdravstva in medicine, ki bi jih razvijalci kodeksov lahko uporabili pri svojem delu.

¹³ Da tudi v Sloveniji študenti medicine izvedo malo o tovrstnih tveganjih pa omenjata Iljaž in Švab (2003).

proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov oziroma izdelajo določeno politiko upravljanja tovrstnega tveganja. Tak pristop uporabljajo že v ZDA (Bion idr., 2018). Pri prvem ukrepu gre za vsebine o korupcijskih tveganjih, orodjih/pristopih za manipulacijo vedenja, ki jih uporabljajo podjetja, predavanja na temo škode, ki jo takšno vedenje povzroči in tudi predavanja vsebin, ki bi menedžerjem v zdravstvu dala ustrezno znanje za postavitve in upravljanje sistema, ki bi omejeval situacije korupcijskega tveganja. Ob tem je treba poudariti, da sicer določene izobraževalne ustanove delež takih vsebin že imajo, kjer pa raziskave kažejo, da jih dejansko pogosteje izvajajo farmacevtske institucije kot pa medicinske (Zaki, 2014), kar seveda vzbudi dvom v kakovost podanih vsebin. Edini ustrezni izvajalec takšnih predavanj so medicinske in zdravstvene fakultete ter organi, agencije, institucije ali nevladne organizacije, katerih delovno področje je preiskovanje in omejevanje korupcije.

3.4 Ureditev sistema za donacije, sponzorskih sredstev in drugih koristi od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov

Zgolj oblikovanje kodeksov in podobnih dokumentov, ki urejajo sodelovanje med zdravniki (in/ali drugimi akterji) ter proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, se je izkazalo kot premalo učinkovito pri omejevanju koruptivnega vedenja. Dejansko ureditev zahteva vzpostavitev celostnega večdimenzionalnega sistema, kjer so kodeksi eno izmed orodij oziroma so lahko razlog (spodbuda) za oblikovanje drugih elementov omejevanja koruptivnega vedenja.

V (teoretični) osnovi so se v določeni meri korupcijska tveganja v segmentu sodelovanja med zdravniki in ostalimi subjekti zdravstvenega sistema ter proizvajalci/zastopniki medicinske opreme in farmacevtskih produktov uredila z uveljavitvijo t. i. sistema poštene tržne vrednosti (ang. *Fair market value*) vrednotenja nadomestil za storitve zdravstvenih delavcev. Svetovalne storitve, ki bi jih izvedel zdravstveni delavec, morajo ustrezati vrednosti, ki bi jo naročnik plačal v povsem neodvisnem odnosu na trgu dobro informiranih strank. V ta namen morajo naročniki storitev imeti izdelano interno metodologijo za določitev poštene tržne vrednosti, ki na temelju strokovnega znanja, izkušenj in statusa svetovalca omogoča ponovljiv izračun nadomestila (MedTech Europe, 2015). V praksi določitev tržne vrednosti nadomestila temelji na oceni poštene vrednosti urne postavke za posamezne vrste zdravstvenih delavcev, ki se nato aplicira na potreben čas za pripravo in izvedbo konkretne svetovalne storitve.

Toda sistem deluje le, če je del širšega ustrezno urejenega sodelovanja med zdravniki in ostalimi subjekti zdravstvenega sistema ter proizvajalci/zastopniki medicinske opreme in farmacevtskih produktov. Gre za sistem, ki v čim večji meri zahteva in sočasno omogoča:

- Da se sredstva, ki jih proizvajalci/zastopniki medicinske opreme in farmacevtskih produktov primarno nakažejo določenemu posredniku oziroma subjektu, v katerem je končni prejemnik koristi zaposlen (če ni že sam subjekt prejemnik finančnih sredstev). Torej da obstaja določena distanca med prejemnikom sredstev in subjektom, ki sredstva podeljuje (Bion idr., 2018). Ključna varovalka je, da prejeta sredstva dobi poslovni ali pravni subjekt in ne zdravnik oziroma drugi zaposleni neposredno.
- Ustrezen izbor prejemnika sredstev. Torej da subjekt, ki podeljuje sredstva, nima neposredne ali posredne moči izbora končnega prejemnika sredstev, ampak je le ta izbran glede na merila njegove strokovnosti in/ali znanstvene odličnosti (Bion idr., 2018) in ne zgolj na podlagi npr. dejstva, da sodeluje v skupini odločevalcev glede vpeljave določenega zdravila/opreme v nacionalni zdravstveni sistem oziroma zdravstveni subjekt.
- Ustrezno sledljivost in transparentnost porabe sredstev, ki prihajajo od proizvajalcev/zastopnikov medicinske opreme in farmacevtskih produktov, in transparentnost njihove porabe. Torej ustrezno vodenje računovodskih izkazov, knjig ipd., ki so dovolj dostopni, da jih lahko ustrezne instance nadzirajo. Če je država ali določena institucija resnično zavezana k omejevanju korupcije in korupcijskih tveganj, bo razvila sistem in protokol, ki naredi tako sodelovanje čim bolj transparentno. Npr. sistem Open Payments v ZDA (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2022).¹⁴
- Regulacijo in upravljanje nasprotja interesov, ki izhajajo iz tovrstnega sodelovanja, zahtevata ustrezno poročanje o takšnem sodelovanju – in več, kot je zakonsko zahtevanega obsega poročanja o (so)delovanju, večja

¹⁴ Sistem je neposredna posledica t. i. ang. *US Physician Payment Sunshine Act* – zakonodaje, ki je prišla in veljavo leta 2013 in je postavila precej visoke zahteve glede poročanja o obsegu pretoka financ med proizvajalci zdravil in medicinskih pripomočkov in zdravniki ali njihovimi družinami. Izločeni so podatki o darilih manjše vrednosti in druge razumne izjeme. Podatke morajo posredovati letno, Centre for Medicare and Medicaid Services pa javno objavi podatke v vsem dostopni bazi podatkov (Merino, 2013).

- je možnost, da se bo koruptivno vedenje odkrilo oziroma da se alarmira na osebe, ki bi imele v postopku odločanja nasprotju interesov (Bion idr., 2018).¹⁵
- Zmanjšanje odvisnosti subjektov od finančnih in/ali donatorskih sredstev. Ustrezna državna shema izobraževanja zdravnikov zmanjšuje koruptivna tveganja (Rodwin, 2012). Podobno velja za raziskovanje v zdravstvu (Rodwin, 2012). Neustrezen sistem donacij in nabave medicinske opreme (Komisija za preprečevanje korupcije, 2021a), neustrezen sistem financiranja oziroma odvisnost od tovrstnih sredstev za izdajanje medicinskih znanstvenih in strokovnih revij (Iljaž in Švab, 2003; Rodwin, 2012; Sommersguter-Reichmann idr., 2018) dejansko vseskozi predstavljata korupcijsko tveganje in oblikujeta številna nasprotja interesov.

Ob vsem tem pa je smotno upoštevati, da se določenega omejevanja nasprotja interesov in koruptivnega vedenja ne lotevamo samo na strani zdravnikov, temveč sta določena pobuda oz. pristop potrebna tudi na strani proizvajalcev/zastopnikov medicinske opreme in farmacevtskih produktov, ki so na neki način ustvarjalci nasprotja interesov in se tudi znotraj svojega delovanja srečujejo s številnimi situacijami, ki predstavljajo nasprotje interesov (npr. upoštevanje rokov za poročanje o kliničnih študijah in objavljanje rezultatov študij) (Rodwin, 2012).

3.5 Ustrezen sistem javnih naročil

Urejanje odnosa in načinov sodelovanja med zdravniki in proizvajalci/zastopniki medicinske opreme in farmacevtskih produktov je le en korak k ustreznemu sistemu, ki otežuje koruptivno delovanje. Obvezen je sosledičen korak, tj. oblikovanje ustreznega sistema javnega naročanja. Glede na pregled literature (Savedoff in Hussmann, 2006; Vian, 2007, 2020; WHO, 2018) se tako prepoznava:

- ustrezne predispozicije, npr. prej omenjeno zakonodajo glede javnih naročil in nadzornih institucij;

¹⁵ Zdravniki lahko vstopajo v številne situacije, kjer bi lahko prišlo do nasprotja interesov in je za omejevanje slednjih zahteva za raznovrstna poročanja precej ključna. Na primer poročanje glede sodelovanja v raziskovalnih projektih, uredniških odborih ali lastništvu subjekta, ki se ukvarja z založniško dejavnostjo, poročanje o sočasnem delovanju v zasebnih in javnih ordinacijah, poročanje o sodelovanju v odločevalskih, selekcijskih komisijah ipd. (Bion idr., 2018).

- zahteve po dovolj visokih etičnih standardih, npr. da pogodbe vključujejo protikorupcijske klavzule, da se v naročila lahko vključijo samo ponudniki z dovolj visokim etičnim in integritetnim delovanjem in bonitetno oceno (ugledom) in ne podjetja, ki so bila ustanovljena »čez noč«, samo da bi lahko kanalizirala sredstva ali omogočila koruptivno delovanje;
- način delovanja, npr. da se ponudbe odpirajo javno in so razpisni pogoji javno objavljeni; da sistem omogoča sledljivost v smislu, kdaj je bila ponudba prejeta, kdo jo je odprl, kdo je bil v izbirni komisiji;
- ustrezno kadrovske popolnitev, npr. da so v skupino, ki postavlja razpisne pogoje, vključeni tako administrativni strokovnjaki kot tudi uporabniki predmeta/storitve naročanja, da se zaposlene in sodelujoče v komisiji prevetri glede obstoja nasprotja interesov;
- da podpisniki pogodb nosijo tudi pravne in morebitne kazenske posledice.

4 OBLIKE KORUPCIJE IN KORUPCIJSKIH TVEGANJ V SLOVENSKEM ZDRAVSTVU

V tem poglavju predstavljamo pregled stanja na področju korupcije v zdravstvu v Sloveniji, in sicer glede na akterja poročanja oziroma pregleda/vpogleda. Primarni namen pregleda je bil pridobiti sliko o obsegu poročanja, pisanja in obravnavanju korupcije v slovenskem zdravstvenem sistemu in katere so najbolj pogoste pojavne oblike korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu. Namen je bil dosežen v štirih sosledičnih korakih:

1. Iskanje relevantnih virov in literature, ki je zajemalo pregled po spletnih iskalnikih in podatkovnih bazah objav, arhivih in spletnih straneh institucij, katerih delovno področje je omejevanje korupcije, arhivih in spletnih straneh institucij, katerih delovno področje zajema nadzor nad slovenskim zdravstvom ipd.
2. Pregled najdenih zadetkov.
3. Izdelava podatkovne baze z zapisi glede primerov oziroma dokazov glede korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu.
4. Analiza zapisov v podatkovni bazi.

Preliminarni vpogled je pokazal, da lahko vire, relevantne za našo temo, razvrstimo v šest kategorij:

1. Medijske objave ter strokovna in znanstvena dela
2. Javnomenjske raziskave
3. Poročila Vrhovnega državnega tožilstva in Policije
4. Dokumenti, ki jih je izdalo Računsko sodišče Republike Slovenije
5. Dokumenti, ki so jih izdale parlamentarne preiskovalne komisije
6. Dokumenti, ki jih je izdala Komisija za preprečevanje korupcije

Za boljši vpogled in naslovitev manka, ki je bil identificiran preko vpogleda, je bila narejena še pilotska študija glede korupcije v slovenskem zdravstvu. Pridobljeni vpogled iz pregleda literature in virov, skupaj s pilotsko študijo, je bil tudi osnova za popolnitev podatkovne baze.

4.1 Pregled literature o stanju in raziskovalnem vpogledu glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Pregled gradiva slovenskih avtorjev oziroma gradiva, v katerem se pojavlja tema korupcije v povezavi s slovenskim zdravstvenim sistemom, je bil narejen preko iskanja zapisov po COBISS+ (skupnem katalogu slovenskih knjižnic) ter s sprotnim spremljanjem dnevnih časopisov, pogovornih oddaj in branja drugega gradiva, kjer se je kot tema pojavila korupcija v zdravstvu. Iskanje gradiva po COBISS+ je bilo narejeno z uporabo kombinacij:

1. Iskalno polje *naslov*, uporabljeni iskalni nizi *korupcij** (operator) IN *zdrav** (operator) ALI *medicin**. Zadetkov je bilo 44.
2. Iskalno polje *ključne besede*, uporabljeni iskalni nizi *korupcij** (operator) IN *zdrav** (operator) ALI *medicin**. Zadetkov je bilo 2.253.
3. Iskalno polje *naslov*, uporabljeni iskalni nizi *corrupt** (operator) IN *health** (operator) ALI *medici**. Zadetkov je bilo 26.
4. Iskalno polje *ključne besede*, uporabljeni iskalni nizi *corrupt** (operator) IN *health** (operator) ALI *medici**. Zadetkov je bilo 487.

Da bi zajeli tudi najbolj aktualno gradivo, je bil pregled narejen večkrat, nazadnje 1. 3. 2022. En avtor monografije je pri vsaki posamezni uporabljeni kombinaciji ročno preveril izpise (naslov in po potrebi povzetek ter ključne besede). Še posebej

je bila problematična drugo uporabljena kombinacija, saj se med 2.253 zadetki večina ni navezovala na področje zdravstva ali medicine. Del pa le posredno, npr. področje javnega naročanja, računovodske tehnike ipd. Prav tako je bilo možno pregledati le prvih 10 strani izpisa, ker je COBISS+ omejen na 1.000 izpisov (zadetkov). Pri vseh kombinacijah je bil potem v seznam za podrobnejši pregled vnesen le zadek, ki je nakazoval, da gre za izvirno delo (npr. izločeni so bili izpisi knjig, ki govorijo o tovrstni korupciji v tujini, saj so bila ta dela že vključena v pregled literature v splošnem smislu). Odstranjeni so bili vsi duplikati ter prispevki, kjer smo bili avtorji te monografije njihovi (so)avtorji. Obdržali smo izpise, ki v naslovu sicer niso izkazovali povezav z zdravstvom, so pa bili posredno povezani (npr. če je bila tema sistem Erar in Supervisor, javno naročanje ipd.).

Del virov je bil najden tudi preko učinka snežne kepe. Torej pri pregledu posameznega dela, najdenega preko COBISS+ ali medijskega poročanja, so bili najdeni tudi omembe, citati ali sklicevanja na druga dela oziroma vire, ki smo jih uvrstili na seznam za podrobnejši pregled. Na koncu je bilo tako na seznam za pregled uvrščenih 185 enot, katerih tipologija je razvidna iz tabele 2.

Tabela 2: Tipologija in obseg virov, ki so bili vključeni v pregled o korupcijskih tveganjih in korupciji, najdenih na COBISS+ oziroma preko učinka snežne kepe

Tipologija*	Število	Odstotek
diplomsko delo	65	35 %
članek, sestavni del (medijski članek)	55	30 %
magistrsko delo	34	18 %
članek, sestavni del (strokovni članek)	6	3 %
prispevek na konferenci	6	3 %
disertacija	4	2 %
poročilo javnomnenjske raziskave	4	2 %
konferenčni zbornik	4	2 %
zbornik	2	1 %
raziskovalna naloga	2	1 %
članek, sestavni del (znanstveni članek)	1	1 %
poglavje v zborniku	1	1 %
specialistično delo	1	1 %
Skupaj	185	100 %

* Klasifikacijo smo naredili avtorji monografije glede na zapis v COBISS+, revijo in vsebino prispevka, npr. članke v reviji ISIS, Pravna praksa ipd. smo kategorizirali kot strokovne članke, razen, če je bila vsebina raziskovalne narave (meta študije, ankete ipd.).

Najdene vire sta nato pogledala dva avtorja monografije. Med najdenimi zadetki se je pri podrobnejšem pregledu izkazalo, da so bili med njimi tudi takšni, ki ne

naslavljajo stanja v Sloveniji (npr. da so bile to predstavitve knjig ali članki, ki govorijo o stanju v drugih državah). Do petih virov nismo mogli dostopati oziroma nam jih tudi s pomočjo knjižničark in drugih strokovnjakov bibliotekarstva ni uspelo najti na podlagi zapisa reference. En vir smo lahko pregledali le delno, ker večpredstavna datoteka v času pregleda ni delovala.

Tabelo 2 prikazujemo z namenom ilustracije, kako in v kakšnem segmentu se korupcijska tveganja analizirajo v Sloveniji, in zato zgornji nabor virov ne predstavlja čisto končnega seznama v to monografijo vključenih virov, saj je nato podroben pregled pokazal, da večji del virov obravnavno tematiko obdeluje posredno. Na primer s povzemanjem dokumentov Komisije za preprečevanje korupcije ali parlamentarnih komisij oziroma medijskega poročanja. V takšnih primerih smo avtorji monografije sami pregledali izvirne vire in jih po potrebi vključili v podatkovno bazo, ki je služila za identifikacijo posameznih pojavnih oblik korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu. Vire smo v podatkovno bazo vključili le, če so vključevali izvirno empirično raziskavo (npr. intervju, anketo).

Pregled literature je pokazal, da pri obravnavi korupcije prevladujejo zaključna dela slovenskih študentov in medijska poročanja. Zaključna dela študentov se korupcije v slovenskem zdravstvu dotaknejo segmentno (npr. Makar, 2002) oziroma je korupcija v zdravstvu primaren fokus naloge (npr. Cegnar, 2010; Drobnič, 2019; Ferencina in Kozorog, 2009; Korošec, 2011; Peršuh, 2021; Trstenjak, 2015).

Raziskovalni vpogledi ugotavljajo, da je tudi slovenski zdravstveni sistem podvržen korupcijskemu tveganju, izhajajočega iz sodelovanja med proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ter zdravniki. Tako Ferencina in Kozorog (2009) v svojem poročilu pišeta, da sta na podlagi raziskave ugotovili, da tudi slovenski zdravniki občutijo določene pritiske od proizvajalcev/zastopnikov/dobaviteljev medicinske opreme in farmacevtskih podjetij (tabela 3).

Tabela 3: Dojemanje pogostosti pritiska od farmacevtskih podjetij ($n = 60$)

	redno	pogosto	občasno	nikoli
Kirurg	35 %	45 %	20 %	0 %
Splošna praksa	80 %	20 %	0 %	0 %
Drugo	75 %	10 %	5 %	0 %
Povprečje	63 %	25 %	8 %	0 %

Vir: Ferencina in Kozorog (2009, str. 68)

Zanimivo je tudi, da v primeru splošne prakse 75 odstotkov anektiranih zdravnikov doživlja pritisk kot pritisk na njih same, medtem ko se pri ostalih pritisk vrši posredno, preko pritiska na institucijo (95 odstotkov v primerih kirurgije in 85 odstotkov v primeru drugih specializacij) (Ferencina in Kozorog, 2009).

Po drugi strani pa ugotavljata, da Slovenci svojih zdravnikov ne obdarujejo pretirano pogosto. Namreč 96,65 odstotka njunih anketirancev ($n = 3.000$) do časa anketiranja še nikoli ni obdarilo zdravnika. Med tistimi, ki so to storili, pa jih je večina 71,3 odstotka to storila v znak zahvale, toda kar 10,6 odstotka žensk in 5,8 odstotka moških, ki so obdarili zdravnika, meni, da slednji to pričakuje. Na drugi strani je od 60 anektiranih zdravnikov 37 odstotkov zdravnikov poročalo, da prejmejo darilo enkrat mesečno, in 33 odstotkov zdravnikov prejme darilo večkrat tedensko (Ferencina in Kozorog, 2009).¹⁶ V svoji magistrski nalogi podobno ugotavlja Korošec (2011), kjer so anketiranci iz njene raziskave ($n = 149$) izrazili, da darovi, kot so čokolada, kava, žganje ipd., niso korupcija. Zanimiva ugotovitev iz iste pilotske raziskave je, da je večina anketirancev korupcijo v zdravstvu videla kot velik problem (s tem se je strinjalo 85,8 odstotka anketirancev), toda le 24,6 odstotka jih je dejansko imelo izkušnjo s korupcijo pri srečanju z zdravniki in zdravstvenimi delavci. Oziroma je od 34,7 odstotka anketirancev takšno izkušnjo imel njihov sorodnik ali znanec. Med vzroki za korupcijo so anketirani videli predvsem zagotovitev pravočasne storitve oziroma storitve preko vrste (84 odstotkov). Cegnar (2010) je za svoje zaključno delo anketirala zaposlene v Zdravstvenem domu Kamnik, Zdravstvenem domu Škofija Loka in Bolnišnici Topolšica, kjer je bila od 49 anketirancev 31 (63,3 odstotka) anketirancem ponujena podkupnina – trem je bila ponujena v obliki denarja, 18 v obliki darila in 10 pa v obliki denarja in darila. Kot poglavitni razlog za korupcijo v zdravstvu so navedli dolge čakalne vrste, sledijo odsotnost interesa za pregon korupcije ter ohlapni predpisi. 14 anektiranih oseb je

¹⁶ Magistrska naloga Ferencina in Kozorog (2009), v okviru katere je bila raziskava narejena, vsebuje tudi podrobnejše podatke oziroma podanalize glede na regijo bivanja, spol, starostno skupino, vrednosti daril, motive ipd. pacientov ter glede na specializacijo, spol in starostno skupino zdravnikov.

tudi poročalo, da jih je obiskal promotor farmacevtske družbe. Od tega jih je promotorja zavrnilo 11, trije pa so ga sprejeli in promovirali njegovo zdravilo. Da obdarovanje zaposlenih v zdravstvu ni prevladujoča praksa v Sloveniji, je v raziskavi za svojo magistrsko nalogo ugotovil tudi Peršuh (2021, str. 50–51, 55–58). Avtor piše, da je 38 odstotkov anketirancev v vzorcu 115 oseb povedalo, da so že obdarovali zaposlenega v zdravstvu, pri čemer jih 21 odstotkov to stori po potrebi, 14 odstotkov občasno in le 2 odstotka pogosto ter 1 odstotek vedno. Med dejavniki za korupcijo v zdravstvu so kot najbolj ključne prepoznali čakalne vrste, politično kadrovanje, javna naročila, zunanje vire financiranja, prepletanje javnega in zasebnega zdravstva in zunanje sponzoriranje izobraževanj zaposlenih. Med vzroki je bila za 77 odstotkov anketirancev zagotovitev pravočasne storitve. Večina anketiranih je menila, da je korupcija v zdravstvu velik problem.

Obsežno o problematiki korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu poročajo tudi mediji. In sicer preko poročanja ali zgolj opozarjanja na številne – pozitivne in negativne – zgodbe, ki se dotikajo slovenskega zdravstva. Pogoste so tudi novice glede korupcije v zdravstvu in v katerih se kot žvižgač pojavlja dr. Erik Breclj (Kališnik, 2022).

Odmevne so bile težave s problemi otroške kirurgije (Bulovec, 2016) in številne težave z javnimi naročili v zdravstvu. Mediji so pisali o pojavljanju različnih cen za iste produkte znotraj države in tudi glede dejstva, da gre za izjemno visoke cene tovrstnih pripomočkov v Sloveniji in da gre za desetletja star problem (Al. Ma. idr., 2021). Mediji so poročali tudi o težavah ob gradnjah stavb za potrebe slovenskega zdravstvenega sistema, pri katerih se kažejo sumi koruptivnega vedenja. Znanе so zgodbe okrog gradnje pediatrične klinike in Onkološkega inštituta, pri katerem je nadzor pokazal vrsto nepravilnosti (A. M., 2008). Tudi avtorji medijskih novic so se dotaknili primerov korupcije in korupcijskih tveganj, izhajajočih iz sodelovanja med zdravniki ter proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov (npr. Ferlič Žgajnar, 2021). Problematično je bilo predvsem, ko so omenjeni akterji pristopali do zdravnikov, članov komisije za zdravila, ki odločajo o uvrstitvi zdravil na pozitivno in negativno listo, kar je že leta 2002 zahtevalo naslovitev (Brajer, 2002). Mediji so pisali tudi glede problematičnega prepleta javnega in zasebnega zdravstvenega sektorja (Jager, 2021; Knavs, 2017). V dnevnikih novicah pa se znajdejo tudi poročanja o posameznih primerih korupcije med zdravniki in pacienti oziroma

osebami, ki potrebujejo določena potrdila (npr. Einspieler, 1998; Possnig in Žišt, 2021).¹⁷

Poleg preiskovalnih zgodb mediji ponudijo platformo in »dajo glas« strokovnjakom, ki so bili ali so še del zdravstvenega sistema in skušajo opozarjati na številne – tudi s korupcijo povezane – težave v sistemu (Keber, 2017; »Vlakci evidentiranja službenih kartic na UKC Ljubljana«, 2021). Medijska poročanja so uporabljena za znanstvene analize (npr. Bulovec in Frangež, 2017), občasno pa so tudi povod za kriminalistične preiskave. O takem primeru pišeta Božić in Nikač (2018), ko pišeta, kako je medijski članek sprožil preiskavo v aferi podkupovanja hrvaških zdravnikov, ki jo je izvajalo farmacevtsko podjetje. V eni točki je bilo obtoženih 364 zdravnikov.

Iz medijskih zapisov, kjer so bili intervjuvani zdravniki (npr. Brajer, 2003; Kališnik, 2022), se tudi nakazuje, da so le ti v primeru izpostavljanja, opozarjanja ali sodelovanja v iniciativah zoper korupcijo v zdravstvu žrtve različnih oblik šikaniranja, groženj, mobinga in drugega vedenja, s katerim se očitno skušajo preprečiti podobna izpostavljanja.

V monografiji nismo naredili sistematične analize medijev glede poročanja o korupciji, smo pa vključili tovrstna poročanja kot dokaz o pojavnosti določene oblike koruptivnega vedenja in korupcijskih tveganj.

4.2 Pregled javnomnenjskih raziskav glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Pregled literature in virov ni nakazal obstoja javnomnenjske raziskave, ki bi se osredotočala specifično in izključno na temo korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji, je pa možen segmentni vpogled preko podatkov Globalnega barometra korupcije, Evrobarometra in raziskav Stališča o korupciji, ki jih je med letoma 2002 in 2008 financirala Komisija za preprečevanje korupcije (in katere podatke hrani Arhiv družboslovnih podatkov [ADP], n. d.). Za vse naštetje smo v nadaljevanju izpisali ključne rezultate in ugotovitve, ki se dotikajo področja

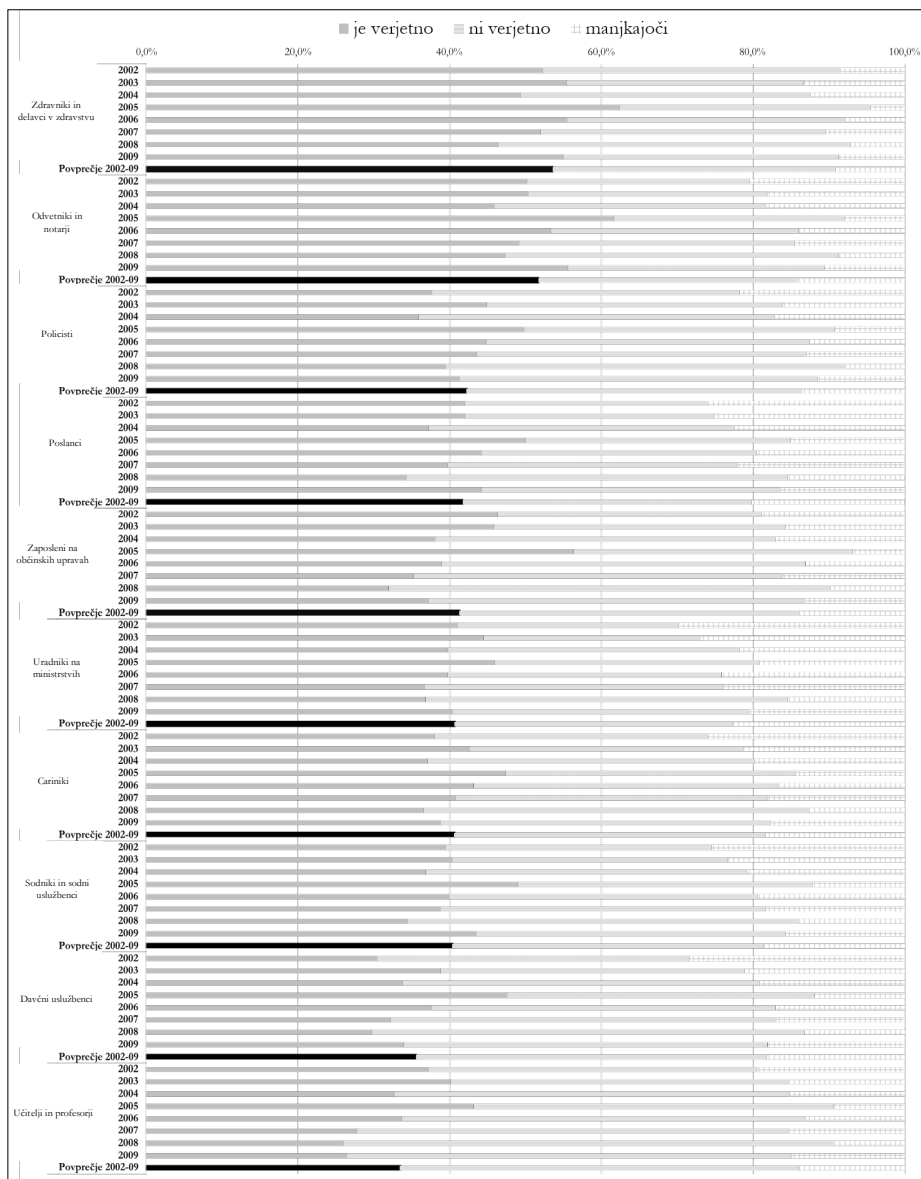
¹⁷ Einspieler (1998) piše o primeru, kjer je zdravnik izsiljeval pacienta, da mu mora slednji izročiti tri tisoč takratnih nemških mark [kar je po zadnjem veljavnem tečaju za nemško marko približno 1.534 € (op. a.)], če hoče pridobiti odločbo o invalidnosti oziroma da mu te odločbe ne bodo razveljavili. Oseba je o vsem tem obvestila policijo, ki je potem spremljala predajo in na tak način pridobila ustrezne dokaze. Possnig in Žišt (2021) pa pišeta o primeru zaposlenih, ki so neupravičeno izdajali potrdila o cepljenju proti covidu-19.

zdravstva. Iz poročil nismo povzemali podatkov za celostni pregled stanja na področju korupcije v Slovenji, saj bi s tem izredno povečali obseg monografije in preusmerili rdečo nit besedila. Zainteresiranim bralcem je takšen vpogled na voljo na spletnih straneh organizacij, ki so raziskovalna poročila, analize in podatkovne zbirke dale v uporabo. Prav tako iz poročil, analize ali podatkovnih zbirk nismo izpisali določenih podrobnosti, če iz podatkov ni bilo možno izluščiti, kolikšen delež rezultatov se navezuje neposredno na korupcijo v zdravstvu. Na primer, če so bili razlogi za dajanje korupcije podani samo na splošno in ne za posamezno skupino.

4.2.1.1 Javnomenjska raziskava Stališča o korupciji in korupcija v zdravstvu v Sloveniji

Raziskava Stališča o korupciji je sicer celokupni vpogled v javno mnenje prebivalcev Slovenije glede njihovega mnenja in tudi izkustev o korupciji v Sloveniji. Iz serije raziskav, ki so se izvajale med letoma 2002 in 2009, je mogoče pridobiti tudi določen vpogled v stanje korupcije na področju zdravstva v tistem času. Poleg poročil o raziskavi (Komisija za preprečevanje korupcije, 2004, 2005a, 2006a, 2008, 2009a, 2010a; Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije, 2002, 2003) smo v ADP pridobili podatkovne datoteke za posamezna leta, jih združili ter naredili nove frekvenčne analize. Pri analiziranju smo uporabili vključene uteži. Pri podatkovnih datotekah za določena leta smo opazili nekatere neskladnosti, zato smo se v primeru nejasnosti obrnili na ADP, ki nam je posredoval določene izračune ter pojasnila glede neskladnosti. Da so podatki ustrezno združeni, smo sicer preverili preko t. i. združenih opisov raziskave, ki so bili na voljo za vsako raziskavo v seriji.

Med najbolj opaznimi rezultati raziskave je stališče anketirancev, da je vseskozi – z izjemo posameznih let – prevladovalo prepričanje, da je največja verjetnost, da bi morali ponuditi podkupnino, prav v zdravstvu (graf 1).



Graf 1: Grafična upodobitev odgovorov na vprašanje *Ali menite, da je verjetno, ali da ni verjetno, da bi posameznik moral ponuditi denar, darilo ali uslugo, da bi spodaj naštete uradne osebe opravile tisto, kar so po službeni dolžnosti dolžne storiti?*

(vir: Komisija za preprečevanje korupcije, 2005b, 2006b, 2009b, 2009c, 2010, 2012; Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije, 2005a, 2005b in zaprosilo na ADP)

Tabela 4 prikazuje podrobnejše razčlenitve odgovorov na izbrana vprašanja glede korupcije v zdravstvu.

Tabela 4: Podatki o odgovorih [v %] na izbrana vprašanja o korupciji v zdravstvu iz raziskave Stališča o korupciji v Sloveniji

Leto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Velikost vzorca v poročilu	914	901	911	1000	907	908	911	966	
Verjetnost, da bi moral ponuditi podkupnino zdravniku ali drugemu delavcu v zdravstvu*	Je verjetno	52,4	55,5	49,4	62,5	55,6	52,1	46,5	55,0
	Ni verjetno	39,2	31,2	38,2	33,0	36,4	37,6	46,4	36,3
	Ne vem, brez odgovora	7,9	11,3	10,8	4,5	6,1	9,3	7,0	8,0
	Skupaj	99,5	98,0	98,5	100,0	98,2	98,9	99,9	99,3
Ali ste imeli vi ali vaši sorodniki izkušnjo s korupcijo v zdravstvu	Manjkajoči	0,5	2,0	1,5		1,8	1,1	0,1	0,7
	Da	14,4	5,1	4,8	15,2	14,6	12,7	11,9	11,7
	Ne	85,1	67,1	73,5	84,8	83,5	86,3	87,9	88,0
	Skupaj	99,5	72,2	78,3	100,0	98,0	99,0	99,9	99,7
Manjkajoči	0,5	27,8	21,7		2,0	1,0	0,1	0,3	
Podrobneje glede izkušenj s korupcijo v zdravstvu predstavljajo spodnje vrstice, kjer je odstotek računán glede na celoten vzorec									
Število oseb v vzorcu, ki je imelo izkušnjo s korupcijo	131 (14,4 %)	46 (5,1 %)	44 (4,8 %)	152 (15,2 %)	132 (14,6 %)	115 (12,7 %)	109 (11,9 %)	113 (11,7 %)	
Ali pri tem šlo za?	Uporabo zvez in poznanstev	5,7	2,5	1,8	6,0	6,5	5,7	4,9	5,3
	Denar ali darila, ker je bilo možno le tako rešiti problem	5,6	1,8	2,5** *	7,9	7,0	5,9	6,5	5,8
	Drugo	0,6	0,5	0,1	0,7	1,1	0,1	0,5	0,6
	Da**	2,1	0,2	0,4	7,4	7,2	5,5	7,1	5,6
Ali je bila zahteva nedvoumno izražena?	Ne	/	/	/	7,8	6,7	6,6	4,4	5,0
	Ne vem, brez odgovora	/	/	/	/	0,7	0,6	0,4	1,1

* Besedna zveza »in drugi delavci v zdravstvu« se pojavi v poročilu leta 2005.

** V podatkovnih bazah za leta 2002, 2003, 2004 se pritrdilni odgovor pojavlja kot izbira v prejšnjem vprašanju glede uporabe zvez in poznanstev oziroma denarja/darila.

*** Leta 2004 je bilo tistim, ki so podali pritrdilni odgovor na to vprašanje (takih je bilo 22), postavljeno podvprašanje *Na čigavo pobudo je bilo dano darilo ali denar*, pri čemer so štirje odgovorili, da je pobuda prišla od zdravnika, 11, da od njih, ter štirje, da od prijateljev in znancev (dva nista podala odgovora oziroma ni bilo odgovora).

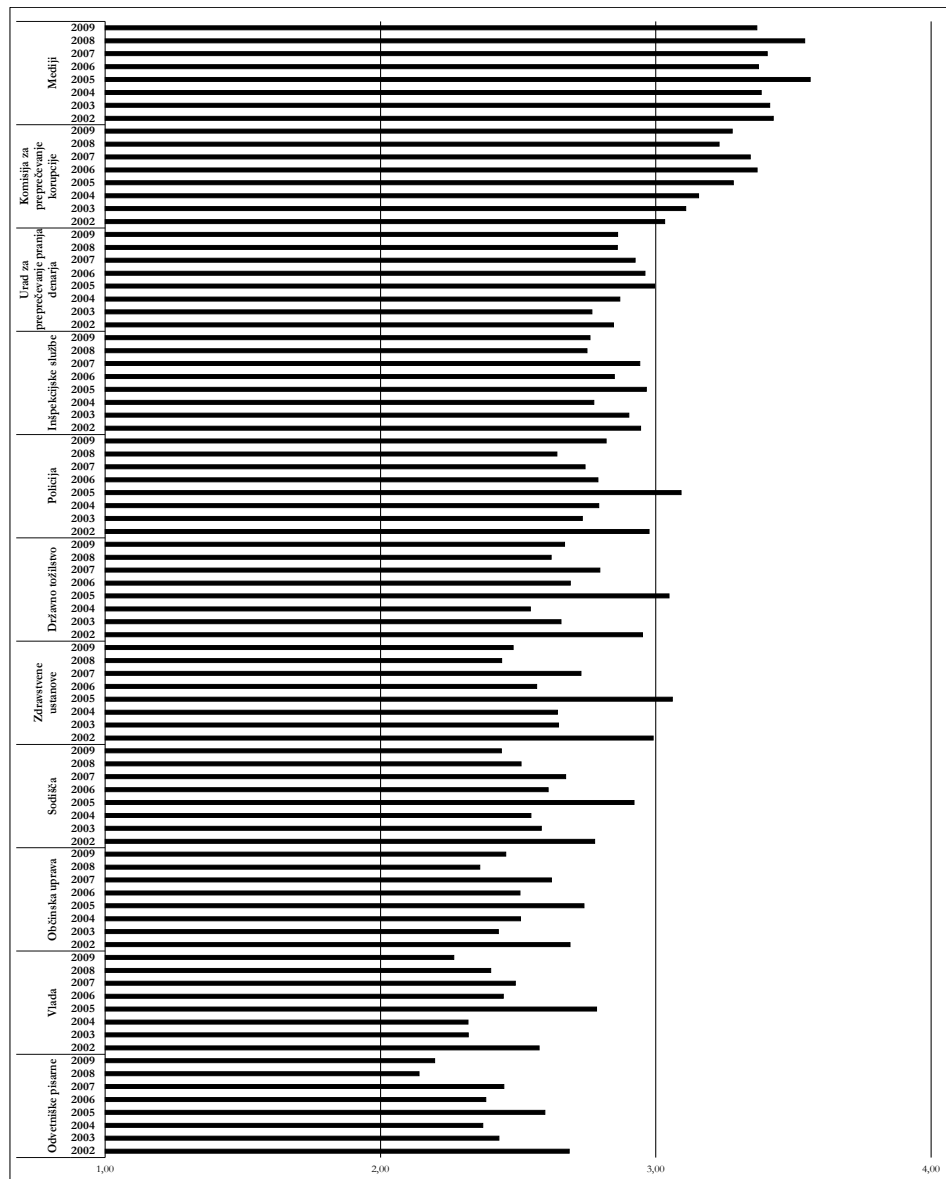
Prilagojeno na podlagi podatkov iz poročil, podatkovnih datotek (Komisija za preprečevanje korupcije, 2005a, 2006a, 2009b, 2009c, 2010a, 2010b, 2012; Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije, 2005a, 2005b) ter osebne korespondence z ADP (leta 2008 so bile opažene neskladnosti med podatkovno datoteko in spremnimi poročili, pojasnila smo dobili iz ADP).

Skozi vsa analizirana leta je vidna neskladnost med percepcijo obsega problema korupcije in osebnimi izkušnjami. Ta razlika sicer ni značilna samo za mnenje glede obsega korupcije v zdravstvu, ampak tudi pri drugih skupinah. Raziskovalci razloge zanj pripisujejo viru informacij – medijem, ki so poglavitni uporabljani vir za osnovanje mnenj o stanju v državi, pa tudi drugim bolj osebnim karakteristikam,

npr. izobrazbi in socioekonomskim merilom (Komisija za preprečevanje korupcije, 2010a; Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije, 2002).

Pri sami analizi dejanskih izkušenj s korupcijo obstajajo tudi določene težave verodostojnosti, saj je npr. od deleža oseb, ki imajo izkušnje s korupcijo, določen delež oseb, ki so dale darilo, menil, da je to pričakovano, vendar v resnici ni bilo. Toda skozi vsa leta je skoraj polovica tistih, ki so imeli izkušnjo s korupcijo, povedala, da je bilo nedvoumno izraženo, da je podkupnina pričakovana.

Dokaj nespodbudni so tudi rezultati participacije zdravstvenih ustanov glede omejevanja korupcije, saj jih anketiranci niso prepoznali kot aktivne akterje, ki bi korupcijo omejevali. Anketiranci so na vprašanje *Kdo je najbolj zaslužen za boj proti korupciji v Sloveniji* odgovarjali na lestvici v razponu od 1 – sploh niso pripomogle do 5 – močno so pripomogle k boju s korupcijo (graf 2).



Graf 2: Povprečje odgovorov na vprašanje *Kdo je najbolj zaslužen za boj proti korupciji v Sloveniji*

(vir: Komisija za preprečevanje korupcije, 2005b, 2006b, 2009b, 2009c, 2010, 2012; Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije, 2005a, 2005b)¹⁸

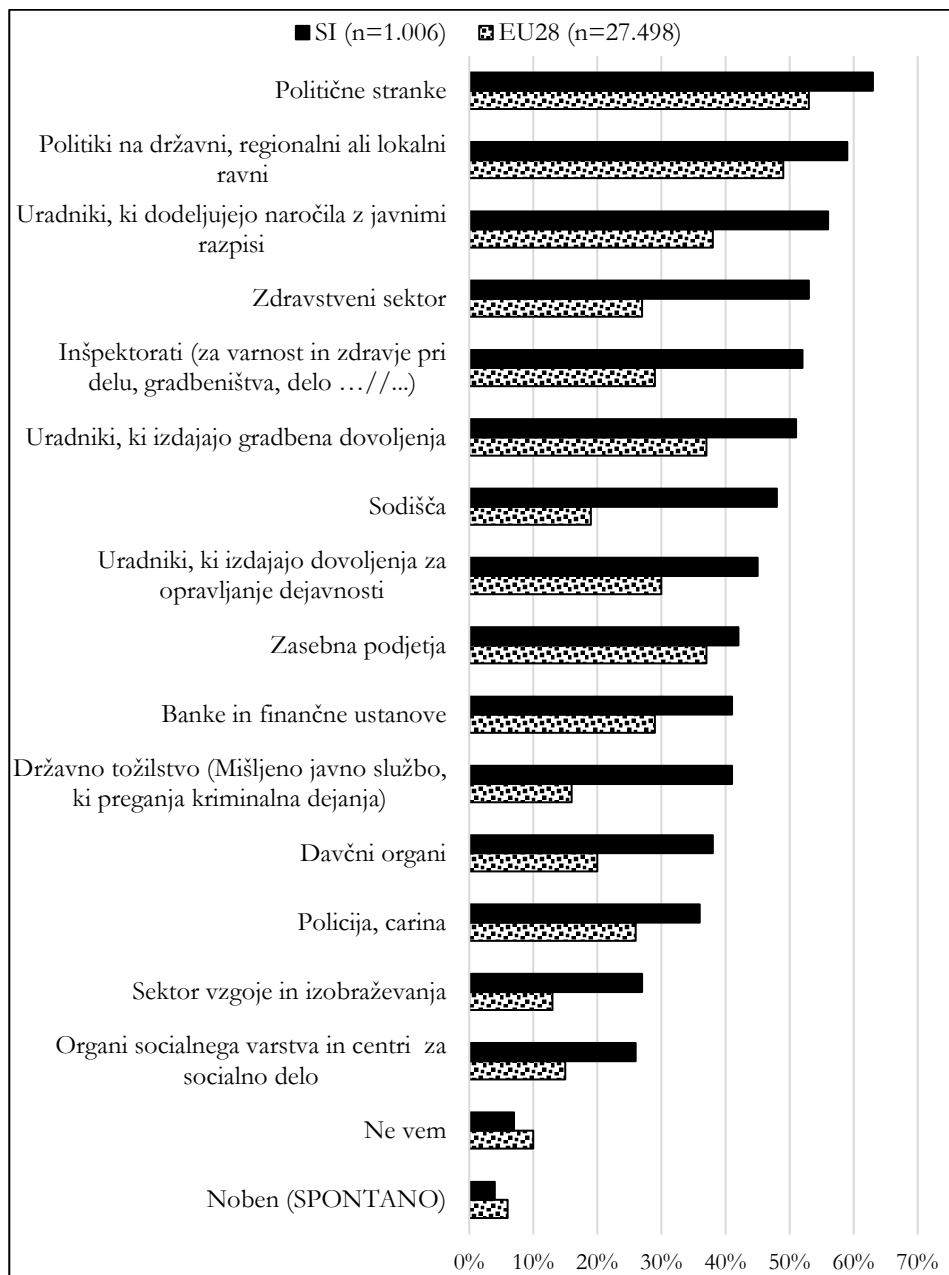
¹⁸ Anketiranci so lahko odgovarjali na petstopenjski lestvici v razponu od 1 – sploh niso pripomogle do 5 – močno so pripomogle k boju s korupcijo (Komisija za preprečevanje korupcije, 2010b).

4.2.1.2 Javnomenjske raziskave Evrobarometra o korupciji v zdravstvu v Sloveniji

Javnomenjske raziskave Evrobarometra, ki zajamejo celotno področju EU, periodično izvajajo anketiranje s poudarkom na temo korupcije.¹⁹ Podobno kot predhodno predstavljene raziskave Stališča do korupcije, ki jih je naročevala Komisija za preprečevanje korupcije, tudi pri Evrobarometru anketirance sprašujejo po mnenjih, percepciji in lastnih izkušnjah v povezavi s korupcijo v različnih sektorjih.²⁰ Anketiranje za zadnji Evrobarometer o korupciji je bilo izvedeno leta 2019. Rezultati kažejo, da slovenski anketiranci menijo, da je največja verjetnost korupcije pri političnih strankah in politikih na različnih ravneh v državi, sledijo pa uradniki, ki delujejo na področju javnih naročil, in zdravstveni sektor (graf 3) (European Commission, 2020b).

¹⁹ Pojmovna kompleksnost termina korupcija se prenaša tudi v izvajanje anket. V uvodnem delu vprašalnika pojem korupcija anketirancu ni predstavljen, se pa po uvodnem delu in na začetku vprašanj s poudarkom na korupciji anketirancu prebere: »Odslej bomo izraz korupcija uporabljali v širšem pomenu. Sem spadajo ponujanje, dajanje, zahtevanje ali sprejemanje podkupnin ali nezakonitih provizij, darila večjih vrednosti ali pomembne usluge ter vsaka zloraba položaja za osebne koristi. Zelo pomembno je, da na naslednja vprašanja odgovarjate na podlagi lastnih izkušenj.« (European Commission, 2020a, str. 14). Pri prvih anketiranjih (npr. European Commission, 2012a) tega nismo opazili in se to besedilo pojavi šele pri anketiranju leta 2013 (European Commission, 2016).

²⁰ Vprašanje, ki je postavljeno anketiranemu, je »Ali mislite, da je v Sloveniji dajanje in sprejemanje podkupnin ter zloraba položaja in moči v osebno korist razširjena med sledečim?«, kjer so našteje naslednje možnosti: »Ljudje, ki delajo v policijski službi, Ljudje, ki delajo v carinski službi, Ljudje, ki delajo v sodniški službi, Politiki na državni ravni, Politiki na regionalni ravni, Politiki na lokalni ravni, Uradniki, ki dodeljujejo naročila z javnimi razpisi, Uradniki, ki izdajajo gradbena dovoljenja, Uradniki, ki izdajajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti, Ljudje, ki delajo v javnem zdravstvenem sektorju, Ljudje, ki delajo v javnem izobraževalnem sektorju, Inšpektorji (zdravstveni, gradbeni, za kakovost hrane, sanitarni nadzor in izdajanje dovoljenj), Nič (SPONTANO), Drugo (SPONTANO), Ne vem« (ležeče zapisano besedilo je dobesedni prepis iz slovenske verzije vprašalnika, dostopnega na European Commission, 2012a, str. 47; upoštevano pa je tudi besedilo European Commission, 2006). V letu 2013 je prišlo do sprememb in je bilo vprašanje prilagojeno v »Ali so v Sloveniji po vašem mnenju dajanje in sprejemanje podkupnin ter zloraba položaja za osebne koristi razširjeni v katerih koli od naslednjih skupin?« in možnosti za odgovore so vključevale: »Politične stranke, Politiki na državni, regionalni ali lokalni ravni, Uradniki, ki dodeljujejo naročila z javnimi razpisi, Uradniki, ki izdajajo gradbena dovoljenja, Zasebna podjetja, Policija, carina, Banke in finančne ustanove, Inšpektorati (za varnost in zdravje pri delu, gradbeništva, delo, kakovost živil, sanitarni nadzor, podeljevanje licenc), Zdravstveno varstvo, Uradniki, ki izdajajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti, Davčni organi, Sodišča, Državno tožilstvo (ANK.: S tem mislimo javno službo, ki preganja kriminalna dejanja), Organi socialnega varstva in centri za socialno delo, Sektor vzgoje in izobraževanja, Noben (SPONTANO), Ne vem« (ležeče zapisano besedilo je dobesedni prepis iz European Commission, 2020b, str. 15; Evropska komisija, 2014, str. 2). Zaradi boljšega razumevanja smo besedno zvezo Zdravstveno varstvo nadomestili z Zdravstvenim sektorjem, ker je bila ta besedna zveza uporabljena v nadaljevanju uporabljenega vprašalnika in v poročilu.



Graf 3: Deleži odgovorov anketirancev na vprašanje *Ali so v Sloveniji po vašem mnenju dajanje in sprejemanje podkupnin ter zloraba položaja za osebne koristi razširjeni v katerih koli od naslednjih skupin?* Primerjava med Slovenijo [SI] in Evropsko unijo [EU]

(vir: European Commission, 2020b)

Poleg percepcije o mnenju glede obsežnosti korupcije vprašalnik vključuje tudi vprašanja glede osebnih izkušenj.²¹ Tabela 5 združuje vse rezultate oziroma podatke o odgovorih na vprašanje glede percepcije in osebnih izkušenj glede korupcije specifično za področje zdravstva. Že na prvi pogled je vidno, da se percepcija o stanju korupcije v slovenskem zdravstvu in dejanske izkušnje izrazito razlikujejo. Anketiranci izrazito bolj kritično vidijo stanje v slovenskem zdravstvu, kot jim to dejanske izkušnje pritrjujejo.

²¹ Vprašanje, ki je postavljeno anketiranemu, je »Ali je v preteklih 12 mesecih kdorkoli v Sloveniji od vas zahteval ali pričakoval podkupnino za njegove/njene storitve?«, kjer so bile naštete naslednje možnosti za odgovor in kjer je bilo možno izbrati več odgovorov: »Ne, nihče, Da, oseba, ki je zaposlena v policijski službi, Da, oseba, ki je zaposlena v carinski službi, Da, oseba, ki je zaposlena sodniški službi, Da, od politika na nacionalni ravni, Da, od politika na regionalni ravni, Da, od politika na lokalni ravni, Da, uradnik, ki dodeljuje naročila z javnimi razpisi, Da, uradnik, ki izdaja gradbeno dovoljenje, Da, uradnik, ki izdaja dovoljenja za opravljanje dejavnosti, Da, oseba, je je zaposlena v sektorju javnega zdravstva, Da, oseba, ki je zaposlena javnem šolstvu, Da, inšpektor (zdravstveni, gradbeni, za kakovost hrane, sanitarni nadzor in izdajanje dovoljenj), Da, od osebe, ki je zaposlena v zasebnem podjetju, Da, nekdo drug, Ne vem« (ležeče zapisano besedilo predstavlja dobesedni prevod opisa vprašanja iz poročila Evropske komisije (European Commission, 2012a, str. 47)). V letu 2013 je prišlo do sprememb in je bilo vprašanje prilagojeno v »Če pomislite na opravke s temi skupinami v zadnjih 12 mesecih, ali je kdo v Sloveniji od vas zahteval ali pričakoval darilo, uslugo ali dodatno plačilo v zameno za izvedbo storitev?«, med možnostmi za odgovor so bile naštete prej omenjene skupine akterjev. So pa zdaj najprej vprašali, ali je imela oseba v zadnjih 12 mesecih dejanski stik s kom izmed naštetih skupin.

Tabela 5: Podatki o odgovorih [v %] na izbrana vprašanja iz Evrobarometrov, ki so merili mnenja in izkušnje s korupcijo

Številka Evrobarometra	245	291	325	374	397	470	502
Leto anketiranja	2005	2007	2009	2011	2013	2017	2019
Velikost vzorca Slovenija	1.030	1.016	1.026	1.024	2.012	1.014	1.008
Velikost vzorca EU	25 držav/ 24.682 oseb	27/ 26.730	27/ 26.663	27/ 26.856	27/ 27.786	28/ 28.080	28**/ 27.498***
% anketirancev, ki menijo, da so dajanje in prejetanje podkupnin ter zloraba položaja in moči v osebnost korist razširjeni med zaposlenimi v javnem zdravstvenem sektorju.	S	60	52	60	59	41	58
	E	31	26	32	30	33	31
% anketirancev, ki so prireditno odgovorili na vprašanje, ali so bili zadnjih 12 mesecih vprašani oziroma so od njih pričakovali podkupnino za storitve znotraj zdravstvenega sektorja.	S	2	1	2	1	1*	5
	I	2	1	2	1	1*	3
% anketirancev, ki menijo, da so dajanje in prejetanje podkupnin ter zloraba položaja in moči v osebnost korist razširjeni med zaposlenimi v inšpektoratih (zdravstvenih, gradbenih, sanitarni nadzor in izdajanje dovoljenj).	S	60	54	68	66	51	44
	I	60	54	68	66	51	44
% anketirancev, ki so prireditno odgovorili na vprašanje, ali jih je v zadnjih 12 mesecih nekdo od zaposlenih v inšpektoratu (zdravstvenih, gradbenih, sanitarni nadzor in izdajanje dovoljenj) vprašal za podkupnino oz. so od njih pričakovali podkupnino.	S	0	1	1	1	0*	1
	I	0	1	1	1	0*	1
% anketirancev, ki so prireditno odgovorili na vprašanje, ali jih je v zadnjih 12 mesecih nekdo od zaposlenih v inšpektoratu (zdravstvenih, gradbenih, sanitarni nadzor in izdajanje dovoljenj) vprašal za podkupnino oz. so od njih pričakovali podkupnino.	S	0	1	1	1	0*	1
	I	0	1	1	1	0*	1

* Z letom 2013 so pri anketiranju postavili nekaj dodatnih vprašanj, ki so izboljšala meritve. Anketirance so namreč vprašali, ali so dejansko imeli stik s katero od institucij oziroma zaposlenimi iz tveganih sektorjev in potem povprašali, ali je kdo iz zaposlenih/delujočih v tem sektorju zahteval podkupnino.

** Ker je bilo Združeno kraljestvo v času anketiranja še vedno del EU, smo upoštevali te podatke. Poročilo vsebuje tudi podatke brez te države, t. i. EU27, vendar smo za boljše čitavost primerljivost za referenco vzeli EU28.

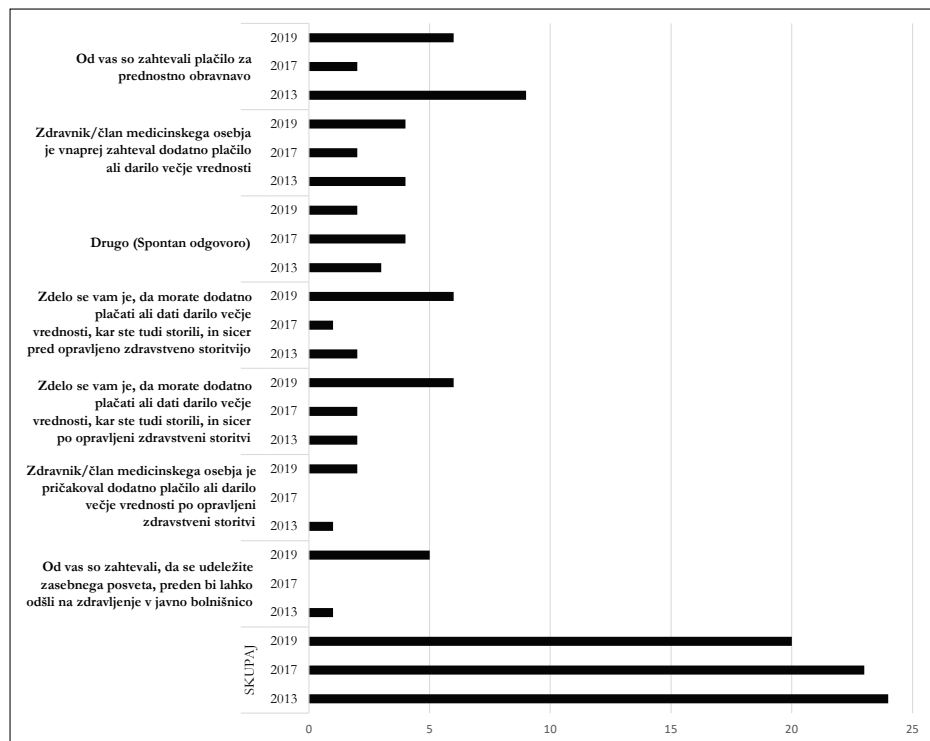
*** V poročilu Evropske komisije (European Commission, 2020b) se pojavljajo različne številke glede skupnega števila anketirancev, mi smo upoštevali število, ki je opisano v uvodu in pod posameznimi tabelami ali grafi ter omejeno v podatkovnih tabelah, ki smo jih uporabili.

Vir: European Commission (2006, 2008, 2009, 2012a, 2012b, 2014, 2017, 2020a, 2020b)

Posebni Evrobarometer, ki je bil objavljen 2014, se je temi korupcije še podrobneje posvetil in so med anketiranjem postavili dodatna vprašanja. Med drugim je bilo postavljeno vprašanje *Ali ste morali poleg plačila uradnih stroškov dati dodatno plačilo ali darilo večje vrednosti članu medicinskega osebja ali zdravniku oziroma ali ste morali bolnišnici donirati denar?* (European Commission, 2020a, str. 13).

Tako so anketirance vprašali, ali so morali poleg uradnih stroškov zdravniku ali medicinski sestri še kaj dodatno doplačati ali pa ju obdarovati z dragocenejšim darilom. Med državami, kjer so anketiranci najpogosteje pritrdilno odgovorili (tj. Romunija 28 odstotkov, Litva 21 odstotkov, Grčija 11 odstotkov, Madžarska 10 odstotkov, Slovaška 9 odstotkov, Nemčija in Bolgarija 8 odstotkov ter Latvija 7 odstotkov), ni bilo Slovenije. Slovenskih anketirancev, ki so pritrdilno odgovorili, je bilo 3 odstotke, kar je pod 5-odstotnim povprečjem EU (European Commission, 2014). V Evrobarometru, ki je bil objavljen tri leta kasneje, se stanje za Slovenijo ni spremenilo, saj so še vedno le 3 odstotki anketirancev odgovorili pritrdilno na omenjeno vprašanje. Med državami, kjer so taka plačila najpogostejša, so ostale Romunija (19 odstotkov), Madžarska (17 odstotkov), Grčija (13 odstotkov), Litva (12 odstotkov) ter Avstrija (9 odstotkov) (European Commission, 2017). Še tri leta kasneje so v Sloveniji le 3 odstotki anketirancev podali pritrdilni odgovor na vprašanje, ali so morali poleg uradnih stroškov zdravniku ali medicinski sestri še kaj dodatno doplačati ali pa ju obdarovati z dragocenejšim darilom. Države, kjer je bilo takih anketirancev več kot 10 odstotkov, so bile Romunija (19 odstotkov), Avstrija (17 odstotkov), Grčija (14 odstotkov), Madžarska (14 odstotkov), Litva (10 odstotkov), Latvija (10 odstotkov) in Bolgarija (10 odstotkov) (European Commission, 2020b).

Podrobnosti o vzroku tovrstnega dodatnega plačevanja in obdarovanja so prikazani na grafu 4.



Graf 4: Odgovori (frekvence) anketirancev, ki pojasnjujejo ozadje dodatnega plačila oziroma datjave vrednejšega darila, glede na leto anketiranja

(povzeto in prilagojeno po EU Open Data Portal, 2015, 2017, 2020; European Commission, 2020a).

Podatki o višini plačila so razvidni iz tabele 6.

Tabela 6: Podatki o višini dodatnega plačila oziroma vrednosti darila, ki so ga anketiranci namenili zaposlenemu v zdravstvenem sektorju

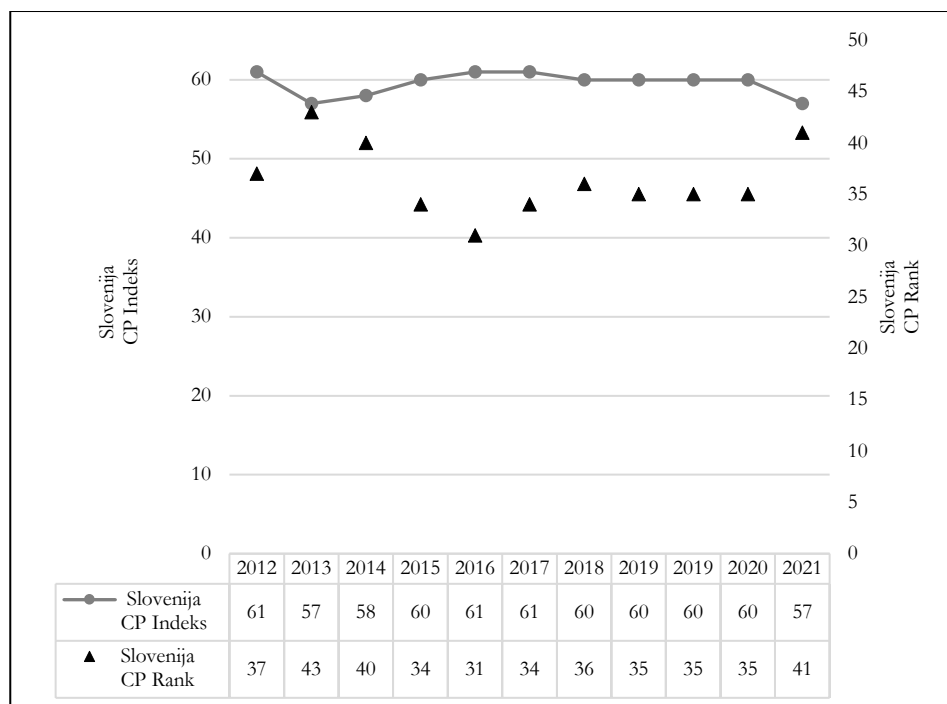
		2013	2017	2019
SKUPAJ		7	37	24
1–50 evrov	<i>n</i>	0	21	10
	%	-	56	40
51–100 evrov	<i>n</i>	0	4	4
	%	-	12	18
101–200 evrov	<i>n</i>	1	1	2
	%	9	3	7
Več kot 200 evrov	<i>n</i>	0	0	2
	%	-	-	10
Ne spomnim se	<i>n</i>	1	4	4
	%	15	12	17

		2013	2017	2019
Zavrnil odgovarjanje	<i>n</i>	1	3	0
	%	12	9	-
Ne vem	<i>n</i>	5	3	2
	%	64	8	8
Povprečje			27,3	903,0
Mediana			5,0	59,0

Povzeto po EU Open Data Portal (2015, 2017, 2020). Vrednosti so vzete iz podatkovnih baz, dostopnih preko omenjenih referenc. Neskladnost med dejanskim skupnim številom in navedenim v podatkovnih bazah ni bila pojasnjena.

4.2.1.3 Javnomenjske raziskave, ki jih izvaja Transparency International

Transparency International objavlja najbolj znan indeks in meritev za korupcijo, t. i. ang. *Corruption Perception Index* (CPI) oz. v prevodu Indeks zaznave korupcije. Uvrstitev Slovenije od leta 2012 naprej prikazuje graf 5. Primerjava z leti pred 2012 ni mogoča, saj je prišlo v tistem letu do spremembe v metodologiji (Transparency International, 2020).



Graf 5: Rezultati Slovenije na CPI med letoma 2012 in 2022

(vir: Transparency International Slovenija, 2021b)

Transparency International države indeksira in rangira glede na percepcijo korupcije. Na indeksu so države ocenjene na lestvici med 0 in 100, kjer nižje vrednosti indeksa percepcije korupcije predstavljajo višjo stopnjo percepcije korupcije, visoke vrednosti pa nizko stopnjo percepcije korupcije. Pri rangiranju pa številka ena pomeni najbolj nekoruptivno državo, kjer številka pomeni, kako je določena država primerljiva z ostalimi 180 analiziranimi državami. Na vrhu seznama, torej najmanj koruptivne države – lahko najdemo države z razvito demokracijo in stabilnim gospodarstvom. Mesto prvih desetih držav si tako že nekaj let izmenjujejo Danska, Finska, Nova Zelandija, Norveška, Švica, Švedska in Singapur (Transparency International Slovenija, 2021b).

Iz javno dostopnih poročil CPI podrobnejših podatkov o korupciji v zdravstvu ni mogoče izluščiti. So pa taki podatki na voljo v drugih raziskavah, ki jih izvaja Transparency International, predvsem v Svetovnem barometru korupcije (ang. *Global Corruption Barometer*). Pri tej raziskavi je rezultate za Slovenijo možno prvič najti v poročilu za leto 2010/11, kjer so 3 odstotki anketirancev ($n = 1.010$) navedli, da so v zadnjih 12 mesecih ob uporabi zdravstvene storitve (tj. srečanju z zaposlenim iz zdravstva) morali plačati podkupnino. Pri čemer je od vseh anketirancev 88 odstotkov imelo stik z zdravstvenim sektorjem (Transparency International, 2022a).²² V poročilu iz leta 2013 je 42 odstotkov slovenskih anketirancev ($n = 1.003$) izrazilo mnenje, da je slovenski zdravstveni sektor koruptiven (Transparency International, 2022b).²³ Iz podatkovne zbirke iz leta 2013 pa izhajajo, da je 5 odstotkov anketirancev ob uporabi zdravstvene storitve (tj. srečanju z zaposlenim iz zdravstva) moralo plačati podkupnino. Stik z zdravstvenim sektorjem pa je imelo 69 odstotkov anketirancev (Transparency International, 2022c).

Leta 2016 je bila zaključena nova raziskava iz serije Svetovnega barometra korupcije, z izjemo, da je bila ta osredotočena na Evropo in centralno Azijo. Podatki nakazujejo, da je imelo v vzorcu 1.501 anketirane osebe v Sloveniji 78 odstotkov anketirancev stik z zdravstvenim sistemom v zadnjih 12 mesecih in 2 odstotka od

²² V tem podglavju uporabljeni viri s spletne strani Transparency International imajo letnico 2022, četudi gre za podatkovne zbirke, ki so bile izdelane pred letom 2022. To letnico smo uporabili, ker je le-ta navedena na spletni strani in nam ni uspelo najti podatka o tem, kdaj so bile posamezne podatkovne zbirke naložene na spletno stran.

²³ Pridobljeno iz podatkovne zbirke barometra iz leta 2013, iz zavihka, ki je vseboval podatke po državah glede deleža oseb, ki menijo, da so pokvarjeni ali izjemno pokvarjeni: Politične stranke Parlament/Zakonodajna oblast, Vojska, Nevladne organizacije, Mediji, Verska telesa, Poslovni/Zasebni sektor, Izobraževalni sistem, Sodstvo, Zdravstveni sektor, Policija, Javni uradniki/Javni uslužbenci (Transparency International, 2022c). Ker vprašalnika v slovenskem jeziku nismo pridobili, smo prevod naredili avtorji monografije in se zato lahko razlikuje od uradnega vprašalnika. Tega vprašanja oziroma podatka v podatkovni zbirki za prejšnje leto nismo našli.

teh je dalo podkupnino ob stiku z nekom iz zdravstvenega sistema (Transparency International, n. d., 2022d).

Verjetno najbolj sveži podatki pa so iz Svetovnega barometra korupcije za leto 2021, kjer so raziskovali uporabo podkupnin za pridobitev pomoči ali storitve in uporabo osebnih zvez.²⁴ Razvrstitev odgovorov slovenskih anketirancev ($n = 1.003$) glede podkupnin so bili Nikoli (59,3 odstotka), Enkrat ali dvakrat (2,4 odstotka), Nekajkrat (0,3 odstotka), Pogosto (0,1 odstotka), Brez stika (37,9 odstotka), Ne vem (0 odstotkov), Zavrnil (0 odstotkov), Ni odgovoril (0 odstotkov). Glede uporabe osebnih zvez pa Nikoli (50,9 odstotka), Enkrat ali dvakrat (7,9 odstotka), Nekajkrat (2,4 odstotka), Pogosto (1,0 odstotka), Brez stika (37,9 odstotka), Ne vem (0 odstotkov), Zavrnil (0 odstotkov), Ni odgovoril (0 odstotkov) (Transparency International Slovenija, 2021c).

4.3 Pregled poročil Vrhovnega državnega tožilstva in letnih poročil Policije glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Za potrebe tega podpoglavja so bila pregledana letna poročila Vrhovnega državnega tožilstva in Policije za obdobje desetih leti. Za pridobitev vpogleda v okvirno statistiko je bilo poslano zaprosilo na Center za raziskovanje in socialne veščine pri Policijski akademiji.

Policija se kot primarni organ, zadolžen za odkrivanje in preiskovanje kriminalitete, srečuje s primeri kaznivih dejanj v zdravstvu (Policija, 2019), statistika je razvidna iz tabel 7 in 8.

²⁴ Anketiranci so bili vprašani, ali so dejansko imeli stik in potem povprašali glede dajanja podkupnine: »Če zdaj pomislite na že omenjene službe, kako pogosto, če sploh, ste morali plačati podkupnino, dati darilo ali zagotoviti uslugo, da ste dobili pomoč ali da so bile opravljene storitve, ki ste jih potrebovali od javne klinike ali bolnišnice?«. Oziroma glede osebnih zvez »Če pomislite na javne službe, s katerimi ste v Sloveniji imeli stik v zadnjih 12 mesecih, kako pogosto, če sploh, ste morali uporabiti osebne zveze, da ste dobili pomoč ali storitve, ki ste jih potrebovali od javne klinike ali bolnišnice?« (Transparency International Slovenija, 2021c).

Tabela 7: Število obravnavanih korupcijskih kaznivih dejanj za obdobje 2000–2021* po izbranih podrobnih prizoriščih

Podrobno prizorišče	Člen kazenskega zakonika	Opis klasifikacije kršitve	Člen																
			2000	2001	2002	2004	2008	2014	2015	2016	2017	2018	2019						
Bolnišnica (razen lekarn)	241	Nedovoljeno sprejemanje daril	0	0	1	0	0	9	2	10	1	1	4						
	242	Nedovoljeno dajanje daril	0	0	0	0	0	5	1	9	0	0	4						
	263	Sprejemanje koristi za nezakonito posredovanje	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0						
Lekarna (samostojna ali v okviru bolnišnice)	261	Jemanje podkupnine	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
	241	Nedovoljeno sprejemanje daril	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0						
Zdravstveni dom, samostojna ambulanta	242	Nedovoljeno dajanje daril	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0						
	263	Sprejemanje koristi za nezakonito posredovanje	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0						
	261	Jemanje podkupnine	2	0	10	1	1	0	13	0	0	0	0						
Skupna vsota	262	Dajanje podkupnine	1	0	15	0	0	0	13	0	0	0	0						
			3	2	26	2	1	14	29	22	2	1	8						

* podatki so do 15. 9. 2021

Vir: Polkcija – podatki, pridobljeni na zaprosilo

Tabela 8: Število obravnavanih kaznivih dejanj z elementi korupcije za obdobje 2000–2021* po izbranih podrobnih prizoriščih

Podrobno prizorišče	Člen kazenskega zakonika	Opis klasifikacije kršitve	Člen									
			2008	2009	2011	2012	2014	2015	2018			
Bolnišnica (razen lekarn)	240	Zloraba položaja ali zaupanja pri gospodarski dejavnosti	2	0	2	0	0	0	0	0	0	
	257	Zloraba uradnega položaja ali uradnih pravic	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
Zdravstveni dom, samostojna ambulanta	240	Zloraba položaja ali zaupanja pri gospodarski dejavnosti	5	6	1	0	0	0	1	0	1	
	257	Zloraba uradnega položaja ali uradnih pravic	0	0	0	1	0	0	2	0	0	
Skupna vsota			7	6	3	1	1	1	2	1		

* podatki so do 15. 9. 2021

Vir: Polkcija – podatki, pridobljeni na zaprosilo

Slovenska tožilstva so se tako srečala s primerom glede izdajanja neustreznih zdravniških potrdil (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2016), problematiko javnih naročil (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2018), pogoste pa so tudi zlorabe položajev (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2017, 2020). Koliko od teh kaznivih dejanj ima tudi komponento korupcije, je težko konkretno določiti, je pa gotovo močno prisotna, saj v enem izmed poročil tožilstvo zapiše: »Državni tožilci pri dokazovanju korupcijskih kaznivih dejanj v sistemu izvajanja zdravstvene dejavnosti kot izjemno ranljivega področja z vidika nastanka okoliščin za korupcijo vidijo predvsem v tem, da zdravstvene ustanove ne želijo prevzeti vloge oškodovanca ali ne zaznavajo pravilno škodljivih posledic. Tudi po pregledu notranjih revizij osumljenci ostajajo na svojih vodilnih položajih, kar precej otežuje pridobivanje relevantne dokazne dokumentacije. Dodatna ovira so kratki zastaralni roki za kazniva dejanja, storjena pred novelo KZ-1C.²⁵ Za večino korupcijskih kaznivih dejanj namreč pride v poštev 10-letni zastaralni rok. Novela KZ-1C je sicer zvišala zagroženo kazen za večino korupcijskih kaznivih dejanj in s tem posledično zvišala tudi zastaralni rok na 20 let, vendar kazni niso bile zvišane za vse oblike korupcijskih kaznivih dejanj (npr. kazen zapora se je zvišala s pet na šest let le za kaznivo dejanje nedovoljenega sprejemanja daril po prvem odstavku 241. člena KZ-1, ne pa za kazniva dejanja po drugem odstavku istega člena).« (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2019, str. 167)

In tako ocenjujejo, da je slovensko zdravstvo brez dvoma področje z visokim korupcijskim tveganjem (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2017, 2018) in tovrstna kazniva dejanja ostajajo v prednosti pri obravnavi slovenskih tožilstev (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2020, 2021) in policije (Policija, 2021).

4.4 Pregled poročil Računskega sodišča o stanju v slovenskem zdravstvu in posameznih revidirancih

Računsko sodišče Republike Slovenije je neodvisen državni organ, ki nadzira porabo javnih sredstev. Naloga Računskega sodišča je v osnovi revizorska – preverjanje ustreznosti in pravilne rabe javnega denarja in evropskih sredstev. Preverjajo vse javne institucije, ki prejemajo javni denar, in tudi vse tiste, ki v Sloveniji prejemajo evropska sredstva. Po Ustavi RS je Računsko sodišče najvišji organ kontrole državnega proračuna, javne porabe in državnih računov. Računsko sodišče izvaja naloge iz

²⁵ Op. a.: Zakon o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika [KZ-1C] (2015).

svoje pristojnosti samostojno, kar pomeni, da jim drug državni organ ali institucija ne more dajati navodil, določati delovnih nalog oz. določiti, kaj bo in česa ne bo dalo v revizijski postopek (Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS], 2018a).

RSRS sicer v svojih revizijah, stališčih, mnenjih in poročilih v veliki večini primerov izrecno ne omenja korupcije in korupcijskih tveganj, čeprav v določenih primerih opravi vpogled v revidirančeve sisteme, ki naj bi korupcijska tveganja zmanjševala. Pa vendar njihove ugotovitve pri revidiranju poslovanj deležnikov v javni zdravstveni mreži lahko nakazujejo modus operandi teh porabnikov javnega denarja, kot so npr. nasprotje interesov, neupoštevanje zakonodaje javnih naročil, netransparentnost, neučinkovitost itd. Prav tako RSRS sicer neposredno ne preučuje korupcije, vendar kljub temu intenzivno sodeluje z ostalimi organi, ki se ukvarjajo s pregonom in preprečevanjem korupcije.

RSRS (n. d.) ima v svojem arhivu 1.871 revizij s poročili in na podlagi teh revizij izdana 2.403 poročila. Leto 2012 izstopa s 111 revizijami, v povprečju pa so naredili 67 revizij s poročili na leto, od leta 1995 do 4. 5. 2022. Tematika zdravstva se pojavi v 159 revizijah, v povprečju je na leto z zdravstveno tematiko izdanih 6 revizij.

Med drugim so v svojih revizijah Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana [UKC Ljubljana] in dermatologije Bartenjev – Rogl, d. o. o. ugotovili tveganja za morebitna koruptivna dejanja glede čakalnih vrst in sprejema pacientov mimo čakalnega seznama (RSRS, 2014a, 2015a). Kasneje je UKC Ljubljana, ki je bil eden izmed revidirancev, podal odzivno poročilo o popravljalnih ukrepih in je RSRS v porevizijskem poročilu popravljalne ukrepe, ki so se nanašali na neenakopravno obravnavo pacientov, označil kot delno zadovoljive. Delno zadovoljivi pa zato, ker ni sledljivosti vseh vpisov in sprememb na čakalnih seznamih. Ob enem pa jim očitajo pomanjkljiv nadzor in poročanje (RSRS, 2016a). Podobno je popravljalne ukrepe izvedla tudi dermatologija Bartenjev – Rogl, d. o. o., zato je RSRS (2015b) v svojem porevizijskem poročilu prepoznalo ukrepe kot ustrezne. Pri čemer je problem tudi sistemske narave, ker del odgovornosti nosi Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], saj naj bi bil NIJZ le delno učinkovit pri zagotavljanju podatkov o čakalnih dobah (RSRS, 2021a).

V svojih revizijah je RSRS ugotovil tudi več nepravilnosti pri nabavi in zaračunavanju zdravil v lekarnah, predvsem nanašajoče se na neustrezne postopke javnih naročil, s tem pa onemogočanje potencialnih prihrankov blagajni Zavoda za zdravstveno

zavarovanje Slovenije [ZZZS] (npr.: RSRS, 2016a, 2016b, 2016c). RSRS je zlasti izdalo negativno mnenje o pravilnosti poslovanja, ki se nanaša na nabavo in zaračunavanje zdravil ZZZS v letu 2014, saj v razpisu ni bilo določenih ustreznih meril za izbiro dobaviteljev mimo ustreznega postopka oddaje javnih naročil. Kritike in predlogi so bili upoštevani, saj je RSRS v porevizijskih poročilih popravljalne ukrepe označil kot zadovoljive (RSRS, 2016d, 2017), vendar pa stanje ni bilo boljše v vseh lekarnah. V novem Zbirnem poročilu RSRS, ki se je nanašalo na prečno revizijo pravilnosti nabave zdravil v letu 2020, in sicer za Pomurske lekarne Murska Sobota, Lekarno Velenje in Lekarno Sevnica, so napisali, da so lekarne naročale zdravila mimo predpisanih postopkov javnega naročanja. Konkretnije so naročila šla preko neposredno sklenjenih pogodb pri treh največjih dobaviteljih, čeprav so obvezane nabavljati zdravila po Zakonu o javnem naročanju (RSRS, 2021b).²⁶

Veliko nepravilnosti RSRS ni odkril samo pri naročanju zdravil, temveč tudi pri javnem naročanju materiala in medicinske opreme (npr. RSRS, 2014b, 2018b). Oba revidiranca (UKC Ljubljana in Zdravstveni dom Ptuj) sta potem sprejela zadovoljive popravljalne ukrepe (RSRS, 2014c, 2018c). UKC Ljubljana je tako za revidirani leti 2014 in 2015 dobil negativno mnenje, ker je številne nabave izvedel brez ustreznega postopka javnega naročanja na podlagi izdaje naročilnic, ni izločil neustreznih ponudb ali pripravil ustreznih načrtov nakupov ter upravljanja z opremo ali prihodnjih naročil oziroma donirane opreme. RSRS (2018b) je zato UKC Ljubljana podalo priporočila, ki naj naslovijo identificirane nepravilnosti. Predlagali so predvsem, da se mora izboljšati dokumentacija in sledljivost nabav zdravstvenega materiala, kjer bodo ustrezni podatki o dobaviteljih in izdanih računih, da se mora izdelati ustrezen načrt nabav, ustrezen sistem spremljanja in upravljanja (iz)trošenja opreme, določi ustrezne tehnične standarde za naročanje opreme, uvede ustreznejši postopek inventariziranja opreme (z uporabo čitalnikov črtnih kod) ipd. (RSRS, 2018b, str. 68). Ob tem je pomembno upoštevati, da je drobljenje naročil z namenom izvajanja nekonkurenčnih nabavnih postopkov ena najpogostejših oblik korupcije, ki omogoča javnim uslužbencem pridobitev določene rente (Abdou idr., 2022).

Skrb vzbujajoče je, da je RSRS že leta 2007 izdalo revizijsko poročilo z naslovom *Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja*, v katerem je ugotovilo neučinkovitost upravljanja z medicinsko opremo in nepravilnosti pri javnih naročilih

²⁶ Zbirno poročilo za lekarne Murska Sobota, Velenje in Sevnica je bilo izdano 10. 12. 2021 in je bilo od revidirancev zahtevano tudi odzivno poročilo. Rok za odzivna poročila je po navadi 90 dni, ta rok pa še ni potekel, zato porevizijsko poročilo v času pisanja tega podglavlja še ni bilo izdano.

te medicinske opreme (RSRS, 2007), vendar pri ponovni reviziji leta 2015 z naslovom *Učinkovitost upravljanja z drago medicinsko opremo* RSRS ni ugotovilo sprememb pri upravljanju z medicinsko opremo. Izpostavilo je problem, da ni točnosti in ažurnosti podatkov o obrabi in stanju ter količini medicinske opreme (RSRS, 2015b). Porevizijsko poročilo o učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo s poudarkom na dragi medicinski opremi je večino popravljalnih ukrepov označil kot zadovoljljive, razen v delu, ki se nanaša na določitev optimalne in vsaj minimalne sprejemljive izkoriščenosti naprav drage medicinske opreme, ta ukrep je označil kot nezadovoljljiv, saj iz odzivnega poročila ni bilo mogoče ugotoviti aktivnosti, ki bi določile amortizacijo in izkoriščenost te drage medicinske opreme (RSRS, 2016e).

Podobno skrb vzbujajoče so ugotovitve iz revizijskega poročila *Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela* (RSRS, 2021c), saj nakazujejo, da se v Sloveniji ne vodijo ustrezne evidence glede obremenjenosti zdravnika, števila zdravnikov in drugih podobnih kadrovske informacij. To bi lahko povezali z asinhronostjo informacij in težko obvladljivim številom deležnikov, torej dvema ključnima značilnostma, zakaj so zdravstveni sistemi tako privlačni za korupcijo.

Ponovno poudarjamo, da vse našete revizije ne potrjujejo korupcije in ne govorijo o korupciji kot taki, a vendar narišejo sliko in nakažejo sum o najmanj opustitvi dolžnega ravnanja akterjev, ki upravljajo javni denar, namenjen zdravstveni oskrbi prebivalcev Republike Slovenije. Kot vidimo, so bili popravljalni ukrepi večinoma uspešni in v porevizijskih poročilih RSRS označeni kot zadovoljljivi. Kar pa dejansko daje argument zapisanemu v (pod)poglavjih glede omejevanja korupcijskih tveganj in korupcije. Te nepravilnosti so se namreč pojavljale, čeprav so v obravnavanih institucijah že obstajali interni akti in obstaja veljavna zakonodaja o npr. javnih naročilih, ki je usmerjena prav v omejevanje tovrstnih nepravilnosti, vendar so se nepravilnosti odpravile šele, ko jih je nanje opozorilo neodvisno zunanje telo. Izpričano tako kaže, da resnično obstaja potreba po ustrezni zakonodaji ter obstoju ustreznih nadzornih teles, katerih delovanje mora biti prav tako ustrezno zakonodajno urejeno.

4.5. Pregled dokumentacije parlamentarnih preiskovalnih komisij korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Namen parlamentarne preiskave je uveljavljanje nadzorne funkcije Državnega zbora kot predstavniškega telesa in ugotavljanje nepravilnosti oz. politične odgovornosti nosilcev javnih pooblastil in funkcij. Preiskovalne komisije preiskujejo zadeve, ki so pomembne za državo in imajo javni pomen (Ustava Republike Slovenije, 1991; Zakon o parlamentarni preiskavi [ZPPre], 1993). Naloga parlamentarne komisije ni ugotavljanje korupcije *per se*, vendar lahko skozi preiskovalne postopke pridejo do podatkov in informacij, ki lahko prikažejo neko širšo sliko in *modus operandi* akterjev v zadevah, ki jo preiskujejo. Preiskovanje poteka skladno s Poslovníkom o parlamentarni preiskavi (1993), ki ureja delo komisij in tudi izvajanje dokazov ter v končnem koraku predložitev poročila. Lahko se pripravijo tudi vmesna poročila, državni zbor pa lahko pri obravnavi poročila in vanj vključene ugotovitve ter ocene parlamentarne komisije sprejme ali zavrne oz. zahteva njegovo dopolnitev (Poslovník o parlamentarni preiskavi, 1993, 24. člen).

Od leta 1992 do januarja 2022 smo imeli 14 vlad in osem (vključno s tekočim) mandatnih obdobj. Do časa pisanja tega dela je bilo v tem obdobju zasnovanih 38 parlamentarnih komisij, od tega jih je bilo pet vezanih na področje zdravstva (Državni zbor, 2022),²⁷ in sicer:

1. Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom.
2. Preiskovalna komisija o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic.
3. Preiskovalna komisija za ugotovitev politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi investicij ter lizinga, najemnih ali drugih primerljivih poslih, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, na področju projektov stanovanjske gradnje in nakupov stanovanjskih objektov ter pripadajočih garažnih objektov ali površin v Mestni občini Ljubljana, projektov obnove in dograditve prostorov Univerze na Primorskem, projektov stanovanjske gradnje Stanovanjskega sklada Republike Slovenije, projektov objektov

²⁷ Pregledno o tem tudi Drobnič (2019).

državnega pomena, projektov objektov v javni rabi, projektov gradbenih investicij javnega pomena, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, in projektov gradbenih investicij javnega pomena na področju t. i. visokih gradenj v javne zdravstvene objekte (projekt Pediatrične klinike, projekt Onkološkega inštituta itd.) zaradi suma, da so bili postopki in posli medsebojno politično dogovorjeni, vodeni netransparentno in negospodarno ter zaradi suma prisotnosti klientelizma, korupcije in medsebojnih povezav med različnimi nosilci aktivnosti in delovanja povezanih oseb, ki so vključeni v pripravo, javna naročila in izvedbo gradbenih poslov, ter v tej zvezi še posebej za ugotovitev suma o politični odgovornosti nosilcev javnih funkcij in njihovi vlogi pri tem [kasneje preimenovana v Preiskovalna komisija za ugotovitev politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana, Stanovanjskega sklada Republike Slovenije, Univerze na Primorskem in javnih zdravstvenih objektov, financiranih iz državnega oziroma proračuna Mestne občine Ljubljana (o tem Državni zbor: Preiskovalna komisija za ugotovitev politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana, 2011)].

4. Preiskovalna komisija o zagotavljanju zaščitne opreme ter ukrepih institucij in nosilcev javnih funkcij za zajezitev širjenja bolezni covid-19 od 1. 2. 2020 do odreditve predmetne parlamentarne preiskave.
5. Preiskovalna komisija o ugotavljanju morebitne politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij za finančno neustrezne ukrepe in sum neupravičenega omejevanja pravic pri izvajanju ukrepov, povezanih z epidemijo nalezljive bolezni covid-19.

Glede na podatke na spletnih straneh Državnega zbora (2022) je od petih izpostavljenih komisij samo ena izdala končno poročilo, ena je izdala dve vmesni poročili, ena pa poročilo ob prekinitvi dela (podrobneje v nadaljevanju). Zadnji dve komisiji v času pisanja tega podpoglavja še nista predložili nobenih vmesnih ali končnih poročil, zato konkretnih ugotovitev ne povzemamo. Obe pa se, kot tudi izhaja iz njihovih imen, navezujeta na pojav virusa Sars-CoV-2 in bolezni covid-19 ter odziv državnih organov, agencij in institucij ter predvsem odločevalcev, ki so bili takrat na ključnih položajih. Ena izmed komisij se osredotoča na vprašanje nabave zaščitne in druge medicinske opreme, ki je nujna v takšnih situacijah, ter se izrazito ukvarja z vprašanjem politične odgovornosti pri celotnem reagiranju na omejevanje omenjenega virusa in bolezni. Ob vsem tem se sprašuje tudi o stanju integritete

nosilcev javnih funkcij ter ustrezni zasnovanosti zakonodaje o integriteti, javnem naročanju ter blagovnih rezervah.²⁸ Druga komisija pa je osredotočena na segment posledic, ki neposredna posledica ukrepov, ki jih je sprejela vlada, ki je delovala v času epidemije v povezavi z virusom Sars-CoV-2 in boleznijo covid-19. Gre za 14. Vlado Republike Slovenije in posledice so vezane na vprašanje, ali je prihajalo do pretiranih kršitev človekovih pravic z naslova različnih uveljavljenih ukrepov. Prav tako daje komisija velik poudarek na raziskovanje različnih posvetovalnih skupin, ki so svetovale vladi. Enako kot pri predhodno opisani komisiji je ključni namen raziskati politično odgovornost vključenih akterjev.²⁹

4.5.1.1 Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom

Cilji in nameni te komisije so zajemali ugotavljanje morebitne politične odgovornosti nekdanjih in sedanjih nosilcev javnih funkcij, povezanih z dvema področjema, in sicer s področjema otroške kardiologije ter nabave medicinske opreme in zdravstvenega materiala. V okviru prvega področja so bili cilji in namen iskati politične odgovornosti nekdanjih in sedanjih nosilcev javnih funkcij ter nosilcev javnih funkcij v zdravstvenih ustanovah za izvajanje programa otroške kardiologije, ki naj bi izhajala iz neustreznega vedenja vključenih akterjev. Izkazoval se je predvsem sum opustitve dolžnega ravnanja iskanja rešitev za izvajanje programa otroške kardiologije v Republiki Sloveniji. Tako je bil še posebej izpostavljen UKC Ljubljana. Namen komisije je bil tudi konkretnije vpogledati razloge množičnega odhoda strokovnega kadra s področja zdravljenja otrok s prirojeno srčno napako iz

²⁸ Zaradi izredno dolgih naslovov virov o preiskovalnih komisijah del virov izjemoma navajamo v sprotni opombi. V tem primeru povzeto po: Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev dejanskega stanja in morebitne politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij o stanju, ravnanju, zalogah, naročilih, nabavah, hrambi ter drugih načinah pridobitve ali razpolaganja z osebno zaščitno in kritično medicinsko opremo za učinkovito zoperstavljanje okužbam z nalezljivimi boleznimi ter delovanju institucij in nosilcev javnih funkcij v zvezi s pravočasno zaježitvijo epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) in ustreznimi ukrepi, zaradi sumov nezakonite porabe javnih sredstev in zaradi sumov opustitve ustreznih ukrepov v zvezi s pravočasno zaježitvijo epidemije COVID-19, za obdobje od 1. 2. 2020 do odreditve predmetne parlamentarne preiskave, in za morebitno spremembo veljavne zakonodaje, ki ureja javno naročanje, blagovne rezerve, integriteto in preprečevanje korupcije ter ravnanje nosilcev javnih funkcij z javnofinančnimi sredstvi (2020).

²⁹ Povzeto po Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev dejanskega stanja in morebitne politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij pri izvajanju ukrepov, povezanih z epidemijo COVID-19 in z blaženjem njenih posledic, zaradi suma neustrezne porabe javnih sredstev ter neupravičenega omejevanja pravic in svoboščin, za obdobje od 13. marca 2020 do dneva odreditve predmetne parlamentarne preiskave in za morebitno spremembo veljavne zakonodaje, ki ureja ukrepanje države pri spopadanju z epidemijo nalezljive bolezni oziroma z njenimi posledicami (2020); Državni zbor (2022).

ustanov, ki opravljajo zdravstveno dejavnost otroške kardiologije v Republiki Sloveniji, ter druge elemente (ne)ustreznega upravljanja programa. V okviru drugega sklopa so bili cilji in namen vpogled v sistem nabav medicinske opreme in zdravstvenega materiala na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti v Sloveniji ter v primeru neustreznosti iskati politične odgovornosti nekdanjih in sedanjih nosilcev javnih funkcij zaradi suma opustitve dolžnega ravnanja v primeru nabave medicinske opreme in zdravstvenega materiala. Kot ključno so želeli analizirati upravljske odločitve, ki so pripeljale do nesmotrnih in nezakonitih nabav.³⁰

Komisija je izdala samo dve vmesni poročili (Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom, 2020, 2021):

- 1 Vmesno poročilo EPA 1092-VIII o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije.
- 2 Vmesno poročilo o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom v Splošni bolnišnici »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica, EPA 1938 – VIII.

V prvem poročilu ugotavljajo, da obstaja vrsta različnih odgovornosti na področju zdravljenja otrok s srčnimi napakami, in sicer politične, formalnopravno-upravljske, strokovne in etične. Zapisali so, da je izražen močan politični vpliv ustanovitelja (Vlada, Ministrstvo za zdravje in državni sekretarji). Prav tako so zapisali, da zdravniki delujejo v skladu s strokovno doktrino in medicinsko deontologijo, vendar predstojnikom, vodstvu in generalnim direktorjem skozi leta ni uspelo odgovoriti na opozorila zdravnikov, ki so opozarjali na sistemske pomanjkljivosti. Tako so ugotovili tudi, da vodenje ni bilo učinkovito tako pri UKC Ljubljana, Ministrstvu za zdravje kot tudi pri klinikah in kliničnih oddelkih ter da ni bilo jasne opredelitve odgovornosti, ne strokovne ne upravljske, ki bi zagotavljala izvajanje programa otroške srčne kirurgije. Komisija je podala tudi nekaj

³⁰ Opis ciljev in namenov za obe opisani področji je povzet po Aktu o odreditvi parlamentarne preiskave izvajanja programa otroške kardiologije ter nesmotrnih in nezakonitih nabav ter upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom na sekundarni ter terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji z namenom oblikovanja predlogov za spremembo zakonodaje in za druge odločitve Državnega zbora iz njegove pristojnosti ter za ugotovitev in oceno dejanskega stanja za ugotovitev politične in drugih odgovornosti nosilcev javnih funkcij v zdravstvenih ustanovah na sekundarni in terciarni ravni v Republiki Sloveniji (2018).

konkretnejših predlogov rešitev. Tako je izvršilni in zakonodajni oblasti predlagala, da se zakonsko uredi vodenje javnih zdravstvenih zavodov, in sicer so predlagali, da bi se zaposlovali strokovnjaki za zdravstveno ekonomiko. Poleg tega so predlagali, da se izdelajo zakonske rešitve:

- izbira kandidatov za vodenje na podlagi strokovnih kompetenc kandidatov in ne političnih;
- da ustanovitelj lahko vpliva na odločitve vodstva le pri sprejemu najpomembnejših poslovnih odločitev javnega zdravstvenega zavoda;
- sprememba pravnoorganizacijske oblike izvajanja zdravstvenih storitev, z namenom povečanja avtonomije javnega zavoda;
- preprečitev vpliva ustanovitelja in javnega plačnika na izbor vodstvenih kadrov in omejitev vpliva ustanovitelja pri sprejemanju odločitev poslovne politike v zavodu.

Poleg tega so pozvali državni zbor, da po obravnavi vmesnega poročila sprejme sklep o posredovanju poročila Nacionalnemu preiskovalnemu uradu pri Ministrstvu za notranje zadeve in Specializiranemu državnemu tožilstvu kot vlogo za naznanitev sumov storitve kaznivih dejanj (Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom, 2020).

V drugem vmesnem poročilu pa ugotavljajo, da je v omenjeni bolnišnici prihajalo do negospodarnega in netransparentnega ravnanja z javnimi financami – neurejenost javnega naročanja in nakupa ter upravljanja z medicinskim materialom in opremo. Da niso imeli ustrezno urejenega internega akta na področju nabave in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom, s tem pa je pri nekaterih posameznikih prihajalo do suma kršitev krovnega zakona o postopkih javnega naročanja in posledično do suma kršenja Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije. Prihajalo je do sklepanja aneksov brez vrednosti in količin, kar je v nasprotju z zakonodajo o javnem naročanju, prav tako je bila opazna netransparentnost pri nakupih medicinske opreme in zdravstvenega materiala preko naročilnic B, za katere ni treba izvesti postopka objave javnega naročila, kar botruje ugotovitvi, da ni bilo zasledovanja prakse dobrega gospodarja bolnišnice. Konkretnje se je pokazalo, da so po izvedbi novega javnega naročila leta 2016, pri

katerem je bilo izbrano drugo podjetje za dobavo kolčnih protez, ceno le teh znižali za 37 odstotkov.

Ugotovitve komisije so imele širšo veljavo, saj so v svojih ugotovitvah zapisali tudi, da imamo v Sloveniji na področju nabave in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom neurejena trg in zakonodajo. Ugotovili so tudi, da takšna neustrezno urejena zakonodaja na nacionalni ravni pripelje do dejstva, da so se cene za enake sklope medicinskega materiala razlikovale med javnimi zavodi po Sloveniji tudi do 60 in več odstotkov. Prav tako je v vmesnem poročilu zapisano, da iz pričanja oseb pred parlamentarno komisijo izhaja, da na trgu dobave z medicinsko opremo velja »tihan« dogovor o tem, kdo bo na kakšnem področju pridobil posamezni posel kljub izvedbi postopka javnega naročanja. Zaznati je mogoče različne vrste odgovornosti, in sicer politične, formalnopravno-upraviteljske, strokovne in etične, in kje obstaja sum objektivne politične odgovornosti kot pristojnih nosilcev javnih funkcij, ker: I.) niso poskrbeli za spoštovanje zakonov pri postopkih javnega naročanja, II.) niso upoštevali priporočil zaposlenih v postopkih javnega naročanja, III.) niso poskrbeli za sprejetje notranjega internega akta o področju nabav, IV.) niso poskrbeli za izločitev posameznih deležnikov zaradi suma kršitve integritete in V.) niso poskrbeli za analizo trga z namenom zagotovitve najcenejšega ponudnika.

Na podlagi naštetih ugotovitev je parlamentarna komisija izvršilni in zakonodajni veji predlagala, da se v najkrajšem možnem času vložijo zakonski predlogi za dopolnitev obstoječega Zakona o javnem naročanju z namenom jasne opredelitve nakupa medicinske opreme. Obenem pa je preiskovalna komisija predlagala tudi ustanovitev posebnega neodvisnega urada, ki bi preverjal izvajanje in realizacijo skupnih javnih naročil (Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom, 2021).

4.5.1.2 Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic

Glede na poročilo Preiskovalne komisije o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic so bili cilji komisije med drugim raziskati, ali so nosilci javnih pooblastil, ki naj bi sodelovali pri postopkih javnega naročanja žilnih opornic, delovali koruptivno. Prav tako je bil cilj

parlamentarne komisije raziskati, ali je prišlo do odtekanja javnega denarja preko dobavitelja medicinske opreme za namene financiranja medijev. Preiskovalna komisija je želela ugotoviti tudi glede odgovornosti vključenih akterjev, saj tovrstnih dejanj pogosto ni mogoče izvesti brez opustitve dolžnega ravnanja vodstvenikov. Rezultati preiskave so nakazali, da dejansko obstaja sum o prisotni korupciji. V zameno za pridobljeno korist so odgovorni v procesu javnega naročanja žilnih opornic zaobšli ključna načela in tako oškodovali javna sredstva. Prisotno je bilo kartelno dogovarjanje dobaviteljev žilnih opornic. Tovrstnemu vedenju pomagajo tudi politični akterji, saj niso sprejeli oziroma spremenili zakonodaje na ključnih področjih v smeri, ki bi tako vedenje omejevala (Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic, 2018a, 2018b).

4.5.1.3 Krajši povzetek ugotovitev Preiskovalne komisije o ugotavljanju politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana

Delo preiskovalne komisije je bilo v tem primeru predčasno zaključeno, in sicer s predlogom po 23. členu Poslovnika o parlamentarni preiskavi (1993), ki določa, da se lahko delo preiskovalne komisije zaustavi, če se pokaže, da le-ta ne bo mogla opraviti svojega dela do konca mandatne dobe državnega zbora in izdati poročila o poteku in ugotovitvah preiskave ter razlogih, zaradi katerih preiskave ni mogla končati. Cilji te preiskovalne komisije so bili sicer obsežni, kar nakazuje že samo ime komisije, saj so vključene želje po revizijskem in preiskovalnem vpogledu v skorajda vse dotedanje večje projekte zdravstvenih in drugih gradenj. Zajemala je poudarek tako na regionalni ravni, saj je želela analizirati aktivnosti Mestne občine Ljubljana in tudi Univerze na Primorskem, kot tudi na državni ravni, saj je med cilji zapisana želja po analiziranju projektov, financiranih iz državnega proračuna. Komisija je bila imenovana leta 2009, v mandatnem obdobju, ki bi drugače poteklo 2012, vendar je Predsednik Republike Slovenije leta 2011 razpustil državni zbor. Komisiji je zato uspelo izvesti le vpogled v politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi projektov obnove in dograditve prostorov Univerze na Primorskem. V drugem delu – glede ugotavljanja politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi investicij ter lizinga, najemnih ali drugih primerljivih poslih, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, v Mestni občini Ljubljana – je tudi delno zaključila svoje delo. Toda umanjkal je segment ugotavljanja politične odgovornosti

nosilcev javnih funkcij pri projektih gradbenih investicij javnega pomena na področju t. i. visokih gradenj v javne zdravstvene objekte (projekt Pediatrične klinike, projekt Onkološkega inštituta itd.) zaradi suma, da so bili postopki in posli medsebojno politično dogovorjeni, vodeni netransparentno in negospodarno ter zaradi suma prisotnosti klientelizma, korupcije in medsebojnih povezav akterjev.³¹ V drugem delu je bilo med zaslišanjem prič tudi nekaj vprašanj, ki so se navezovala na namembnost zemljišč, ki so bila prodana, saj je bil del izmed teh rezerviran za objekte, kot so šole ali bolnišnice, vendar je obseg vprašanj in odgovorov preskorp za dovolj argumentirane zaključke.

4.6 Pregled načelnih mnenj in ostalega gradiva Komisije za preprečevanje korupcije glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Komisija za preprečevanje korupcije predstavlja v slovenskem okolju eno izmed osrednjih točk, v kateri so združene informacije glede korupcijskih tveganj v Sloveniji. Komisija za preprečevanje korupcije namreč na eni strani deluje proaktivno in raziskovalno na področju analize stanja korupcije v Sloveniji, na drugi strani pa lahko preko prijav fizičnih ali pravnih oseb ali na podlagi lastne pobude izvede preiskavo o določenem dogodku oziroma izda mnenje ali drugo vrsto odgovora glede na vrsto prijav, vlogo in ostale oblike poizvedovanj, ki jih prejme.

Delež takih primerov se dotika tudi koruptivnih tveganj v zdravstvu. Za analizo obsega in vpogleda v stanje glede koruptivnih tveganj v zdravstvu v Sloveniji so bili pregledani letna poročila, ocene stanja, nabor načelnih mnenj in drugi dokumenti, katerih vsebina se navezuje na obravnavano temo.

³¹ Povzeto po Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi investicij ter leasing, najemnih ali drugih primerljivih poslih, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, na področju projektov stanovanjske gradnje in nakupov stanovanjskih objektov ter pripadajočih garažnih objektov ali površin v Mestni občini Ljubljana, projektov obnove in dograditve prostorov Univerze na Primorskem, projektov stanovanjske gradnje Stanovanjskega sklada Republike Slovenije, projektov objektov državnega pomena, projektov objektov v javni rabi, projektov gradbenih investicij javnega pomena, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, in projektov gradbenih investicij javnega pomena na področju t. i. visokih gradenj v javne zdravstvene objekte (projekt Pediatrične klinike, projekt Onkološkega inštituta itd.) zaradi suma, da so bili postopki in posli medsebojno politično dogovorjeni, vodeni netransparentno in negospodarno ter zaradi suma prisotnosti klientelizma, korupcije in medsebojnih povezav med različnimi nosilci aktivnosti in delovanja povezanih oseb, ki so vključeni v pripravo, javna naročila in izvedbo gradbenih poslov, ter v tej zvezi še posebej za ugotovitev suma o politični odgovornosti nosilcev javnih funkcij in njihovi vlogi pri tem (2009) ter Državni zbor: Preiskovalna komisija za ugotovitev politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana (2011).

4.6.1 Analiza načelnih mnenj in ugotovitev o konkretnih primerih, ki jih izdaja Komisija za preprečevanje korupcije glede korupcije v zdravstvu v Sloveniji

Komisija za preprečevanje korupcije je v preteklosti po končani preiskavi za določene primere izdala tudi t. i. načelna mnenja (Komisija za preprečevanje korupcije, 2020).³² Z uveljavitvijo Zakona o integriteti in preprečevanju korupcije (2010 in spremembe) pa Komisija za preprečevanje korupcije v večini ugotovljenih kršitev izdaja ugotovitve o konkretnem primeru.³³ Preko uradnega zaprosila je bilo od Komisije za preprečevanje korupcije pridobljenih 29 načelnih mnenj, katerih vsebina se dotika področja koruptivnega vedenja *v oziroma v povezavi z zdravstvom*.³⁴ Samostojno pa smo preko spremljanja spletne strani in obvestil Komisije za preprečevanje korupcije analizirali objave o konkretnih primerih v povezavi z zdravstvom, ki jih je Komisija za preprečevanje korupcije obravnavala po tistem, ko so bila načelna mnenja poslana avtorjem monografije.

Pojav pandemije, razgllašene epidemije in drugih z zdravstvom povezanih dogodkov v povezavi z virusom Sars-CoV-2 v obdobju 2020–2022 ter posledično povečano nabavljanje zaščitne in druge opreme se je odseval tudi na delu Komisije za preprečevanje korupcije. Eno z vidika prilagoditve dela, drugo pa z vidika vsebine, saj je prihajalo do povečanja nabav zaščitne opreme, medicinskih pripomočkov in preostalega. Komisija za preprečevanje korupcije (2022b) je izvedla pregled postopkov nabav zaščitne opreme izbranih 14 bolnišnic (vseh t. i. covidnih in naključno izbranih) in 23 občin (vseh mestnih in naključno izbranih). V pregledu je bilo ugotovljeno, da čeprav zakonodaja dovoljuje nabavo izven ustaljenih postopkov javnega naročanja v času takšnih razmer, je bilo v deležu nabav to narejeno na način, da je prišlo do pojava korupcijskih tveganj. Ob pregledu so bile identificirane tudi dobre prakse. Tega pregleda zaradi specifičnih okoliščin in načina izvedbe nismo vključili v naš nabor analiziranih dokumentov Komisije za preprečevanje korupcije.

³² Poslovnik Komisije za preprečevanje korupcije (2012) sicer natančno pojasnjuje način dela Komisija za preprečevanje korupcije in kaj načelna mnenja so, je pa zelo poveden zapis Komisije za preprečevanje korupcije v Načelnem mnenju 166: »Načelna mnenja niso ne splošni ne konkretni pravni akti, s katerimi se sicer odloča o pravicah in dolžnostih posameznikov, pač pa le zakonita metoda preprečevanja korupcije, s katero Komisija ne odloča o odgovornosti udeležencev oseb, fizičnih ali pravnih, ampak v načelnih mnenjih ugotavlja dejansko stanje, ki ga nato primerja s pravili dolžnega ravnanja in zakonsko definicijo korupcije po 3. alineji 2. člena ZPKor. Načelna mnenja so le neobvezne smernice, po katerih lahko nedoločeno število nedoločenih subjektov pristojevoljno usmerja svoje vedenje in ravnanje, da se na ta način izognejo tveganjem korupcije.« (Komisija za preprečevanje korupcije, 2009a).

³³ Odgovor Komisije je preprečevanje korupcije z dne 12. 5. 2022 – Elektronska pošiljka št. 6218-2/2022-2.

³⁴ Odgovor Komisije je preprečevanje korupcije z dne 24. 8. 2021 – Elektronska pošiljka št. 5119 -3/2021-2.

Prav tako nismo analizirali primerov, za katere je Komisija za preprečevanje korupcije v preliminarnem pregledu prejete prijave glede korupcijskih tveganj v zdravstvu ugotovila, da prijava ne nakazuje kršitev iz njene prisotnosti oziroma ker ne nakazuje kršitev in je bil postopek ustavljen. V določenih primerih pa prejete prijave in preliminarni pregledi vseeno nakazujejo kršitve na drugih področjih oziroma samo v delu prijave ali zoper specifične osebe. Komisija o vsem tem poroča v svojih mesečnih poročilih (Komisija za preprečevanje korupcije, 2022b) oziroma objavah na spletni strani (Komisija za preprečevanje korupcije, 2021b, 2021c). V našo analizo je bilo vključenih 33 mnenj in objav. Izpis mnenj – številka mnenja oziroma druga referenčna številka in datum sprejema mnenja na senatu Komisije za preprečevanje korupcije je viden v Prilogi B: Seznam načelnih mnenj in ugotovitev o konkretnih primerih na temo zdravstva, ki jih je izdala Komisija za preprečevanje korupcije. Seznam mnenj vsebuje tudi ključne vsebinske izseke.

Tabela 9 prikazuje povzetek analize načelnih mnenj. Načelna mnenja so bila porazdeljena glede na to, ali je komisija ugotovila, da neko vedenje ustreza definiciji korupcije ali nasprotju interesov glede na takrat veljavno zakonodajo ter razporeditev po področju vsebine, na katero se je načelno mnenje navezovalo. Posamezno načelno mnenje lahko obravnava primere ali več njih, ki izkazujejo različna problematična vedenja in zato seštevki glede le-teh presežejo številko 33.

Tabela 9: Analiza mnenj Komisije za preprečevanje korupcije, ki so se dotikala področja zdravstva

Oblika / področje koruptivnega tveganja	Ustreza definiciji interesov glede na takrat veljavno zakonodajo	Ne ustreza definiciji interesov glede na takrat veljavno zakonodajo	Ustreza definiciji korupcije glede na takrat veljavno zakonodajo	Ne ustreza definiciji korupcije glede na takrat veljavno zakonodajo	Priporočilo ravnanja – ne opredeljujejo do konkretnega primera	Opisana situacija ustvarja korupcijsko tveganje	Predstavlja kršitev integritete glede na takrat veljavno zakonodajo	Skupna vsota
Javna naročila	1		5		1		3	10
Izvajanje storitev (izbira ponudnikov, oblike sodelovanja, nepooblaščno izvajanje storitev ipd.)	2		3	2			1	8
Nadzorstvene vloge (sodelovanje v več odborih, komisijah, aktivnosti odobritve nečesa ipd.)	1	1	3					5
Sodelovanje s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov			5					5
Podeljevanje koncesij	1		2	1				4
Zapleti z medicinskimi pripomočki (vigilanca)						1		1
Pritejanje finančnih in drugih izkazov			1					1
Donacije			1					1
Klinično preskušanje zdravil			1					1
Preskakovanje čakalnih vrst			1					1
Skupna vsota	3	3	22	3	1	1	4	37

Javna naročila se kažejo kot prevladujoče področje, ki je bilo predmet analiziranih načelnih mnenj, sledi področje izvajanja ponudnikov oziroma oblikovanje različnih sodelovanj. Podeljevanje koncesij in sodelovanje s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov sta na tretjem mestu.

Klasifikacija je v določni meri vseeno vezana na poglede avtorjev te monografije, saj so nekateri primeri izrazito kompleksni. Pojavne oblike korupcijskih tveganj in vedenj se lahko tudi porazdelijo v različne kategorije. Pogosto se s pojavom ene primarne oblike korupcijskega tveganja nakaže tveganje tudi za sekundarno pojavno obliko oziroma je obstoj sekundarne pojavne oblike predispozicijski pogoj primarni obliki. Npr. v načelnem mnenju 197 Komisije za preprečevanje korupcije je v 12. odstavku opisana situacija: *»S tem, ko je odgovorna oseba javnega zavoda dopustila, da je javni zavod na trgu prodajal sedem industrijsko izdelanih zdravil brez dovoljenja za promet, saj jih je predstavljal kot »galenske izdelke«, se je zavod izognil stroškom, ki bi jih bil dolžan plačati skladno s Pravilnikom o pristojbinah in stroških postopkov na področju zdravil in medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 3/2007) ter na ta način javnemu zavodu pridobil neupravičeno premoženjsko korist. Prav tako je javni zavod s prodajo teh zdravil ustvaril prihodke, ki jih ni bil upravičen ustvariti, saj za prodajo teh izdelkov ni imel ustreznih dovoljenj.«* Izpostavljeno je torej neustrezno vedenje v nadzorstveni vlogi (primarna kategorija), toda šlo je za področje sodelovanja s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov (sekundarna kategorija). V tabeli 9 so zabeležene samo primarne kategorije. Tabela 9 izkazuje, da je Komisija za preprečevanje korupcija pogosto ugotovila, da je bilo izkazano vedenje, o katerem so presojali, neustrezno (v 26 mnenjih od 33).

Podobno kot v predhodnih poglavjih je pregled nakazal, da lahko ugotovitve o koruptivnem vedenju in koruptivnih tveganjih v zdravstvu porazdelimo v nekaj predominantnih skupin, to so korupcijska tveganja, izhajajoča iz sodelovanja med zdravniki in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, korupcijska tveganja, izhajajoča in povezana z javnimi naročili, korupcijska tveganja, izhajajoča iz neustreznega prepleta javnega in zasebnega zdravstvenega sektorja, ter korupcijska tveganja za preskakovanje vrst, ki jih podrobneje predstavljamo v nadaljevanju.

4.6.2 Pregled ostalih dokumentov Komisije za preprečevanje korupcije glede korupcije v zdravstvu v Sloveniji

Komisija za preprečevanje korupcije poleg načelnih mnenj izdeluje tudi vrsto analiz glede splošnega stanja korupcije v Sloveniji (t. i. Ocena staja korupcije) in izvaja določene analize korupcijskih tveganj na specifičnih področjih. V povezavi s korupcijo v zdravstvu sta pomembni dve analizi, in sicer: I.) analiza glede zaposlenih v javnem zdravstvu v zasebnih podjetjih (o tem Komisija za preprečevanje korupcije, 2014a, 2014b, 2014c) ter II.) analiza glede sodelovanja zaposlenih v zdravstvu s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ter posredno javnimi naročili (o tem Hren, 2018; Komisija za preprečevanje korupcije, 2019a).

Komisija za preprečevanje korupcije o analizi glede zaposlenih v javnem zdravstvu v zasebnih podjetjih pravi, da je slovenski zdravstveni sistem obremenjen s t. i. zdravniki čarodeji in zdravniki dvoživkami. Omenjeni besedni zvezi se uporabljata za poimenovanje tistih zdravnikov, *»ki so zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, hkrati pa so dejavni kot zdravniki izven javnega zdravstvenega zavoda in svojo pozicijo v javnem zdravstvenem zavodu uporabljajo za »trženje« svojih storitev izven javnega zdravstvenega zavoda«* – *zdravniki dvoživke*. *Besedna zveza zdravniki čarodeji pa se uporablja za »zdravnike zasebnike« s koncesijo za delo v javni zdravstveni mreži, ki nimajo lastnih prostorov in opreme, zaradi česar se njihova dejavnost odvija v prostorih javnih zdravstvenih zavodov, z opremo javnih zdravstvenih zavodov in s pomočjo zdravstvenega osebja, ki je zaposleno v javnih zdravstvenih zavodih. »Zdravniki čarodeji« so v javno zdravstveno mrežo vložili le »svoje delo« ob soglasju svojega delodajalca.»* (Komisija za preprečevanje korupcije, 2017). Komisija za preprečevanje korupcije je izvedla analizo zaposlenih v javnem zdravstvu v zasebnih podjetjih (Komisija za preprečevanje korupcije, 2014a, 2014b, 2014c), v kateri so med drugim primerjali imena in priimke ali EMŠO zaposlenih v zdravstvenem sektorju v obdobju od 1. 1. 2004 do 1. 9. 2013 s podatki v poslovnem registru – Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve [Ajpes] ter preverjali, kdo izmed zaposlenih je udeležen v kakem izmed poslovnih subjektov, ki se ukvarja z zdravstveno dejavnostjo. Takšnih oseb so našli 5.464 od 36.941 zaposlenih v zdravstvu (torej 15,28 odstotka). Komisija za preprečevanje korupcije poudarja, da je primerjava po imenu in priimku problematična zaradi soimenjakov in lahko vpliva na večanje zadetkov – npr. če upoštevamo samo uparjanje podatkov po EMŠO, je delež 6,9 odstotka. Komisija za preprečevanje korupcije poudarja, da gre sicer za razmeroma majhen delež oseb, toda analiza dohodkov je pokazala, da gre za obsežne zasluzke: *»Komisija je naredila tudi analizo prihodkov zasebnih podjetij, v katerih so udeleženi*

zdravstveni delavci 1.046 podjetij, ki se ukvarjajo z zdravstveno dejavnostjo in v katerih so udeleženi zdravstveni delavci, je med 1. januarjem 2004 in 1. septembrom 2013 s poslovanjem z javnim sektorjem zaslužilo 69 milijonov evrov. Od tega jih je od pravnih oseb javnega zdravstva dobilo 55 milijonov. Od proračunskih uporabnikov, v katerih so bili zaposleni zdravniki udeleženi v podjetju, pa so taka podjetja dobila skupno 2,7 milijona evrov. Največ zdravstvenih delavcev, ki je bilo udeleženi v zasebnih podjetjih, je bilo redno zaposlenih v UKC Ljubljana (343 zdravstvenih delavcev), sledijo Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani (106), Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor (78), Zdravstveni dom Koper (21) in Zdravstveni dom Nova Gorica (21). Ostale ustanove imajo manj kot 20 zdravnikov, ki so udeleženi v zasebnih podjetjih. Komisija je od Davčne uprave RS pridobila tudi podatke o dodatnih zaslužkih zdravnikov, zobozdravnikov ter zaposlenih v poklicih, povezanih z zobozdravstvom (zobozdravnik, zobotehnik, ustni higienik, inženir zobne protetike), psihologov ter dipl. inženirjev ortotike in protetike. Komisija je pridobila podatke o skupnem znesku dohodkov iz vseh pogodbenih razmerij, razen pogodbe o zaposlitvi. Pridobljeni podatki kažejo, da je takih oseb v javnem zdravstvu, ki so v dohodninskih odločbah poleg plače prijavile še druge dohodke, okrog 2.900 na posamezno leto. Skupna vsota prijavljenih dohodkov je bila med letoma 2004 in 2012 okoli 167 milijonov evrov.« (Komisija za preprečevanje korupcije, 2014b, str. 3)

Avtorji te publikacije izpostavljamo drug problem, in sicer, da so v določenem deležu verjetno izpadli tisti, ki sicer sodelujejo v zasebni praksi, vendar v poslovnih registrih niso zabeleženi kot družbenik, zastopnik ali nadzornik subjekta (kar pa je edina vrsta udeležbe, ki jih Ajpes beleži). V isti analizi je Komisija za preprečevanje korupcije tudi izpostavila, da na tem področju ni učinkovitega nadzora.

Komisija za preprečevanje korupcije glede analize sodelovanja zaposlenih v zdravstvu s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ugotavlja (Hren, 2018; Komisija za preprečevanje korupcije, 2019a, 2021a), da je prodaja medicinske opreme in medicinskih pripomočkov izvajalcem zdravstvene dejavnosti tudi v Sloveniji izpostavljena korupcijskim tveganjem. Tako kot drugje so tudi v Sloveniji predvsem mnenjski zdravniki tisti, na katere se želi vplivati. Uporabljajo se globalno uporabljene pristopi, ki so bili opisani v prvem poglavju (donacije, sponzoriranje potovanj in drugih materij ipd.). Komisija za preprečevanje korupcije za Slovenijo še dodatno ugotavlja, da prihaja do izigravanja pravil o enotnem trgu Evropske unije. Multinacionalke namreč prepovedujejo nakupe produktov in njihovo morebitno servisiranje mimo delegiranih nacionalnih zastopnikov/serviserjev oziroma neposredno od proizvajalca, kar pa izredno poveča ceno. Pogosto se tudi dogaja, da multinacionalke prodajajo izdelke na slovenskem

trgu preko posrednikov v drugih evropskih državah, ki kupi izdelek po ceni za svoj trg, nato pa ga proda povezani družbi v Slovenijo po višji ceni. Pridobljena korist, izhajajoča iz razlik v ceni, pa se med drugim uporabi tudi za »nedovoljena plačila nabavnim odločevalcem (na račune v Sloveniji ali na račune v tujini)« (Hren, 2018, str. 40). V svoji oceni stanja korupcije iz leta 2018 je Komisija za preprečevanje korupcije (2019a) podala rezultate vpogleda v obseg prodaje devetih največjih dobaviteljev med letoma 2003 in 2017, kjer prepoznavajo naraščajoč trend. V letu 2017 je skupna vsota transakcij preseгла 600.000.000 €. Opazila je tudi določeno konsolidacijo dobaviteljev, ki bi lahko povzročila manjše število dobaviteljev, ki pa bi bili na trgu izredno močni.

Komisija prepozna tudi koruptivno tveganje, izhajajoče iz neke vrste vsiljene oblike poslovnega sodelovanja med proizvajalcem in uporabnikom določene opreme. V Načelnem mnenju številka 44 je Komisija za preprečevanje korupcije (2006) prvič opozorila na prakso, ko so subjekti zdravstvenih storitev v dar oziroma v brezplačno uporabo prejeli opremo, ki jo uporabljajo pri svojem delu. Toda za ustrezno delovanje te opreme pa je bila nujna dodatna oziroma potrošna oprema ter ustrezno servisiranje, kar je moral zdravstveni subjekt redno kupovati in plačevati. Na tak način je subjekt, ki je opremo daroval, dejansko pridobival obsežno korist (o tem tudi Komisija za preprečevanje korupcije, 2019a).

4.6.3 Sklepno

Komisija za preprečevanje korupcije je že pri pripravi analiz, sklepnih dokumentov in letnih poročil ugotovila in opozorila na določene ponavljajoče se ali bolj problematične oblike korupcijskih tveganj in korupcije. Tako ugotavlja, da:

- Obstajajo dokazi, da imamo v Sloveniji neustrezno prakso javnih naročil (Komisija za preprečevanje korupcije, 2019b, 2021a).
- Imamo problematičen sistem podeljevanja koncesij in da gre za področje z visokim korupcijskim tveganjem (Komisija za preprečevanje korupcije, 2013a).
- Obstajajo neustrezni sistemi javnih naročil opreme in zdravil na mikro in makro ravni (Komisiji za preprečevanje korupcije, 2019, 2021).
- Obstaja visoko korupcijsko tveganje na področju čakalnih vrst (Komisija za preprečevanje korupcije, 2014b).

- Obstajajo dokazi, da se izvaja neustrezen preplet javnega in zasebnega zdravstvenega sektorja, ki škoduje osebam, ki potrebujejo ali želijo zdravstveno obravnavo, in v določeni meri oškoduje državni proračun (Komisija za preprečevanje korupcije, 2014a, 2014b, 2014c). Gre za t. i. »popoldanske prakse« (Komisija za preprečevanje korupcije, 2013a, 2015).
- Obstajajo ugotovitve, da je v Sloveniji postavljen slab sistem glede transparentnosti in omejevanja koruptivnega vedenja med zaposlenimi v zdravstvu in proizvajalci/zastopniki/dobavitelji medicinske opreme in farmacevtskimi družbami, založniki revij ipd. (Komisija za preprečevanje korupcije, 2013a, 2021a).

4.7 Ugotovitve pilotske raziskave glede korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji

Za ustreznejši vpogled glede problematike korupcije v slovenskem zdravstvu je bil izveden tudi raziskovalni projekt, projekt FENIKS – izdelava protokola ustrezne finančne vzdržnosti in etike v zdravstvu z namenom omejevanja neformalne ekonomije.³⁵ Namen projekta je bil tudi raziskati obseg tovrstne korupcije ter razviti elemente omejevanja. Med raziskovanjem se je cilj projekta razširil in je tako zajemal celovitejši vpogled v pojavne oblike korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu. V okviru pregleda ključne literature in virov je bilo raziskano tudi, kakšna je skladnost s panožnimi pravili etičnega poslovanja (npr. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations [EFPIA], 2019; MedTech Europe, 2015), oblikovanimi v zdravstvu predvsem na področju financiranja izobraževanj in izvajanju svetovalnih storitev zdravstvenih delavcev. V tem podpoglavju je predstavljena raziskava s ključnimi ugotovitvami.

4.7.1 Opis metode raziskovanja in vzorca

Intervjuvanje je potekalo med aprilom in junijem 2021. Zaradi ukrepov zoper širjenje virusa Sars-Cov-2 in priročnosti za intervjuvanca so bili intervjuji izvedeni v obliki telekonference. Intervjuvanci so bili izbrani na podlagi poznanstev raziskovalcev in/ali s pomočjo učinka snežne kepe, saj se je predvidevalo, da bo zaradi narave teme iskanje intervjuvancev, s katerimi raport še ni izgrajen, izrazito oteženo. Vsi

³⁵ Projekt ni prejel nobenega financiranja in smo ga avtorji izvedli znotraj svojega rednega dela oziroma kot dodatno neplačano prostovoljno delo.

intervjuvanci imajo večletne izkušnje delovanja na svojem področju, vezanim na naš preučevani pojav. Z namenom varovanja anonimnosti intervjuvancev ne podajamo konkretnega števila let delovne dobe in podrobnejšega opisa delovnega mesta. Osnovne informacije o intervjuvancih so vidne v tabeli 10.

Tabela 10: Karakteristike intervjuvancev

Intervjuvanec	Koda
Zdravnik*	Zdravnik 1
Zdravnik*	Zdravnik 2
Zdravnik*	Zdravnik 3
Strokovnjak s področja preiskovanja in omejevanja korupcije	Strokovnjak PiOK
Vodja financ in računovodstva v eni od splošnih bolnišnic	Vodja financ
Direktor podjetja, ki se ukvarja z dobavo medicinskih produktov	Distributer

* Zdravniki so zaposleni v različnih institucijah in na različnih delovnih mestih (tudi vodilnih) in z različnimi specializacijami, ker želimo zakriti identiteto intervjuvancev, podrobnejših informacij ne podajamo.

Vsi intervjuvanci so pred intervjujem dobili na vpogled tudi vprašalnik (razviden v prilogi C te monografije), ki je bil tematsko razdeljen na šest sklopov (I. sklop: splošna stališča glede stanja v zdravstvu; II. sklop: splošna stališča glede koruptivnih tveganj; III. sklop: splošna stališča glede izvajanja strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov in dodatnih plačil in ugodnosti zdravnikom ter njihove druge dejavnosti; IV. sklop: osebna izpostavljenost in izkušnje z izvajanjem strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov in dodatnimi plačili in ugodnostmi zdravnikov ter njihove druge dejavnosti; V. sklop: kaj je treba ukreniti? [za omejevanje praks, identificiranih v sklopih II. III in IV]. Zadnji VI. sklop je vseboval vprašanje za morebitne dopolnitve (npr. če smo po mnenju intervjuvancev spustili relevantno vprašanje in za sklepne komentarje).

Intervjuji so trajali od 36 minut do 1 ure in 15 minut, v povprečju 58 minut. V vsakem intervjuju je sodelovala le ena oseba kot intervjuvanec in ena oseba kot izpraševalec. En izpraševalec je naredil pet intervjujev in en izpraševalec je naredil en intervju. Vsi intervjuji so bili zvočno posneti in na podlagi posnetka zapisani ter analizirani v programih Atlas.Ti in MAXQDA.

4.7.2 Omejitve raziskave

Poglavitni omejitvi raziskave sta manjše število intervjuvancev in njihov izbor. Slednji je zajemal osebe, ki so dejansko izjemno motivirane za spremembo stanja na področju zdravstva, kar sicer predstavlja določeno subjektivno oceno stanja.

Zaupen odnos in poznavanje med intervjuvanci in osebo, ki je intervju opravljala, sta v določeni meri lahko tudi omejitev raziskovanja, saj vpliva na morebitno manjšo mero objektivnosti oziroma podajanja socialno zaželenih odgovorov.

4.7.3 Rezultati

Rezultati intervjujev so združeni po sklopih in sledijo zaporedju vprašanj iz vprašalnika. Na koncu podpoglavja so predstavljeni še sinteza in tudi določene ugotovitve, ki so izšle iz intervjujev in predstavljajo vpogled v problematične segmente slovenskega zdravstva.

Rezultate v čim večji meri predstavljamo v povzeti obliki in le v uvodu ter izjemoma v porazdeljeni obliki. To izvajamo z namenom varovanja anonimnosti intervjuvancev. Iz istega razloga so še redkeje zapisani dobesedni zapisi (izseki) iz intervjujev. Če so predstavljeni, je treba omeniti, da gre za zapis, ki lahko v določeni meri odstopa od čisto dobesednega zapisa, saj je z namenom jasnosti očiščen motečih elementov (npr. medmetov, znakov premora ipd.) in je v določeni meri posledica formacije zapisa, ki ga je naredila oseba, ki je intervjuje zapisala. V primeru takšnega zapisa je v oklepaju zapisana številka odstavka, ki je posledica analize odstavkov in strukture besedila, ki ga naredi program MAXQDA. Številka je zapisana v primeru, da bi se pojavila dodatna vprašanja bralca in bi želel konkretnejša pojasnila oziroma da se pokaže, kje v procesu intervjujev je bila izrečena zapisana poved. Število odstavkov/vrstic zapisov je bilo med 101 in 131, v povprečju 118.

4.7.3.1 Ocena intervjuvancev glede stanja zdravstva v Sloveniji

Intervjuvanci so si enotni, da je stanje zdravstva v Sloveniji dobro, da je sicer vedno prostor za napredek in določene izboljšave, vendar smo primerljivi z razvitimi evropskimi državami. Stanje je mnogo boljše kot v določenih državah nekdanje Jugoslavije (npr. Bosna in Hercegovina, Srbija). Intervjuvanci niso bili popolnoma enotni glede konkretnega segmenta, ki potrebuje izboljšavo. Tako je en intervjuvanec (Zdravnik 1) izpostavil težavo manko kadra, drugi (Zdravnik 2) problem vodenja zdravstvenega sistema in podsistemov ter komunikacije z ZZZS,

tretji (Zdravnik 3) pa izpostavi problem čakalnih vrst. Intervjuvanec Vodja financ je izpostavil problem slabe organiziranosti določenih subjektov in problem z dobavitelji. Strokovnjak PiOK je izpostavil pretirano prepletanje javnega in zasebnega zdravstva. Intervjuvanec iz vrst distributerjev pa, da je potencial v izboljšavi prilagodljivosti sistema.

4.7.3.2 Splošna stališča intervjuvancev glede koruptivnih tveganj v zdravstvu

Intervjuvanci so izpostavili, da so javna naročila, opravljanje dela izven JMZE oziroma delo v »popoldanskih ordinacijah« ter opravljanje storitev oziroma prejemanje določenih koristi od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov tista primarna področja, ki lahko predstavljajo in v določenih primerih tudi so dejansko področje neustreznega (koruptivnega) vedenja v zdravstvu.

Glede problematike javnih naročil so intervjuvanci povedali, da gre za sicer izredno dobro prepoznan problem, ki se ohranja zaradi različnih vzrokov. Obstaja problem pomanjkanja znanja tistih zaposlenih, katerih delovno področje pokriva tudi tovrstno delo (o tem Zdravnik 1). Tudi intervjuvanec iz vrst distributerjev je izpostavil, da je v določenem delu delovanja slovenskega zdravstvenega sistema problem v tem, da se administrativnim delavcem ne omogoči ustrezno izobraževanje glede uporabe novih produktov, saj recimo njihov poslovni subjekt izobražuje zdravnike, drugih pa ne, vendar, da se lahko nekaj ustrezno uporablja, je potrebno znanje vseh, ki pri svojem delu uporabljajo ta predmet ali se z njim kako drugače srečujejo. Strokovnjak za PiOK poudarja, da gre pri težavi javnih naročil za transnacionalni problem, ker multinacionalke kreirajo tudi politiko trženja in prodajanja preko zastopnikov za določeno državo in omejujejo zmožnost nakupa samo preko tovrstnih zastopnikov. Najbolj oster je bil intervjuvanec Vodja financ, ki je izpostavil, da glede na moč dobaviteljev medicinske opreme in sistema javnega naročanja v Sloveniji, »skoraj ni dobave, ki ne bi bila podmazana s kakšno podkupnino« (Vodja financ, odstavek 14). Zdravnik 3 pa je omenil, da so slovenski proizvajalci zdravil in medicinskih proizvodov precej bolj brutalni in brezkompromisni, sploh v primerjavi s tujimi proizvajalci zdravil in medicinskih proizvodov, ki se vsaj minimalno držijo nekih kodeksov (Zdravnik 3, odstavek 16), in dodal, da ne gre toliko za proizvajalce kot bolj za posrednike (Zdravnik 3, odstavek 104).

Pri diskusijah glede opravljanja dela izven JMZE noben izmed relevantnih intervjuvancev³⁶ ni bil sicer izrazito kritičen in nasprotnik takega vedenja, so pa poudarjali, da imamo na eni strani zelo negativen pogled na takšno vedenje, ki je v osnovi nekaj koristnega za paciente (o tem Zdravnik 2), ter sočasno določene vrzeli v ureditvah tovrstnega delovanja. Problematična je prav ta neustrezna urejenost tovrstne dejavnosti, ki pa se na neki način ohranja tudi iz drugih razlogov. Namreč, »za javni sektor so omejena finančna sredstva in potem rečejo, mi lahko naredimo samo toliko in toliko teh storitev. Zdravnik pa za obranjanje licence mora opraviti toliko in toliko storitev na letnem nivoju in če mu UKC ne omogoča to narediti mora iti v privatni sektor.« (Strokovnjak PiOK, odstavek 101) Zdravnik 3 izpostavlja, da imamo slabo organizacijo dela v JMZE in to botruje k razvoju takšnih praks. Pri takem delovanju ne prepozna korupcije, pravi pa, da gre za neučinkovit sistem, ki pacientu onemogoča koriščenje storitev, ki jih plačuje preko zavarovanja.

Nasprotje interesov ni bilo pogosto omenjeno – dejanski izrek besedne zveze *konflikt interesov* (oz. nasprotje interesov) se pojavi samo pri enem intervjuvancu (Zdravnik 2), ki ga navezuje na problematiko sodelovanja med ZZS in dobavitelji medicinske opreme. Pomensko gledano pa se nasprotje interesov pojavlja tudi pri nekaterih ostalih intervjuvancih, npr. Strokovnjak PiOK govori o situacijah, ko ima sorodnik zdravnika, ki sproži določeno javno naročilo, podjetje za dobavo/zastopstvo predmeta naročila.

Pri vseh treh prevladujočih oblikah koruptivnega vedenja in koruptivnih tveganj pa intervjuvanci (razen Distributerja) opozarjajo na določeno odsotnost nadzornih mehanizmov.

4.7.3.3 Splošna stališča intervjuvancev glede izvajanja strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov, dodatnih plačil in ugodnosti zdravnikom ter njihove druge dejavnosti

V tem sklopu so intervjuvanci izpostavili, da gre za globalno sprejeto prakso delovanja, ki je v zadnjem času – vsaj v Sloveniji – doživela izrazito izboljšavo v smislu bolj transparentnega delovanja. V preteklosti (pred 10–15 leti) je izplačevanje oziroma podajanje koristi potekalo med subjektom proizvodnje/distribucije zdravil

³⁶ Intervjuvanec pod kodo Distributer nima (ne)posrednih izkušenj s tem področjem in mu zato vprašanja na to temo niso bila zastavljena.

in medicinskih pripomočkov in posameznim zdravnikom, dandanes pa se mora vključiti pod matično zaposlitveno enoto zdravnika oziroma je določena zdravstvena ustanova tista, ki dobi pobudo/sredstva, in je potem posamezni odločevalec znotraj te ustanove tisti, ki odredi, kdo bo končni prejemnik te koristi/sredstev. Korupcijsko tveganje s tem ni nujno pretirano zmanjšano (neuradno lahko še vedno subjekt proizvodnje/distribucije zdravil in medicinskih pripomočkov sporoči, koga želi nagraditi), dodatno pa se lahko pojavlja problem favoriziranja oziroma omejitev dostopa do teh koristi. Na primer za mlajše zdravnike ni nujno, da imajo dostop do teh storitev, saj se po eni strani cilja na odločevalce v subjektih (torej tiste, ki imajo možnost odločanja glede izbire določenega produkta) ali tiste, ki imajo neki ugled. Tretji intervjuvanec iz vrst zdravnikov je izpostavil, da proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ciljajo na tiste zdravnike, ki delajo na področjih, kjer je poraba zdravil večja (npr. onkologija, biološka zdravila, revmatologija, hematologija, kardiologija, diabetes) (Zdravnik 3, odstavek 34). Skoraj vsi intervjuvanci pa poudarjajo, da niso vse koristi, ki se dobijo od subjekta proizvodnje/distribucije zdravil in medicinskih pripomočkov, podkupnine in da v nekaterih primerih rešujejo tudi druge probleme slovenskega zdravstva, npr. pomanjkljivo financiranje za izobraževanje zdravnikov.

4.7.3.4 Osebna izpostavljenost in izkušnje intervjuvancev z izvajanjem strokovnih storitev za proizvajalce/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov, dodatnimi plačili in ugodnostmi zdravnikov ter njihove druge dejavnosti

Dva intervjuvana zdravnika sta ocenila, da v Sloveniji posamezne oblike sodelovanja med proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov zelo variirajo po pogostosti. Kot zelo redko oziroma redko ocenjujeta sodelovanje pri izvedbi kliničnih preiskav (ki se izvajajo, toda zaradi obsežnosti in kompleksnosti niso pogoste) ter *ad hoc* svetovanja. En intervjuvanec kot redko ocenjuje tudi usposabljanje predstavnikov proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov ali zunanjih udeležencev in sodelovanje kot govornik/predavatelj na simpozijih, okroglih mizah, pri čemer je drug intervjuvani zdravnik tako sodelovanje ocenil kot pogosto v Sloveniji. Pojavnosti glede ostalih oblik sodelovanja (sodelovanja v svetovalnih ali znanstvenih odborih, ki jih organizirajo proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ter sodelovanje v tržnih raziskavah) pa ne moreta oceniti.

Na drugi strani ima intervjuvanec iz vrst distributerjev izkušnje s podajanjem tovrstnih vabil in (so)organiziranjem dogodkov, na katere so vabljeni govorci in udeleženci iz vrst zdravnikov. V tovrstnem delovanju ne vidi problemov in poudarja, da so pravila takšnih sodelovanj dandanes strožja in da: *»So vsi bolj pazljivi na pravila, to je dejstvo.«* (Distributer, odstavek 93)

Intervjuvanec, ki ima izkušnje z vodenjem financ, pa je potrdil, da so mu ponudili podkupnino [op. a.: zaradi zagotovitve anonimnosti intervjuvanca ne podajamo informacij glede namena ponujene podkupnine].

4.7.3.5 Predlogi intervjuvancev za omejevanje korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu

Glede na ključne identificirane težave in razlike v okoljih, iz katerih izhajajo, so predlogi in komentiranje ter tudi pogledi intervjuvancev temu primerno različni glede rešitve za omejevanje korupcije in korupcijskih tveganj. Povzete ugotovitve glede presoje ukrepov, ki smo jih oblikovali preko pregleda literature, so predstavljene v tabeli 11, predlogi ukrepov, ki izhajajo neposredno iz intervjujev, pa v tabeli 12.

Tabela 11: Presoja v literaturi in drugih virih identificiranih ukrepov za omejevanje korupcije in korupcijskih tveganj

Ukrepi, ki jih izhajajo iz pregleda literature	
Ukrep	Je bil v intervjuju potrjen/komentar intervjuvancev?
Upoštevanje Kodeksa medicinske deontologije Slovenije (1992) oziroma njegove prenove, tj. Kodeks zdravniške etike (2016)*	Ni bil omenjen.
Poznavanje in upoštevanje panožnih kodeksov etičnega ravnanja (npr. Medtech Europe Code of Business Practice, EFPIA Code of Practice)	Samo en intervjuvanec je izrecno izpostavil omenjeni kodeks. En intervjuvanec ve za obstoj neke zaveze farmacevtskih družb, ni pa poimenoval zaveze/dokumenta. Strokovnjak PiOK omenjenega kodeksa ni poznal, ga pa je prebral za pripravo na intervju. Izpostavlja, da je Kodeks o Javni objavi prenosov sredstev zdravstvenim delavcem in zdravstvenim organizacijam s strani farmacevtskih družb natančnejši in doslednejši.
Prepoved delovanja zdravnikov izven JMEZ*	Ne. Takšna rešitev se ni pojavila.

Ukrepi, ki jih izhajajo iz pregleda literature	
Ukrep	Je bil v intervjuju potrjen/komentar intervjuvancev?
Dopolnitev zakonodaje (uredb) oziroma protokola, ki urejajo delovanje zdravnikov izven JMEZ	Iz odgovorov intervjuvancev izhaja, da delovanje zdravnikov izven JMEZ načeloma podpirajo, toda rešitve za izboljšavo sistema niso bile podane, z izjemo ustrezne ureditve količnikov oziroma doseganje norme. Predlog enega izmed intervjuvancev je bil, da se dovoljenje za izvajanje dela izven JMZE posamezniku ne poda, če njegov obseg opravljenega dela ni v sorazmerju z ostalimi primerljivimi zaposlenimi. Pri čemer se upošteva, da so nekateri posegi kompleksnejši in so nesorazmerja razumljiva. Postavljen sistem bi moral ta nesorazmerja ustrezno raztolmačiti.
Omogočitev zdravniku, da popoldansko – zasebno ordiniranje opravi v prostorih njegove JMZE	Glede tega sta se izrekla dva intervjuvanca, ki sta potrdila tak predlog. En zdravnik glede tega ni bil vprašan.
Sistem, kjer koristi od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov dobi zdravstvena ustanova, v kateri potem določena oseba izbere končnega prejemnika koristi.	V takšni ali drugačni obliki so se tega dotaknili vsi intervjuvanci, ki pravijo, da gre za napredek od sistema, kjer je korist dobil neposredno posameznik. Je pa možno zaznati, da obstajajo tudi obidi tovrstnega delovanja – kjer sicer korist dobi najprej zdravstvena ustanova, toda potem posredujejo izbrani »preferirani« osebi. Konkretnjših predlogov za izboljšavo ni bilo podanih.
Ureditev centraliziranega sistema javnih naročil	Ne, vendar je iz odgovorov enega intervjuvanca mogoče zaznati idejo o bolj centraliziranem pristopu k izvedbi javnih naročil. Intervjuvani Zdravnik 3 je identificiral pomembni element v pristopu centralnega registra – v primeru decentralizacije naročanja morajo osebe »lobirati« pri več kupcih, kar nakaže razlike v cenah in omogoči razkritje anomalij. Pri centralizirani nabavi je odločevalec en in se lahko anomalije ne razkrijejo.
Oblikovanje ustreznega programa izobraževanja zdravstvenega in medicinskega osebja za prepoznavo in upravljanje tveganj koruptivnih ravnanj*	Samo en intervjuvanec je omenil, da starejši zdravniki med študijem niso imeli predavanj na temo skladnosti (ang. <i>compliance</i>). V odgovorih preostalih ni najti potrditve tega ukrepa.
Naslovitev problematike čakalnih vrst v načrtih integritete*	Ne. Intervjuvanci o tem niso spregovorili. Oba intervjuvana zdravnika sta povedala, da imata rešitve glede čakalnih vrst, da pa sta v nekem smislu nemočna pri realizaciji rešitev.

* V vprašalniku za intervju ni bilo vprašanj, ki bi posredno ali neposredno spraševala po mnenju o tem ukrepu – za razliko od ostalih ukrepov, ki se jih vprašanja vsaj posredno dotaknejo. Vseeno pa smo v odgovorih intervjuvancev iskali omembe oziroma navezave tudi na te ukrepe.

Tabela 12: Ukrepi in rešitve za omejevanje korupcije in korupcijskih tveganj – glede na odgovore intervjuvancev

Ukrep	Opis – ozadje ukrepa
Zaposlitev oseb z ustreznim znanjem na delovna mesta, katerih delovno področje zajemajo javna naročila	Intervjuvanec Zdravnik 1 je izpostavil, da so na delovnih mestih, kjer se izvajajo javna naročila, zaposlene osebe, ki nimajo ustreznega znanja.
Transparentnejši sistem cen	Intervjuvanec Zdravnik 3 poudarja, da so cene naprav in materialov, ki se uporabljajo v zdravstvu, precej zakrite oziroma niso javno objavljene, kar zmanjšuje transparentnost in omogoča napihovanje cen. Ukrep bi moral biti na ravni EU.
Uvedba vsebin v zdravstvene in medicinske fakultete, ki bi izboljšala znanje oseb glede javnih naročil	Intervjuvanec Strokovnjak PiOK (odstavek 95) je povedal: » <i>V tujini je fakulteta s področja tehnične zdravstvene stroke. Ljudje se prav s tem ukvarjajo, da so usposobljeni za nabavo takšne opreme, zdravniki pa zdravi. Gre v bistvu za tehnični management, ki dobavlja artikle in se ukvarja z dobavami itn.</i> «
Ureditev financiranja izobraževanja zdravnikov, ki so potrebna za ohranjanje licence	Zaradi manka financ, ki bi jih lahko zdravniki uporabili za nadgradnjo svojega znanja oziroma pridobitve dovoljšnega števila točk za ohranjanje licence, farmacevtska in druga podjetja vstopijo v vlogo sponzorja, kar za sabo prinese korupcijsko tveganje.
Večje število zavarovalnic	Eden izmed intervjuvancev je omenil, da je v Sloveniji zaznati zavarovalniški monopol, kjer se ne ustvarja konkurenčni prostor in se lahko potem sredstva porabljajo precej nerazumno.

4.7.3.6 Dodatne ugotovitve, izhajajoče iz intervjujev

Iz intervjujev izhajajo tudi tri dodatne pomembne ugotovitve:

1. Obstaja resna anomalija v delovanju slovenskega zdravstva, ki je verjetno vezana na sistem plač. Opazno je namreč, da so številne zdravstvene institucije v Sloveniji v času epidemije virusa Sars-Cov-2 in bolezni covid-19 v bilančnem stanju izredno pozitivno poslovale, pri čemer je opazno tudi, da so v storitvenem smislu opravili manj aktivnosti.
2. Kolegialnost in cehovska zaščita. Mediji za slovenski medicinski ceh poudarjajo, da obstaja močna kolegialnost, ki na neki način onemogoča konstruktivno kritiko in kaznovanje neustreznega vedenja. V našem intervjuju je en intervjuvanec to samoiniciativno potrdil.
3. Negativni odnos do medijev. Intervjuvanec iz vrst distributerjev in eden izmed intervjuvanih zdravnikov sta izpostavila, da so mediji izrazito problematični glede poročanja o njihovem delu in da s tem oblikujejo precej negativno podobo slovenskega zdravstva.

4.8 Sklepno

Čeprav intervjuvanci iz pilotne študije poudarjajo, da ne moremo govoriti o lobijih v klasičnem smislu,³⁷ ker, čeprav identificirajo le maloštevilne močne dobavitelje, vseeno govorijo o vplivih na kreiranje politik in vpliva na sistem dobave zdravil in medicinskih pripomočkov v Sloveniji, kar nakazuje, da pa je vendarle smotrno govoriti o lobiranju v negativnem smislu, močnih lobijih in (ali pa vsaj) o neformalnih mrežah in skupinah pritiska. Omenjeno potrjujejo tudi izjave intervjuvancev, da obstaja veliko tveganje za neke vrste neformalno kaznovanje (prikrit mobing in šikaniranje, oviranje pri napredovanju), če se ne podredijo utečenemu sistemu in skušajo spremeniti stvari na boljše. Lessig (2013) navaja, da je za institucionalno korupcijo značilen sistematični in strateški vpliv na delovanje institucije, ki manjša njeno učinkovitost, saj jo odvrča od njenega primarnega namena, pogosto preko ravnanj, ki so zakonita in trenutno celo mogoče etična, kar pa ima za posledico zmanjšano zaupanje javnosti v institucijo. Vse elemente je mogoče prepoznati v slovenskem zdravstvenem sistemu, kar nakazuje veliko verjetnost, da je v njem prisotna (vsaj) institucionalna oziroma sistemska korupcija.

O javnih naročilih so naši intervjuvanci povedali, da gre za problematično področje. Pogosto je vezano na politično apatijo oziroma ohranjanje *statusa quo*. Pomembno je upoštevati še poročilo Vrhovnega državnega tožilstva Republike Slovenije (2019, str. 167), iz katerega izhaja, da se zdravstveni poslovni subjekti ne prepoznavajo kot oškodovanci, kar je faktor, ki vpliva na ohranjanje *statusa quo*. Vprašanje, ki se ob vsem tem poraja, pa je tudi, ali je morebitna odsotnost volje za izboljšave na tem področju pogojena tudi s prevelikimi koristmi za odločevalce, ki jih imajo v trenutnem sistemu.

O sodelovanju s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov so naši intervjuvanci dokaj nekritični, so pa tudi precej minimalno vpeti v sodelovanje pri izvajanju strokovnih storitev zanje. Takega sodelovanja ne vidijo kot negativno, če je seveda izvedeno skladno s protokolom. Še več, ker izpostavljajo problem izobraževanja v medicini in zdravstvu, takšno sodelovanje kompenzira oziroma sanira težave, ki jih ima slovenski zdravstveni sistem v tem segmentu. Zdravnikom je tako olajšana (če ne, kar omogočena) pridobitev dovoljšnega števila točk za

³⁷ Lobiranje je poklic, če se oseba registrira kot lobist in vse poteka transparentno. Drugače govorimo o lobiranju v negativnem smislu kot eni od perečih oblik korupcije.

obnovitev/ohranitev licence. Deloma bi bila rešitev za manjšanje koruptivnih tveganj v sodelovanju s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov že ustrezna stopnja javnega financiranja izobraževanj zdravnikov.

Da bi se vseeno ustrezno ohranila oziroma zmanjšala stopnja tveganja za koruptivna tveganja, bi bilo treba vsaj minimalno nadgraditi protokole sodelovanja med proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, ki bi zajeli predvsem dva elementa. Najprej, povečanje neodvisnosti institucij, da resnično samostojno in brez vplivanja proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov, ki je namenil finance, odločijo, kdo in zakaj bo sredstva porabil. Pri čemer je izbira prejemnika financ izvedena glede na vnaprej določena strokovna merila. Drugo, večanje transparentnosti glede prejemkov od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov. Do podobne ugotovitve je preko svojih analiz prišla tudi Komisija za preprečevanje korupcije in je zato tudi že podala pobudo: »*Ministrstvu za zdravje, da v prihodnje tisti zdravstveni delavci, ki opravljajo dela in naloge na posebej izpostavljenih delovnih mestih, enkrat letno poročajo svojemu delodajalcu o svojih povezavah (s proizvajalci, s trgovci, izdajatelji revij in drugimi) s pravnimi osebami (razkrije povezav), od katerih sami neposredno (na primer plačila za izdelavo strokovnega članka) ali posredno (preko svojega ali kakšnega drugega društva) prejmejo plačila za opravljeno delo (na primer objava strokovnega članka o izvajanju operacij z medicinsko opremo določenega proizvajalca, izvedba postmarketinske študije in tako dalje) ali kakšne druge ugodnosti, vse navedeno pa je posledica izključno njihove zaposlitve v javnem zdravstvenem zavodu.*« (Komisija za preprečevanje korupcije, 2021a, str. 14) Pojavljajo se torej vedno isti identificirani problemi, ki imajo nakazane rešitve, vendar se le te ne uveljavijo.

O delu zdravnikov izven JMZE intervjuvanci prav tako niso bili kritični. V nasprotju z mnenjem Komisije za preprečevanje korupcije (2014b) intervjuvanci niso izrazili interesa, da bi se prepovedalo hkratno delovanje v javnem sektorju zaposlenih zdravnikov v zasebnih ambulantah in drugih zasebnih ustanovah.

Intervjuvanci (oziroma del njih) so o čakalnih vrstah menili, da gre za precej lahko rešljiv problem, če bi obstajala ustrezna politična volja, in da bi se lahko dala predlaganim rešitvam možnost pilotskega testiranja. Zaradi dejstva, da se to ne dogaja, avtorji monografije izpostavljamo pomislek, ali se dolge čakalne vrste **na določenih področjih** ohranjajo umetno, z namenom, da se lahko iz njih napajajo zasebne ordinacije zdravnikov. Zmanjšanje čakalnih vrst bi pomenilo manj posameznikov, ki morajo zaradi narave svoje bolezni ali predvsem zaskrbljenosti, da

ne bodo resno zboleli oziroma bodo preventivno delovali, iskati zdravstvene storitve v zasebnem sektorju. Ali lahko torej govorimo o zdravniškem lobiju? Pomislek na eni strani sicer negira dejstvo, da dejansko obstaja oziroma je obstajal, kot je navedeno v analizi Komisije za preprečevanje korupcije (2014b, 2014c) iz leta 2014, le nekje 15,28-odstotni delež zdravnikov, ki so poleg dela v JMZE svoje storitve nudili in izvajali še v zasebnem poslovnem subjektu. Pri čemer ima analiza lahko težavo, da stanje potencira, saj je bila preverba izvedena po EMŠO ali priimku ter imenu in zato obstaja možnost večjih števil zaradi soimenjakov. Toda na drugi strani je analiza nakazala velike dohodke in se zato ob tem poraja ključno vprašanje, ali so ti subjekti dovolj močni, da imajo zmožnost vplivanja na odločevalce v Sloveniji, da se zadeve ne uredijo ustrezno.

Pri intervjuvancih se je občasno pojavilo tudi retorično vprašanje, in sicer zakaj se zadeve ne spremenijo, sploh v primeru javnega naročanja. Poleg očitnega odgovora pasivnosti ključnih subjektov je odgovore možno iskati tudi v tem, da delno krivdo nosijo tudi naročniki javnih naročil, ki aktivno spodbujajo ohranjanje trenutnega sistema, saj se ne prepoznajo kot oškodovanci (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2020; Zdravniška zbornica Slovenije, 2021). Ali je ohranjanje sistema posledica koruptivnih ravnanj, pa ni mogoče oceniti.

5 PREGLEDNI MODEL KORUPCIJE IN KORUPCIJSKIH TVEGANJ V ZDRAVSTVU – PRESOJA STANJA V SLOVENIJI

V poglavju 2.4 predstavljen osnutek modela korupcije v zdravstvu je bil uporabljen za klasifikacijo pojavnih oblik koruptivnega vedenja in korupcijskih tveganj v Sloveniji. Pristop smo poimenovali pregledni model korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu.

5.1 Metoda izdelave preglednega modela

Idejna zasnova imenovanega modela je, da se vsi pregledi in vpogledi združijo ter s tem pokažejo pojavne oblike korupcije, ki so prisotne v slovenskem zdravstvenem sistemu. Pri čemer je namen modela samo identificirati pojavne oblike, ne pa določiti obsega in škode, kar bi bila sicer smiselna nadgradnja predlaganega modela, toda za tako nadgradnjo bi morali vpeljati nekatere kontrolne spremenljivke in zožiti časovni okvir. V naš pregled je zajeto več kot 20-letno obdobje, skozi katero so se spreminjali tako raziskovalni pristopi in instrumenti (npr. vprašalniki v javnomnenjskih raziskavah) kot tudi strukture dela v zdravstvenem sistemu. Pregledni model, ki bi

poleg pojavnih oblik zaznal še obseg in škodo, bi bilo smiselno izvesti, ko se bo umirila pandemija virusa Sars-CoV-2. V podatkovno bazo, ki nam je služila za izdelavo modela pojavnosti korupcije in korupcijskih tveganj, smo vključili:

- Medijska poročanja, vendar le, če so nakazovala izvirnost in ni šlo za posredno poročanje o primeru, ki je bil morda že vključen v podatkovno bazo (npr. poročanje o ugotovitvah Računskega sodišča ali Komisije za preprečevanje korupcije ipd.).
- Načelna mnenja in druga gradiva Komisije za preprečevanje korupcije.
- Poročila Vrhovnega državnega tožilstva. Statistika Policije glede korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu v Sloveniji je bila presplošna, da bi vedeli, v okviru česa je prišlo do določenega ravnanja (npr., ali je šlo za prejemanje darila v povezavi z obravnavo pacienta, javnih naročil ali česa drugega). Zaradi omenjenega statistike Policije v nadaljevanju nismo uporabili.
- Javnomnenjske raziskave. Posamezno raziskavo smo šteli zgolj kot enkratni »dokaz«, čeprav je več anketirancev označilo, da so imeli izkušnjo s korupcijo. Pri javnomnenjskih raziskavah obstaja sicer tudi določena verjetnost, da je imel anketiranec v mislih lastno izkušnjo s korupcijo v povezavi z javnimi naročili ali podobnim in ne zgolj v razmerju do zdravnika, pri iskanju pomoči ob bolezni ali poškodbi, ali ko je iskal zdravstveno storitev ali neko drugo storitev, saj je lahko anketiranec navsezadnje nekdo, ki se poklicno ukvarja z dobavo medicinske opreme ali čim podobnim, toda menimo, da je vseeno večja verjetnost, da je šlo glede na tip vprašanj in namen vprašanj za klasične primere podkupovanja zdravnikov in ostalih zaposlenih v zdravstvu v primeru zdravljenja – za preskakovanje čakalnih vrst ali boljšo kakovost zdravljenja. Ker vseeno ni razvidno, za kaj točno se je podkupnina dala ali zahtevala, smo odgovore kategorizirali kot namen za *preskakovanje čakalnih vrst ali boljšo obravnavo*, četudi je šlo v določenih primerih za napotitev v zasebne ordinacije, kar ni klasično preskakovanje vrst (več o napotitvah na zasebne ordinacije in razlogih podkupovanja v podpoglavju 4. 2. 1. 2 oziroma EU Open Data Portal (2015, 2017, 2020); European Commission, 2020a)).
- Raziskovalna dela (članki, poročila, poglavja v knjigah, zaključna dela), kjer so bile opisane izvirne raziskave avtorjev.

Ob napisanem se zavedamo, da se nam ni bilo mogoče izogniti določenim podvojenim vnosom. Verjetno je namreč, da je državno tožilstvo dobilo v obravnavo zadevo, ki sta jo npr. obravnavali tudi Komisija za preprečevanje korupcije ali pa recimo Parlamentarna preiskovalna komisija. Tako podvajanje zmanjšuje zaupanje v rezultate na eni strani, po drugi strani pa večje število udeležencev, ki preiskuje posamezni primer (in s tem pojavno obliko korupcije), vseeno nakazuje, da gre mogoče za bolj resno obliko koruptivnega tveganja in korupcije.

Posameznih vnosov nismo uteževali in četudi je vir le deloma potrjeval prisotnost določene pojavne oblike korupcijskega tveganja ali korupcije, smo ga – glede na stroge pogoje vključevanja v bazo – upoštevali kot celoto.

Pristop k iskanju in ovrednotenju posamezne oblike korupcijskega tveganja in/ali koruptivnega vedenja prikazuje slika 2.

V podatkovno bazo je bilo tako vključenih 82 različnih virov po klasifikaciji v tabeli 13:

Tabela 13: Klasifikacija virov, uporabljenih v preglednem modelu korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu

Tip vira	Število	Odstotek
Načelno mnenje oziroma ugotovitve Komisije za preprečevanje korupcije o konkretnem primeru	27	32,93 %
Javnomenjska raziskava	20	24,39 %
Medijski članek	14	17,07 %
Revizijsko poročilo/Revizija Računskega sodišča RS	8	9,76 %
Poročilo Vrhovnega državnega tožilstva	5	6,10 %
Poročilo parlamentarne preiskovalne komisije [končno ali vmesno]	3	3,66 %
Magistrsko delo	2	2,44 %
Analiza Komisije za preprečevanje korupcije	1	1,22 %
Diplomsko delo	1	1,22 %
Raziskovalna naloga	1	1,22 %
Skupna vsota	82	100 %

5.2 Rezultati preglednega modela korupcije in korupcijskih tveganj v slovenskem zdravstvu

V teh 82 različnih virih je bilo identificiranih 24 različnih pojavnih oblik korupcije, ki so po frekvenci pojavnosti prikazane v tabeli 14. Ob tem je za interpretacijo potrebna pazljivost. Zgolj številčno najbolj pojavnega oblika v tabeli 14 še ne pomeni, da gre za tudi po oškodovanju najbolj intenzivno.

Tabela 14: Pojavne oblike korupcijskih tveganj ali korupcije, identificirane v Sloveniji

1.	Korupcijska tveganja in korupcija na področju javnih naročil opreme in zdravil	32 (31,68 %)
2.	Preskakovanje čakalnih vrst ali boljša obravnava (iz vira ni mogoče razbrati)	23 (22,77 %)
3.	Preskakovanje čakalnih vrst.	9 (8,91 %)
4.	Pridobivanje zdravniških potrdil (npr. pridobitev določenega potrdila za bolniške odsotnosti, v primeru, da zdravnik, ki daje potrdilo, ni nujno izbrani zdravnik osebe, ali za opravljanje dejavnosti, upravljanje stroja ali v zadnjem času npr. negativne izvide testiranj na covid-19).	5 (4,95 %)
5.	Odsotnost ustreznega nadzora nad zaposlenimi (npr. sistem, ki omogoča goljufanje pri beleženju prisotnosti na delovnem mestu, ali sistem, ki ne omogoča sledljivosti porabe zdravil, ki jih lahko zdravnik predpiše pacientu ali sebi). [Op. a.: ni neposrednih dokazov, da je prisotna korupcija. Torej, da so nadrejeni ali drugi to dovolili zaradi korupcije.]	3 (2,97 %)
6.	Korupcijska tveganja, izhajajoča iz financiranja obiskov konferenc, simpozijev, strokovnih srečanj, usposabljanj oziroma ostalih oblik usposabljanj (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov)	3 (2,97 %)
7.	Koruptivno vedenje, ki vodi v, spodbuja, ali prikriva goljufige na področju kritja storitev iz zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov, ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene oziroma »napihovanje« stroškov).	3 (2,97 %)
8.	Korupcija in korupcijska tveganja pri podeljevanju koncesij	3 (2,97 %)
9.	Korupcijska tveganja, izhajajoča iz podarjanja različnih daril (npr. knjige, beležke, pisala, stetoskop, potovanj ipd.) (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov).	2 (1,98 %)
10.	Korupcija in korupcijska tveganja pri vodenju zdravstvenih ustanov, vključno z opustitvami dolžnostnega ravnanja.	2 (1,98 %)
11.	Korupcijska tveganja, izhajajoča iz donacij (finančnih ali v obliki medicinske opreme) (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov).	2 (1,98 %)
12.	Podarjanje različnih daril, ki niso znatnih vrednosti (npr. potovanja) (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov).	2 (1,98 %)
13.	Uporaba sredstev in prostorov javnega zdravstvenega servisa za zasebno uporabo, brez plačila stroškov uporabe.	1 (0,99 %)
14.	Koruptivno vedenje, ki vodi v, spodbuja ali prikriva goljufige na področju kritja storitev zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene, oziroma »napihovanje« stroškov). Goljufige, narejene tudi na področju izplačila plač.	1 (0,99 %)
15.	Pridobivanje potrdil za bolniške odsotnosti, status invalida ipd.	1 (0,99 %)
16.	Oblikovanje sistema, ki omogoča monopolizacijo trga na področju zdravstvenega zavarovanja oziroma zagotavljanje zdravstvenih storitev.	1 (0,99 %)
17.	Preusmerjanje pacientov v zasebne prakse.	1 (0,99 %)
18.	Koruptivno vedenje, ki vodi v, spodbuja, ali prikriva goljufige in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – administrativni segment (goljufige pri prikazovanju porabe sredstev).	1 (0,99 %)

19.	Zaščita akterjev, ki so izkazali neustrezno vedenje. Vprašljivi notranji mehanizmi nadzora.	1 (0,99 %)
20.	Koruptivno vedenje, ki vodi v, spodbuja ali prikriva goljufije ali korist, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.	1 (0,99 %)
21.	Uporaba sredstev in prostorov javnega zdravstvenega servisa za zasebno uporabo, brez plačila stroškov uporabe.	1 (0,99 %)
22.	Korupcijska tveganja, izhajajoča iz financiranja raziskovanja (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov).	1 (0,99 %)
23.	Korupcijska tveganja, izhajajoča iz plačevanja za predstavitev/predavanje in pisanje prispevkov ter strokovnih mnenj.	1 (0,99 %)
24.	Koruptivno vedenje, ki vodi v, spodbuja, ali prikriva goljufije in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – vsebinski segment (neustrezna izvedba eksperimentov oziroma lažno poročanje o rezultatih ali njihovo prikritje). (deloma)	1 (0,99 %)
Skupna vsota		101 (100,00 %)

5.3 Izpostavljene oblike koruptivnih tveganj in korupcije v slovenskem okolju

Glede na rezultate je vidno, da iz zapisov v poročilih o javnomnenjskih raziskavah ni bilo možno izluščiti specifične pojavne oblike in da gre za dve pojavniki. Glede na majhen odstotek oseb, ki so dejansko imele izkušnje s korupcijo v zdravstvu, glede na način korupcije in vrednost podkupnine³⁸ ne gre za pretirano obsežen problem z velikim oškodovanjem. Jasno pa je, da so čakalne vrste izjemno pereč problem slovenskega zdravstva ter predstavljajo tudi visoko korupcijsko tveganje (o tem Komisija za preprečevanje korupcije, 2014b), saj vsebuje vse ključne rizične elemente, ki spodbujajo koruptivno vedenje, npr. posameznika v podrejenem položaju in v potrebi po nujni storitvi, obsežen sistem, v katerem se lahko podkupnina skriva, in prejemnika podkupnine, ki izhaja iz pozicije moči in opravlja družbeno spoštovan poklic, ki ima tudi močno politično in kolektivno (cehovsko) zaščito. Tudi iz vidika percepcije je videti, da anketirani v pilotskih raziskavah čakalne vrste vidijo kot razlog, zakaj osebe podkupujejo zdravnike (npr. Korošec, 2011).

Na drugi strani so po pogostosti druga najpogostejša oblika javna naročila na mikro in makro ravni, ki glede na izpisane argumente (da gre za pogoste večkratnike različnih nabavnih cen, da se pojavljajo v številnih zdravstvenih ustanovah in da so žvižgači kaznovani, ko na ta problem opozorijo) kažejo, da gre za resnejšo težavo.

Podobno je s sodelovanjem proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov, ki se kaže v številnih različnih pojavnih oblikah in številnih sferah delovanja slovenskega zdravstva. V Sloveniji so zastopniki glede korupcije in korupcijskih tveganj bolj problematični od proizvajalcev.

³⁸ O tem poglavje 4.2.

Kot zadnjo prevladujočo obliko prepoznavamo delovanje zdravnikov izven JMZE, ki sicer v tabeli 14 individualno pogosto ni zaznan, toda upoštevajoč analize Komisije za preprečevanje korupcije (2014a, 2014b, 2014c) ter tudi redke odgovore glede razlogov podkupovanja pri javnomnenjskih izkušnjah s korupcijo, kjer so bili pacienti preusmerjeni v zasebne prakse (EU Open Data Portal, 2015, 2017, 2020; European Commission, 2020a), ne gre za tako redek in nedolžen pojav. Pri čemer je treba javnomnenjske raziskave jemati z veliko rezerve, ker iz odgovorov ne vemo, ali so zdravniki paciente preusmerjali v svoje ordinacije ali v ordinacije drugih.

Pred koncem podpoglavja izpostavljamo še eno obliko problematičnega vedenja, ki ga sicer ne moremo čisto neposredno imenovati korupcijsko tveganje, niti (še) ni zapisano med pojavnimi oblikami korupcije in koruptivnega vedenja v zdravstvu. Gre za problematično, politično motivirano imenovanje oseb na ključne vodstvene položaje zdravstvenih zavodov in organizacij. Opažanja o tem je bilo mogoče zaznati tako med znanstvenoraziskovalnimi krogi (npr. Selinšek, 2022) in v medijih (npr. Juvan, 2022). Ob tem je treba izpostaviti, da imenovanje oseb na ključne položaje, ki ne temelji na strokovnosti, temveč na strankarski pripadnosti ali drugačnem favoriziranju, predstavlja resno korupcijsko tveganje.

Ob tem pa je ključno, da se vse zapisano in izpostavljeno v drugem, tretjem in četrtem odstavku lahko vrši samo ob neustrezno zasnovanem zdravstvenem sistemu in da so tudi nekatere druge pojavnne oblike posledica slabo zasnovanih elementov v slovenskem zdravstvenem sistemu. Kar botruje argumentu, da je slovenski zdravstveni sistem prepreden s sistemsko korupcijo. Ali kot je zapisala Komisija za preprečevanje korupcije (2013) ob kritiki njenega dela: *»Kot redno opozarja komisija, je problem korupcije v slovenskem zdravstvu izrazito sistemske in strukturne narave – za njen razrast niso odgovorne samo bolj ali manj (ne)učinkovite nadzorne in regulatorne institucije, šibka kultura upravljanja mnogih zdravstvenih zavodov, ampak v prvi vrsti izvršna in zakonodajna oblast, ki je tak sistem vzpostavila in ga vzdržuje na institucionalnem, zakonodajnem ter proračunskem nivoju.«*

6 OMEJEVANJE KORUPCIJE V SLOVENSKEM ZDRAVSTVENEM SISTEMU

To poglavje preseja in dopolnjuje druge ukrepe, ki so bili predhodno predstavljeni. Postavlja jih v slovenski kontekst in predvsem opozarja na manko implementacije pri številnih ukrepih. Poglavje sestoji iz dveh podpoglavij: v prvem so predstavljena izhodišča – začetni položaj oziroma kaj vse je že uveljavljeno v Sloveniji in bi lahko z manjšimi dopolnitvami – ali pa z dejansko implementacijo – značilno izboljšali stanje na področju korupcijskih tveganj in korupcije v zdravstvu; drugo podpoglavje pa na kratko naniza nekaj predlogov za nadgradnjo stanja.

6.1 Osnovno stanje – predispozicije za omejevanje korupcijskih tveganj in korupcije v slovenskem zdravstvu

6.1.1 Kodeksi etike v slovenskem zdravstvu

V Sloveniji je v kontekstu omejevanja korupcije v zdravstvu pogosto citiran Kodeks medicinske deontologije Slovenije (1992 in spremembe 1997), katerega določila so se leta 2016 pretopila v Kodeks zdravniške etike (Zwitter, 2016). V prvi obliki je

Kodeks medicinske deontologije Slovenije (1992) naslavljal in prepovedoval vrsto vedenj, katerih kršitev bi lahko pomenila koruptivno vedenje. Tako je npr. v 15. členu Kodeksa medicinske deontologije Slovenije (1992 in spremembe 1997) zapisano: »Zdravniki ukrepi morajo temeljiti izključno na odločitvah, ki bolniku lajšajo trpljenje in povrnejo zdravje. Ta odnos ne sme biti pogojen s koristoljubnostjo, zadovoljevanjem osebnih ambicij ali z namenom, da bi si zdravnik pridobil kakršnekoli druge osebne koristi.« In v 9. členu: »Splošno človeško načelo "vsakdo po svojih zmogljivostih, vsakomur po njegovem delu" je temeljno vodilo za nagrajevanje zdravnikov. Zdravnik odklanja tako ekonomiko v zdravstvu, v kateri bi bil interes zdravstvenega delavca neposredno in izključno odvisen od materialnih pridobitev delovne organizacije in zdravstvenega sistema. Zdravniki imajo pravico in dolžnost, da se preko svojih strokovnih in drugih organizacij prizadevajo za ustrezno vrednotenje svojega dela. Izjemne družbene zahteve morajo biti vštete v pokojninsko zavarovanje. Zdravnik je dolžan, da se zasebno ali preko delodajalca zavaruje proti odškodninskim zahtevkom v mejah svoje poklicne dejavnosti.« (Kodeks medicinske deontologije Slovenije, 1992 (s spremembami z dne 24. 4. 1997), str. 2). V posodobljeni različici kodeks že v uvodu prepoveduje okoriščanje – 4. člen Kodeksa zdravniške etike (2016, str. 17): »Zdravnik nikoli ne izkorišča pacienta za osebne koristi.« S kodeksom je urejena pravična in enakopravna obravnava (o tem 42. člen Kodeksa zdravniške etike (2016)).

V odnosu do sodelovanja s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov je bil strog že Kodeks medicinske deontologije Slovenije (1992), ki je v 10. členu izrecno in zelo neposredno prepovedal kakršno koli okoriščanje: »Vsaka neposredna ali posredna reklama ali publiciteta, ki nima vzgojnovarstvenega in izobraževalnega cilja, je za zdravnika prepovedana. Zdravnik se ne sme okoriščati z nagradami za propagiranje farmacevtskih, kozmetičnih in drugih proizvodov. Zdravnik ne sme zahtevati ali sprejemati nagrad mimo ustaljenih meril. Zdravnik ne sme izkoriščati svojih pooblastil in dela v javni zdravstveni dejavnosti za osebne namene ali za osebno okoriščanje drugih. Zdravnik se ne sme posluževati nazivov, ki mu niso uradno dodeljeni.« In kar se je ohranilo tudi v njegovi prenovljeni različici (58. člen): »Zdravnik ne sme sprejeti plačila ali nagrad kot spodbude za predpisovanje, uporabo ali nabavo zdravil, medicinskih pripomočkov ali drugih medicinskih izdelkov.« (Kodeks zdravniške etike, 2016, str. 20).³⁹ V prenovljeni verziji so se zavedali tudi pomena omejevanja nasprotja interesov (35. člen): »Če v postopku raziskave pride do nasprotja

³⁹ Zelo strogo je kodeks omejeval sodelovanje v reklamnih spotih za farmacevtske in medicinske produkte oziroma zdravniški turizem (o primerih Žgajnar, 2012), vendar samo do njegove prenove (Zwitter, 2016), toda še vedno precej strogo: »Oglaševanje zdravstvene dejavnosti mora biti omejeno na posredovanje strokovno korektne informacije in ne sme poudarjati komercialnega interesa ponudnika. Zdravnik ne sme biti vpleten v oglaševanje zdravil ali medicinskih izdelkov ter strokovno in znanstveno spornih diagnostičnih ali terapevtskih postopkov.« (Kodeks zdravniške etike, 2016, str. 20, 63. člen)

interesov, ima dobrobit posamičnega pacienta vedno prednost pred interesom raziskave.» (Kodeks zdravniške etike, 2016, str. 19).

Posamezne specializacije imajo v svojih kodeksih prav tako urejeno prepoved različnih oblik okoriščanja. Npr. etični kodeks javnega delovanja zdravnikov družinske medicine [ZDM] (2003) naslavlja tematiko večkrat. V 7. členu (str. 72) »...//... ZDM organizira številna strokovna srečanja, ki pokrivajo večino strokovnih potreb zdravnika družinske medicine. Tudi drugi organizatorji ponujajo zanimive in uporabne teme. Kot pasivni udeleženec strokovnih srečanj bo ZDM izbiral predvsem med srečanji, kjer so med organizatorji tudi organizacije družinske medicine ali vsaj predstavniki teh organizacij in med predavatelji ZDM. Na ta način bo s svojo prisotnostjo jasno pokazal, da moralno in finančno podpira razvoj družinske medicine. Izogibal se bo srečanj, ki so namenjena zgolj v komercialne namene, ali zgolj po imenu namenjena ZDM, po obliki in vsebini pa zadovoljujejo cilje drugih interesnih skupin. Svojo prisotnost na takih srečanjih bo kritično ocenjeval.«, ter v 8. členu (str. 72-73): ZDM se morajo stalno izobraževati. Sredstva za udeležbo na strokovnih srečanjih so močno omejena, zato je pogosto potrebna pomoč sponzorjev. ZDM lahko izbira med številnimi podjetji, ki mu lahko priskočijo na pomoč pri plačilu kotizacije in/ ali ostalih stroškov udeležbe na strokovnem srečanju, ki si ga sam izbere. Pri tem mora ZDM razčistiti svoj odnos do sponzorja in morebitne medsebojne obveznosti, da ne bi prišel v nasprotje s predpisi in Kodeksom medicinske deontologije Slovenije. Pri udeležbi strokovnega srečanja v organizaciji in izvedbi organizatorja, ki ni iz vrst strokovnih združenj ali ustanov in na katerega ga pripelje sponzor, bo ZDM kritičen do ciljev, ki ji želi doseči organizator in on sam.

Podobno bo pozoren pri sponzoriranih postmarketinških študijah ali drugih oblikah informiranja oziroma pospeševanja prodaje zdravil ali medicinsko tehničnih pripomočkov ter medicinske opreme, da ne bi prišel navzkriž z etičnimi normami. Pri vsaki obliki študije mora ZDM imeti kopijo privolitve Republiške komisije za medicinsko etiko, ki dovoljuje tovrstno raziskavo. Vsako spreminjanje ali uvajanje zdravljenja, ki ni neodvisna odločitev zdravnika v procesu zdravljenja, oziroma je lahko na kakršnen koli način pod vplivom sponzorirane raziskave, mora biti le-ta predhodno potrjena s strani pristojne komisije za medicinsko etiko.»

Okoriščanje je omenjeno tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1994, načelo V): »Medicinska sestra lahko odkloni darilo, uslugo, gostoljubnost in komercialni interes, če ga je mogoče razlagati kot prizadevanje, da bi z nedopustnim vplivom dosegla kako ugodnost zase ali za varovanja.« Ter v Kodeksu etike za babice Slovenije (2014, načelo IV): »Babica odkloni vsako boniteto ali darilo, če je to mogoče razumeti

kot prizadevanje, da bi za posameznika v njeni babiški skrbi ali zase dosegla kakršnokoli ugodnost.«

Kaže se, da je omejevanje oziroma ustrezna ureditev sodelovanja med zdravniki in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov s pomočjo kodeksov in podobnih dokumentov še posebej kompleksna. Pravila etičnega poslovanja, ki so jih definirala panožna združenja (npr. MedTech Europe), sicer predstavljajo dobro prakso na področju upravljanja s tveganji korupcije, vendar ostaja izziv, kako zagotoviti dovolj širok konsenz deležnikov glede njihove uporabe. Članstvo v interesnih združenjih je prostovoljno, posledično pa zavezo k spoštovanju etičnih pravil poslovnega obnašanja selektivno izvajajo samo proizvajalci in distributerji, ki so člani teh združenj. Dodatna težava, ki se v praksi pogosto pokaže kot velika ovira pri zagotavljanju pogojev lojalne konkurence, je pomanjkanje razumevanja pravil s strani zdravstvenih delavcev ter nizka zrelost kontrolnega okolja v zdravstvenih organizacijah. Integracija sicer dobro zapisanih pravil etičnega poslovanja v obstoječe poslovne procese deležnikov ostaja velika omejitev upravljanja s tveganji korupcije v zdravstvu in zahteva ukrepanje na sistemski ravni z močno podporo političnih odločevalcev.

6.1.2 Zakonodajni okvirji

Na slovenskem področju vse ključne zdravstvene dejavnosti prepovedujejo koruptivna ravnanja. Tako zakon o Zakon o zdravilih [ZZdr-2] (2014) v 149. členu (oglaševanje strokovni javnosti) določa:

»(1) Imetniki dovoljenja za promet z zdravilom lahko oglašujejo zdravila, ki so pridobila dovoljenje za promet, strokovni javnosti v strokovnih publikacijah in z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblašene za predpisovanje ali izdajanje zdravil, in izjemoma z dajanjem vzorcev.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek lahko imetniki dovoljenja za promet z zdravilom o zdravilu, za katerega je iz dovoljenja za promet ali iz pooblastila izvajalca zdravstvenih programov razvidno, da je za njegov varen in pravilen način dajanja nujno potrebno informiranje ali usposabljanje pacienta v okviru zdravstvene nege ali usposabljanje zdravstvenih delavcev, ki opravljajo zdravstveno nego, z neposrednim obveščanjem informirajo oziroma usposabljujejo te zdravstvene delavce.

(3) Oglaševanje zdravil z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblašene za predpisovanje ali izdajanje zdravil oziroma zdravstvenih delavcev iz prejšnjega odstavka, ki jo opravljajo v

okviru mreže javne zdravstvene službe, se lahko izvaja le v času strokovne priprave za delo, ki ni namenjen za neposredno delo s pacienti.

(4) Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom mora:

- voditi seznam strokovnih sodelavcev, ki oglašujejo zdravila z neposrednim obveščanjem oseb, ki so pooblaščen za predpisovanje in izdajanje zdravil in oseb iz drugega odstavka tega člena, ki vsebuje tudi podatke o njihovi izobrazbi,
- voditi evidenco oglaševanja in komuniciranja iz prejšnjega odstavka,
- seznam iz prve alineje in evidenco iz prejšnje alineje posredovati JAZMP⁴⁰ za namen izvajanja strokovnega nadzora, ki se izvaja v okviru farmacevtskega nadzorstva v skladu z zakonom.

(5) Določbe tretjega in četrtega odstavka tega člena se ne uporabljajo za oglaševanje zdravil z neposrednim obveščanjem oseb, ki opravljajo veterinarsko dejavnost.

(6) Pri oglaševanju zdravil strokovni javnosti je prepovedano dajati, ponujati ali obljubljati darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi osebam, usposobljenim za predpisovanje ali izdajanje zdravil in osebam iz drugega odstavka tega člena, razen če so te male vrednosti in se lahko uporabljajo za opravljanje zdravstvene, veterinarske ali lekarniške dejavnosti. Vrednosti daril, finančnih ugodnosti ali materialnih koristi male vrednosti ne smejo presegati vrednosti, določenih za javne uslužbenke.

(7) Organizacija, izvedba in gostoljubnost promocijskih srečanj so omejena na strokovni namen srečanja, ki je v pridobivanju dodatnih znanj o novih zdravilih, deležne pa jih smejo biti le osebe, pooblaščen za predpisovanje in izdajanje zdravil ter osebe iz drugega odstavka tega člena.

(8) Imetniki dovoljenja za promet z zdravilom, proizvajalci zdravil, poslovni subjekti, ki nastopajo v imenu proizvajalcev in tistih, ki opravljajo promet z zdravili, ter podružnice tujih proizvajalcev zdravil lahko omogočajo osebam, ki predpisujejo in izdajajo zdravila ter osebam iz drugega odstavka tega člena pridobivanje dodatnih znanj o novih zdravilih na znanstvenih in strokovnih srečanjih, vendar le v skladu z omejitvami iz šestega in sedmega odstavka tega člena.

(9) Osebe, pooblaščen za predpisovanje ali izdajanje zdravil ter osebe iz drugega odstavka tega člena, ne smejo sprejemati ali poskušati pridobiti kakršnihkoli materialnih koristi, ki so prepovedane na podlagi šestega in sedmega odstavka tega člena.

(10) Imetnik dovoljenja za promet z zdravilom ima vzpostavljeno strokovno službo za oglaševanje zdravil s strokovnimi sodelavci za oglaševanje zdravil pri osebah, ki predpisujejo ali izdajajo zdravila in pri osebah iz drugega odstavka tega člena. Strokovni sodelavci za zdravila imajo izobrazbo farmacevtske, medicinske, veterinarske smeri druge stopnje oziroma

⁴⁰ Op. a.: Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke [JAZMP].

raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza tej stopnji, ali izobrazbo drugih smeri druge stopnje oziroma raven izobrazbe, ki v skladu z zakonom ustreza tej stopnji, v katerih so v skladu z veljavno klasifikacijo poklicev razvidna znanja o delovanju človeškega ali živalskega organizma ter dodatna znanja s področja zdravil in so vpisani v register strokovnih sodelavcev za oglaševanje zdravil pri JAZMP. Strokovni sodelavci za zdravila, ki se lahko izdajajo tudi v specializiranih prodajalnah, imajo najmanj srednjo strokovno izobrazbo farmacevtske smeri, ki izpolnjuje pogoje iz 1. točke prvega odstavka 127. člena tega zakona.

(11) Podrobnejše pogoje in način oglaševanja zdravil strokovni javnosti določi minister.

Zakon o medicinskih pripomočkih [ZMedPri] (2009) koruptivna tveganja naslavlja v več členih:

- 13. člen: »(3) Člani komisij za medicinske pripomočke in izvedenci morajo pri svojem delu ravnati nepristransko in skladno s predpisi, ne smejo omogočati neupravičenih koristi ali dajati prednosti posameznim predlagateljem postopkov ter morajo spoštovati zaupnost podatkov, s katerimi se seznanijo pri opravljanju svojih nalog.«
- 37. člen: »(3) Osebe priglašene organa⁴¹ zaradi nezdržljivosti interesov ne sme omogočati neupravičenih koristi ali dajati prednosti posameznim predlagateljem postopkov. Spoštovati mora zaupnost tehničnih podatkov o medicinskih pripomočkih in poslovnih podatkov o proizvajalcih medicinskih pripomočkov.«
- 59. člen, drugi odstavek: »(2) Pri oglaševanju medicinskih pripomočkov strokovni javnosti je prepovedano dajati, ponujati ali obljubljati darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi, razen če so te majhne vrednosti, v višini, kakršna velja za javne uslužbenke ali uslužbenke (v nadaljnjem besedilu uslužbenec).«
- 67. člen: »(1) Z globo od 15.000 do 150.000 eurov se za prekršek kaznuje pravna oseba, če ... / ... 25. pri oglaševanju medicinskih pripomočkov strokovni javnosti daje, ponuja ali obljublja darila, finančne ugodnosti ali materialne koristi, razen če so te majhne vrednosti (drugi odstavek 59. člena);«

Oba zakona, tako ZZdr-2 (2014) kot ZMedPri (2009), urejata tudi področje nasprotja interesov, ki ga restriktivno ureja tudi Zakon o lekarniški dejavnosti [ZLD-1] (2016). Slednji v 26. členu prepoveduje favoriziranje proizvajalcev in nasprotje interesov:

⁴¹ Op. a.: Priglašen organ je subjekt v državi, ki preverja, ali so medicinski pripomočki ustrezni in skladni z zahtevami EU, preden vstopijo na trg.

»(1) Izvajalci lekarniške dejavnosti ne smejo omejevati preskerbe z zdravili, ki so dostopna na trgu v Republiki Sloveniji, s sklepanjem dogovorov o dobavah določenim proizvajalcem, zastopanju določenih proizvajalcev, dajanjem prednosti določenim proizvajalcem ali kakor koli drugače omejevati izbire zdravil, s katerimi lekarna oskrbuje paciente, v korist določenega proizvajalca, skupine proizvajalcev ali veletrgovca.

(2) Izvajalci lekarniške dejavnosti neposredno ali posredno prek povezanih oseb ne smejo ustanavljati, voditi ali nadzirati pravnih oseb, ki opravljajo dejavnost industrijske proizvodnje zdravil, medicinskih pripomočkov ter drugih izdelkov za podporo zdravljenja in obranitev zdravja ali dejavnost prometa na debelo z zdravili in medicinskimi pripomočki, ali prek kapitalskih naložb ali kako drugače pridobiti ali imeti nadzor nad upravljanjem teh pravnih oseb oziroma jih voditi.

(3) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka izvajalci lekarniške dejavnosti neposredno ali posredno prek povezanih oseb ne smejo imeti v lasti delnic ali deležev v kapitalu ali drugih naložb v pravnih osebah, ki opravljajo dejavnost industrijske proizvodnje zdravil, medicinskih pripomočkov ter drugih izdelkov za podporo zdravljenja in obranitev zdravja ali dejavnost prometa na debelo z zdravili in medicinskimi pripomočki.

(4) Pravne in fizične osebe, ki opravljajo dejavnost industrijske proizvodnje zdravil, medicinskih pripomočkov ter drugih izdelkov za podporo zdravljenja in obranitev zdravja ali dejavnost prometa na debelo z zdravili in medicinskimi pripomočki, ne smejo imeti v lasti deležev v kapitalu ali drugih naložb v pravnih osebah, ki opravljajo lekarniško dejavnost.

(5) Če ni s tem zakonom določeno drugače, se za povezane osebe uporabljajo predpisi, ki urejajo gospodarske družbe.

(6) Izvajalec lekarniške dejavnosti ne sme biti imetnik dovoljenja za promet z zdravilom.«

Poleg omenjenih zakonov korupcijo in korupcijska tveganja omejujejo tudi drugi zakoni in pravilniki, npr. Pravilnik o oglaševanju zdravil (2008).

6.1.3 Ureditev na področju javnih naročil v zdravstvu

Centralizacija naročil medicinskih pripomočkov in zdravil je prepoznana kot eden izmed najbolj uspešnih mehanizmov za omejevanje koruptivnega ravnanja (o tem so npr. spregovorili tako dva predsednika RSRS v svojih intervjujih (Marn, 2007, 2016) kot tudi drugi številni strokovnjaki). Centralizacija ne omejuje samo koruptivnega ravnanja, ampak tudi neetično. Zanimivo je, da se farmacevtska stroka z vprašanjem pretiranega okoriščenja oziroma ustreznega etičnega vedenja lekarnarjev ukvarja že od njenega zgodnjega nastanka (Krbavčič, 2001). Zgodovina, ki je dobra učiteljica in ponuja številne primere dobrih praks, vseeno ostaja le redko upoštevana. Leta 2021 se je Državni zbor RS seznanil z Vmesnim poročilom o ugotavljanju odgovornosti

nosilcev javnih funkcij na področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom v Splošni bolnišnici »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica⁴² in oblikoval nekaj predlogov, ki bi izboljšali sistem javnih naročil v zdravstvu v Sloveniji. Npr. uvedba referenčnih cen, možnosti nabave medicinske opreme na enotnem evropskem trgu in večanje odgovornosti oseb, ki so vpete v postopke javnih naročil (Državni zbor, 2021). Vsi ukrepi bi izredno pozitivno vplivali na proračun države, saj bi se za številne produkte nabavna cena precej zmanjšala.

6.2 Predlogi za omejevanje korupcijskih tveganj in korupcije v slovenskem zdravstvu

6.2.1 Ureditev na področju javnih naročil v zdravstvu

Med idejami, kako izboljšati sistem javnega naročanja, prevladuje ideja o centralnem registru naročil. V času pisanja te monografije je bil aktualni predlog, ki ga je podalo civilnodružno gibanje skupina ZDRAVSTVO.SI, ki predlaga centralni sistem javnega naročanja z določenimi dopolnitvami (Al. Ma. idr., 2021; Zdravniška zbornica Slovenije, 2021). Toda tudi centraliziran sistem za javna naročila ni odporen proti goljufijam. V nekem obziru je celo bolj problematičen, saj ima tak sistem eno ključno točko, na katero se skuša vplivati z ustreznim lobiranjem na eni strani ali neformalnimi praksami na drugi. Kar pomeni, da zaradi manjšega števila oseb, delujočih na tem področju, nerazpršenosti informacij in podobnih dejavnikov obstaja manjša možnost odkritja podkupnin ali neustreznih praks kot v primerjavi, če bi neki pravni subjekt svoje neustrezne prakse izvajal pri večjem številu pravnih in fizičnih oseb po državi. Podobne pomisleke o centraliziranih naročilih je v enem izmed intervjujev delil tudi dr. Breclj, ki je predlagal centralizacijo naročil po regijah. Primerjava tako izvedenih naročil bi omogočila tudi odkrivanje anomalij (Trstenjak, 2015).

Marca 2022 je bil ustanovljen Urad vlade za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme (n. d.), ki pa še ni operativen. Glede na to, da gre za močno identificiran problem, ki ga skušajo razrešiti številni akterji s številnimi predlogi, in da vsakokratne vladne strukture do zdaj idej niso podprle, to nakazuje, da je treba iskati rešitve pri spremembi integritete in kompetenc vladnih

⁴² Predhodno že navedeno kot Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom (2021).

(in političnih) na eni in zdravstvenih odločevalcev na drugi strani. Za izboljšavo integritete vladnih (in političnih) in zdravstvenih odločevalcev predlagamo: I.) vnos vsebin etike, integritete in poznavanja sistemov/priporočil skladnosti v povezavi z delovanjem farmacije in proizvajalcev medicinske opreme v učne programe na medicinskih fakultetah; II.) vpeljavo mehanizmov odpoklica odločevalcev; III.) glede na novoustanovljeni urad je treba veliko pozornost nameniti ustrezni kadrovske popolnitvi, vključitev zaposlenih med zavezance za poročanje o premoženju in izvesti tudi druge ukrepe, ki bi omejevali in opozarjali na potencialno korupcijo. Urad predvsem ne bi smel biti zlorabljen za okrepitev poslovanja tistih proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov, ki imajo trenutno v Sloveniji že monopol oziroma najboljše politične povezave. Za ustrezno kadrovske popolnitev takšnih in podobnih uradov svetujemo vpeljavo testov integritete.

V postopku javnih naročil naj vedno sodeluje ekipa, sestavljena iz strokovnjakov s področja medicine, zdravstva, ekonomije, prava in administrativnih vsebin.

Problem javnih naročil bo sicer deloma rešen, ko se bo na mednarodni ravni oblikovala zaveza in s tem zakonodaja, ki bo zmanjšala moč proizvajalcev/distributerje zdravil in medicinskih pripomočkov. V teoriji sicer obstaja tovrstna zaveza na področju EU, kjer bi države lahko naročale znotraj tega prostora, vendar se vseeno izvajajo neformalni pritiski na nacionalne dobavitelje, da mehanizem dejansko ne deluje. Določena izboljšava bi bila že na področju servisiranja medicinske opreme, npr. uvedba t. i. ang. *Right-to-Repair* mehanizma, ko vsaj v kritičnih primerih zdravstveni subjekti na trgu poiščejo najugodnejšega oziroma v tistem trenutku dostopnega serviserja medicinske opreme. V ZDA so mehanizem vpeljali v času pandemije virusa Sars-CoV-2, kjer je primanjkovalo ventilatorjev in so na podlagi sprejete zakonodaje proizvajalci medicinske opreme v razumnem obsegu in pod razumni pogoji posredovali podatke in orodja, s katerimi je bilo servisiranje medicinske opreme lažje (He idr., 2021).

6.2.2 Ureditev na področju sodelovanja s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov

S prvo obravnavano točko je močno povezana tudi ureditev sodelovanja med zaposlenimi v zdravstvu in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov in jo je treba reševati sočasno. Iz ugotovitev naše raziskave izhajajo, da

je treba: 1) povečati seznanjenost zaposlenih v zdravstvu s kodeksi etičnega poslovanja proizvajalcev (npr. MedTech Europe, 2015; Code of Ethical Business Practice); 2) dodelati protokol podeljevanja sredstev, prejetih od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov. Ne gre za pretirano noviteto, temveč za pristop, ki se svetuje v svetu in v Sloveniji. O tem tudi že v predlogu Komisije za preprečevanje korupcije (2021, str. 14): *»... // ... za namen obvladovanja korupcijskega tveganja, ki ga predstavlja neposredna povezava med zdravstvenim delavcem in dobaviteljem in/ ali proizvajalcem in/ ali zastopnikom, že predlagala, da se za namen upravljanja korupcijskega tveganja pri vsakem javnem zdravstvenem zavodu oblikuje poseben sklad, v katerega se knjižijo prejeta donacijska sredstva za namen izobraževanj zdravstvenih delavcev, ta sredstva pa se uporabljajo skladno z razvojem medicinske znanosti, potreb po usposabljanjih in tako dalje.«* In 3) vzpostaviti protokol poročanja o prejetih sredstvih.

Tudi mi dodajamo, da bi bilo letno (ali čim bolj ažurno) javno razkrivanje/poročanje in objavlanje glede pridobivanja koristi in sodelovanja med zdravniki (oziroma drugimi subjekti) in proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov učinkovito orodje za neodvisni nadzor nad morebitnim neetičnim vedenjem oziroma glede morebitnih nasprotij interesov. Ključno je, da je poročanje zavezujoče (torej da tega ne izvajajo zgolj posamezniki, ki imajo že v osnovi višjo stopnjo integritete in stremijo k ustrezni transparentnosti, ampak morajo o takem prejemu sredstev poročati vsi) in da je obseg poročanja čim konkretnější (nekatero države imajo zavezo, da o prejetih sredstvih poročajo povzeto in združeno za celoten subjekt brez konkretnih podrobnih informacij, kdo dejansko je sredstva v končni fazi uporabil in koliko) (Bion idr., 2018). Tako poročanje bi bilo po vsej verjetnosti za omejevanje koruptivnih tveganj v slovenskem okolju precej neučinkovito.

6.2.3 Ureditev na področju omejevanja korupcijskih tveganj in korupcije v povezavi s čakalnimi vrstami

Čakalne vrste so sistemski problem slovenskega zdravstva in kot tak zahtevajo obsežnejši pristop k reševanju. Zdravstvenim ustanovam je treba zagotoviti dodatne kadre in dodatna sredstva. Z vidika omejevanja korupcije pa je treba upoštevati priporočilo Komisije za preprečevanje korupcije (2014b), da morajo javni zavodi ozavestiti, da gre pri tem problemu za korupcijsko tveganje in posledično to nasloviti v svojih načrtih integritete. Podobno morate to narediti Ministrstvo za zdravje in ZZZS, ki morata oblikovati ustrezen pristop za naslavljanje problematike čakalnih vrst. Predvsem se ZZZS tu kaže kot pomemben krivec čakalnih vrst, saj goji

neustrezen sistem financiranja zdravstvenih storitev, ki pa se ne adaptira glede na stanje v državi. Med našimi intervjuvanci (glej pod poglavji 4.7 in 4.8) in tudi v javni razpravi (npr. Juvan, 2021) se pojavljajo mnenja, da bi na marsikaterem področju v zdravstvu lahko naredili več posegov oziroma izvedli več storitev, kot jih letno financira ZZZS. Ker izvajalci dokaj hitro zapolnijo letne kvote, morajo biti pacienti naročeni skozi daljše časovno obdobje oziroma dlje v prihodnost. Slovenski zdravniki sami javno kritizirajo ZZZS, ki mu očitajo neučinkovitost, negospodarnost ter da s svojim vedenjem pomaga koncesionarjem in zasebnim zdravstvenim subjektom (npr. Knavs, 2022a, 2022b). Avtorji te monografije pa se sprašujemo, ali je posledica takšnega vedenja ZZZS posledica korupcije ali lobiranja, kar ni mogoče ugotoviti, se pa poraja vprašanje odsotnosti volje po izboljšavi stanja.

Na drugi strani pa se kaže tudi problem pretiranih preiskav, saj se po pisanju Podnarja (2022) globalno odreja preveč neutemeljenih preiskav, ki pa povzročajo čakalne vrste.

Ustrezen sistem nagrajevanja zdravnikov, za katerega obstaja precej rešitev (Erjavec, 2002), bi v določeni meri vplival tudi na čakalne vrste.

Problematično je tudi to, da so intervjuvanci nanizali številne ideje, pogosto podobne drugim javno diskutiranim idejam, ki pa jim politični odločevalci in najvišji odločevalci v zdravstveni srenji ne dajo možnosti testiranja. Kar vzbuja občutek, da se tako stanje želi ohranjati. Edina rešitev je zato imenovanje ustreznih oseb na ključna mesta, kar se lahko naredi le z večanjem integritete zaposlenih in/ali vključitev ustreznih etičnih/integritetnih meril v selekcijske postopke.

V pomoč k izvedbi določenih ukrepov bodo lahko tudi nasveti, ideje, opisi metodologije in protokoli, ki jih v povezavi s korupcijskimi tveganji in korupcijo v zdravstvu opisujejo gradiva mednarodnih organizacij in institucij (npr. European Commission – Directorate General for Home Affairs, 2013). Še posebej so uporabna znanja tistih, katerih delovno področje je zdravstvo (npr. WHO, 2018) ali korupcija (npr. Transparency International, 2006).

6.2.4 Ureditev na področju delovanja zdravnikov izven JMZE

Neustrezna ureditev glede delovanja zdravnikov v t. i. popoldanskih praksah zahteva uvedbo sistema za ustrezni finančni/zaposlitveni nadzor nad delom zdravnikov ter ureditev problema obsežnih čakalnih vrst. Iz opisa problema tako izhaja, da je ustrezen ukrep lahko že ustrezna dopolnitev zakonodaje. Zakonodajna rešitev bi se gotovo navezovala na ustrezen sistem kvot, ki bi jih morali zaposleni v JMZE dosegati, da bi lahko dobili dovoljenje za delo izven JMZE. Določitev kvot bi morala biti narejena strokovno, transparentno in poglobljeno. Npr. popolnoma razumljivo je, da zdravnik, ki izvaja posege, ki so izredno kompleksni ali zahtevajo večje število podporne ekipe ali opreme (npr. posegi v splošni anesteziji), ne more biti enako obravnavan kot zdravnik, ki ne izvaja takih posegov ali pa nima dostopa do večje količine ustrezne opreme. Nekateri subjekti namreč nimajo samo večjega števila zaposlenih, ampak imajo tudi več operacijskih dvoran in diagnostične opreme. Določitev kvot je vsekakor kompleksna tema, toda brez referenčnega števila, koliko posegov se od nekoga pričakuje v JMZE, ni mogoče presojati, ali nekdo upravičeno deluje izven JMZE. Določitev kvot seveda ne sme postati predmet lobiranja ali da bi se tega lotili neusposobljeno osebje ali tisti, ki bi bili v nasprotju interesov (npr. da bi v študiji o kvotah sodelovale samo osebe, ki pogosto delujejo izven JMZE). Neodvisna revizija študije o čakalnih vrstah bi morala biti integralni del projektne zasnove študije. Presoja kvot bi morala biti izvedena na letni ravni in podeljevanje dovoljenja za delovanje izven JMZE bi moralo imeti enoletno veljavo. Prav tako bi o tem morala odločati komisija, ki bi jo sestavljale osebe, katerih sodelovanje v takšni komisiji ne bi predstavljalo nasprotja interesov. Sosledična zakonodajna rešitev je vezana na ustrezno velikost financiranja storitev in snovanje ustreznega sistema podeljevanja koncesij ter nagrajevanja zdravnikov, ki bi moral biti oblikovan na način, da bi zdravnik želel obdelati in preseči kvote znotraj svoje JMZE tako, da kakovost dela ne bi bila slabša.

Skrajna rešitev bi bila absolutna prepoved takega delovanja. O tem tudi Komisija za preprečevanje korupcije (2014b; str. 4) v svojem načelnem mnenju »...//... *Ministrstvu za zdravje, Vladi RS in Državnemu zboru RS priporoča, da razmislijo o postopni zakonski prepovedi hkratnega delovanja v javnem sektorju zaposlenih zdravnikov v zasebnih ambulantah in drugih zasebnih ustanovah.*« Takega pogleda zdravstvena stroka v Sloveniji ne potrjuje, zato bi bilo mogoče smotno razmisliti tudi o prilagoditvi sistema in o pristopu delovanja. Predlog enega izmed avtorjev te monografije je, da se zdravniku, ki bi želel opravljati zasebno delo, poda dovoljenje zdravnikove JMZE (npr. splošna

bolnišnica, zdravstveni doma ipd.) in v najem odda prostore in morebitno osebje za popoldansko – zasebno ordiniranje. Zdravnik, ki bi torej želel imeti tudi zasebno prakso, bi le to izvajal v isti ordinaciji, kot izvaja javno službo. Na tak način bi zdravnik privarčeval na času potovanja iz JMZE do zasebne ordinacije, JMZE pa bi dobila določena sredstva iz oddaje prostorov in bolje izkoristila sredstva in naprave, ki so v ordinaciji. O tem je podobno, neodvisno od naše raziskave, govoril tudi že dr. Ihan (Knavs, 2022b), ki je med slovenskim prebivalstvom in zdravniki zelo dobro zapisan. Z ustrezno obdelavo podatkov – porabljena elektrika, izdani računi, podatki o zasedenosti parkirišča JMZE, podatki o obravnavnem pacientu – pa bi lahko avtomatizirano preverjali, ali zdravnik preusmerja paciente v zasebno prakso.

7 SKLEPNO POGlavJE

Kompleksnost zdravniškega poklica se odseva v njegovi naravoslovni kot tudi družboslovni komponenti. Zdravnik in zdravstveni delavec nimata le bogatega strokovnega naravoslovnega znanja o delovanju človekovega telesa in o tehnologiji, s katero ga preučujeta in zdravita, temveč so potrebna tudi širša znanja in družbene zaveze. Ali bolje rečeno deontološka zaveza na eni strani, toda vseeno določena človečnost na drugi. V tem obziru se pojavljajo številna vprašanja, kot so vprašanje prekinitve nosečnosti, evtanazija, vprašanje ugovora vesti ipd. Zdravnik včasih nima odgovornosti in zaveze le do pacienta, temveč tudi do njegove krovne organizacije, državnih struktur (npr. policije) in družbe nasploh (o tem tudi The World Medical Association, 2015). Na drugi strani pa ima zdravnik zavezo narediti vse, kar je mogoče za najboljše zdravljenje pacienta. Ob vsem tem pa je še vedno človek. Konstantno se mora izobraževati, ker to od njega zahteva sistem napredovanja in sama stroka. Izobraževanje pa ni zastoj. Paziti mora, da ne izgori, in ob vsem tem je pogosto tudi družinski človek, ki gotovo želi finančno poskrbeti za svojo družino. Vloga denarja tako v življenju zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev ni nepomembna in vpliva tudi na razmišljanje o morebitnem njihovem delovanju na zasebnem trgu (Trontelj, 2007). Sodelovanje na zasebnem trgu ali sodelovanje s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov ni vedno moralno in etično sporno. Le urejeno mora biti na pravi način. Ker so predlogi ureditev opisani v prejšnjem poglavju, je v nadaljevanju podanih nekaj predlogov za nadaljnje raziskovanje tega področja v Sloveniji.

Upoštevajoč pregled literature in ugotovitve pilotske raziskave se za naslednje ključne korake pri omejevanju korupcije in korupcijskih tveganj predlagajo naslednji raziskovalni vpogledi. Kot prvo, izvedbo raziskav po vzoru Ozaki idr. (2020), ki so raziskovali tako ustreznost sistema (v smislu transparentnosti in sledljivosti) poročanja financiranja kot tudi obseg financiranja, ki prihaja od farmacevtskih podjetij. Za Slovenijo bi veljalo narediti tudi kvalitativno, revizijsko raziskavo glede obsega tovrstnega financiranja. Kot drugo, raziskavo o temnem polju korupcije v Sloveniji. Čeprav smo avtorji za potrebe te publikacije naredili obsežen pregled literature, ki je vključeval tudi vpogled v številne baze, je umanjkal en ključni podatek, in sicer kolikšna je izguba zaradi korupcije v zdravstvu v Sloveniji? Mnenja, koliko je dejansko korupcije (Keber, 2017), se krešejo celo med akterji v zdravstvu. Naslednji raziskovalni korak se tako nakazuje sam – ustrezen izračun te škode, kar bo gotovo obsežen zalogaj. Za osvetlitev temnega polja korupcije v zdravstvu in tudi oceno škode bi bilo gotovo smotno upoštevati Vian (2007), ki prepoznava in predstavi prednosti ter slabosti štirih ključnih pristopov, in sicer raziskave percepcije, raziskave med gospodinjstvi in javnimi izdatki, zbiranje kvalitativnih podatkov in pregled nadzornih sistemov. V Sloveniji so bili vsi pristopi v manjšem delu že uporabljeni, toda vsekakor nam manjka aktualnih podatkov. Posebej je to temno polje problematično, ko vzamemo v obzir ugotovitve Komisije za preprečevanje korupcije (2011; Klemenčič, Praprotnik in Selinšek, 2013), da je v Sloveniji prisotna sistemska korupcija. Ugotovitvam pritrjujejo tudi slovenski tožilci (Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije, 2019). Močno je tudi nakazano, da je le-ta prisotna tudi v slovenskem zdravstvenem sistemu. Če dodamo še kritike na slovensko vladavino prava, ki je ena izmed predispozicij, da se korupcija pretirano ne razvija (Savedoff in Hussmann, 2006), tako obstaja vrsta alarmantnih indikatorjev, da smo na stanju, ki ga je treba nasloviti. Zato bi bilo smiselno, da se naredi raziskava, kot sta jo za Avstrijo naredila Sommersguter-Reichmann in Stepan (2017), kjer sta preverjala prisotnost institucionalne korupcije, in bi na tak način empirično potrdili ali zavrnili obstoj omenjene oblike korupcije. Smotno bi bilo narediti tudi raziskavo učinkovitosti slovenskega zdravstvenega sistema – pregledati, ali in kako je bilo to narejeno v izbranih evropskih državah, mogoče še posebej tam, kjer imajo tudi Bismarckov model zdravstvenega varstva, ter primerjati s Slovenijo. Rezultati bi bili uporabni tudi za posredni kazalnik korupcije.

Področje zdravstva in medicine je v dobi, kjer se letno vrstijo napredna odkritja. Vstopamo v dobo interneta teles, ki ima po eni strani izjemno vrednost za področje omejevanja korupcije, saj bodo pridobljeni podatki pomagali pri diagnostiki ter ob ustreznem uparjanju pokazali, kako je potekalo zdravljenje. Tehnologija veriženja blokov že zdaj pomaga pri nadzoru integritete zdravil in gotovo bo lahko pomagala tudi pri omejevanju korupcije. Toda na drugi strani predstavlja taka množična zbirka podatkov nevarnost za zlorabo. Do takih množičnih podatkov bi gotovo radi dostopali zasebni poslovni subjekti in jih uporabili za trženje in razvoj produktov. Med poslovnimi subjekti, ki bi jim taki podatki gotovo prišli prav, so proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, ki bi prav zaradi tega imeli še večjo motivacijo po izvajanju podkupovanja. Treba je biti torej izredno pazljiv, da se bo tehnologija v prihodnje uporabljala za preprečevanje korupcije in koruptivnih tveganj. Toda nobena tehnologija ne more omejiti neustreznega vedenja, če tega ne želijo omejiti družba sama in posamezniki, ki so del problematičnega sistema. Čeprav sami mogoče ne sodelujejo, prevečkrat pogledajo stran in se vdajo v usodo ter sprejmejo diagnozo, da bolezní korupcije ni mogoče zdraviti.

»Integrity without knowledge is weak and useless, and knowledge without integrity is dangerous and dreadful.« – Samuel Johnson

Literatura

- A. M. (12. 2. 2008). »Greh« gradbenih podjetij. MMC RTV Slovenija. <http://www.rtvlo.si/gospodarstvo/grehi-gradbenih-podjetij/83196>
- Abdou, A., Basdevant, O., David-Barrett, E. in Fazekas, M. (2022). *Assessing vulnerabilities to corruption in public procurement and their price impact [IMF Working Paper No. WP/2022/094]*. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WP/2022/English/wpica2022094-print-pdf.ashx>
- Achim, M. V., Văidean, V. L. in Borlea, S. N. (2020). Corruption and health outcomes within an economic and cultural framework. *The European Journal of Health Economics*, 21(2), 195–207.
- Akt o odreditvi parlamentarne preiskave izvajanja programa otroške kardiologije ter nesmotrnih in nezakonitih nabav ter upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom na sekundarni ter terciarni ravni zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji z namenom oblikovanja predlogov za spremembo zakonodaje in za druge odločitve Državnega zbora iz njegove pristojnosti ter za ugotovitev in oceno dejanskega stanja za ugotovitev politične in drugih odgovornosti nosilcev javnih funkcij v zdravstvenih ustanovah na sekundarni in terciarni ravni v Republiki Sloveniji. (2018). *Uradni list RS*, (83/18). http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=AKT_1102
- Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev dejanskega stanja in morebitne politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij o stanju, ravnanju, zalogah, naročilih, nabavah, hrambi ter drugih načinih pridobitve ali razpolaganja z osebno zaščitno in kritično medicinsko opremo za učinkovito zoperstavljanje okužbam z nalezljivimi boleznimi ter delovanju institucij in nosilcev javnih funkcij v zvezi s pravočasno zaježitvijo epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) in ustreznimi ukrepi, zaradi sumov nezakonite porabe javnih sredstev in zaradi sumov opustitve ustreznih ukrepov v zvezi s pravočasno zaježitvijo epidemije COVID-19, za obdobje od 1. 2. 2020 do odreditve predmetne parlamentarne preiskave, in za morebitno spremembo veljavne zakonodaje, ki ureja javno naročanje, blagovne rezerve, integriteto in preprečevanje korupcije ter ravnanje nosilcev javnih funkcij z javnofinančnimi sredstvi. (2020). *Uradni list RS*, (100/20).
- Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev dejanskega stanja in morebitne politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij pri izvajanju ukrepov, povezanih z epidemijo COVID-19 in z blaženjem njenih posledic, zaradi suma neustrezne porabe javnih sredstev ter neupravičenega omejevanja pravic in svoboščin, za obdobje od 13. marca 2020 do dneva odreditve predmetne parlamentarne preiskave in za morebitno spremembo veljavne zakonodaje, ki ureja ukrepanje države pri spopadanju z epidemijo nalezljive bolezni oziroma z njenimi posledicami. (2020). *Uradni list RS*, (157/20).
- Akt o odreditvi parlamentarne preiskave za ugotovitev politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi investicij ter leasing, najemnih ali drugih primerljivih poslih, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, na področju projektov stanovanjske gradnje in nakupov stanovanjskih objektov ter pripadajočih garažnih objektov ali površin v Mestni občini Ljubljana, projektov obnove in dograditve prostorov Univerze na Primorskem, projektov stanovanjske gradnje Stanovanjskega sklada Republike Slovenije, projektov objektov državnega pomena, projektov objektov v javni rabi, projektov gradbenih investicij javnega pomena, financiranih s sredstvi iz

- državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, in projektov gradbenih investicij javnega pomena na področju t.i. visokih gradenj v javne zdravstvene objekte (projekt Pediatrične klinike, projekt Onkološkega inštituta itd.) zaradi suma, da so bili postopki in posli medsebojno politično dogovorjeni, vodeni netransparentno in negospodarno ter zaradi suma prisotnosti klientelizma, korupcije in medsebojnih povezav med različnimi nosilci aktivnosti in delovanja povezanih oseb, ki so vključeni v pripravo, javna naročila in izvedbo gradbenih poslov, ter v tej zvezi še posebej za ugotovitev suma o politični odgovornosti nosilcev javnih funkcij in njihovi vlogi pri tem. (2009). *Uradni list RS*, (74/09).
- Al. Ma., T. H. in L. Š. (19. 5. 2021). *Noč: Ne želimo nositi soodgovornosti za izdelek, ki bo ohranjal škodljivo stanje*. MMC RTV Slovenija. <https://www.rtvlo.si/zdravje/noc-ne-zelimo-nositi-soodgovornosti-za-izdelek-ki-bo-ohranjal-skodljivo-stanje/580697>
- Amit, E., Koralnik, J., Posten, A.-C., Muethel, M. in Lessig, L. (2017). Institutional corruption revisited: exploring open questions within the institutional corruption literature. *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, 26(3), 447–467.
- Arhiv družboslovnih podatkov [ADP]. (n. d.). *Raziskava Stališča o korupciji*. <https://www.adp.fdv.uni-lj.si/opisi/korup/>
- Austad, K. E., Avorn, J. in Kesselheim, A. S. (2011). Medical students' exposure to and attitudes about the pharmaceutical industry: A systematic review. *PLoS Medicine*, 8(5), e1001037.
- Bion, J., Antonelli, M., Blanch, L., Curtis, J. R., Druml, C., Du, B., Machado, F. R., Gomersall, C., Hartog, C., Levy, M., Myburgh, J., Rubinfeld, G. in Sprung, C. (2018). White paper: statement on conflicts of interest. *Intensive Care Medicine*, 44(10), 1657–1668.
- Božić, V. in Nikač, Ž. (2018). Kazenskopravna in disciplinska odgovornost zdravnikov zaradi podkupovanja v aferi Hipokrat. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 69(2), 117–127.
- Brajer, C. (6. 1. 2002). Dva tisoč mark končalo med bonboni. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/15299>
- Brajer, C. (9. 2. 2003). Bele halje perejo umazano perilo. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/42781>
- Bulovec, T. in Frangež, D. (2017). Časopisno poročanje o otroški srčni kirurgiji – zlata kriminalistična vprašanja kot analitični okvir. *Varstvosloje*, 19(3), 189–214.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2022). *What is Open Payments?* <https://www.cms.gov/openpayments>
- Chattopadhyay, S. (2013). Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10(3), 153–159.
- Davison, W. P. (1983). The third-person effect in communication. *Public Opinion Quarterly*, 47(1), 1.
- Dimant, E. in Tosato, G. (2018). Causes and effects of corruption: What has past decade's empirical research taught us? A survey. *Journal of Economic Surveys*, 32(2), 335–356.
- Drinovec, J. in Poredoš, P. (2001). Etični vidiki zdravnikovega sodelovanja s farmacevtsko industrijo. *Zdravniški vestnik*, 70(9), 465–468.
- Državni zbor. (14. 6. 2021). *Sklep z dne 14. 6. 2021 (št. 900-15/21-15/6)*. <https://imss.dz-rs.si/IMiS/ImisAdmin.nsf/ImisnetAgent?OpenAgent&2&DZ-MSS-01/43e42bf48db97604b731a7a14b240f9b42cc2c0da59b84ed21a4e9c46d78cf83>
- Državni zbor. (2022). *Delo preiskovalnih komisij Državnega zbora*.

- vE6IqKWiiHnc57z_OY5V9vL0thsvzWgAbvd7mYh5WLNB2KZNeAzyljuVQDvkWiTBUGQWfQlfbv0Wa_cvdB1md1G1vH-YG2dP8GbeWQ!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/
- Državni zbor: Preiskovalna komisija za ugotovitev politične odgovornosti pri pripravi in izvedbi nekaterih projektov Mestne občine Ljubljana. (2011). *Poročilo o poteku in ugotovitvah: a) politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi projektov obnove in dograditve prostorov Univerze na Primorskem b) politične odgovornosti nosilcev javnih funkcij, ki so sodelovali pri pripravi in izvedbi investicij ter leasing, najemnih ali drugih primerljivih poslih, financiranih s sredstvi iz državnega proračuna ali proračuna Mestne občine Ljubljana, na področju projektov stanovanjske gradnje in nakupov stanovanjskih objektov ter pripadajočih garažnih objektov ali površin v Mestni občini Ljubljana ter razlogih, zaradi katerih Preiskovalna komisija ni mogla končati predmetne parlamentarne preiskave.* <https://imss.dz-rs.si/IMiS/ImisAdmin.nsf/ImisnetAgent?OpenAgent&2&DZ-MSS-01/4f23e5ca5c6c348b740b7eb87214d4c7b2b6aa80b391aab82426f874cab1c3b>
- Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom. (2020). *Vmesno poročilo o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije.* https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/ut/p/z1/04_Sj9CPYkssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQH-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAxcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE749C12585360045122C&db=kon_akt&mandat=VIII&tip=doc#
- Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na programu otroške kardiologije ter področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom. (2021). *Vmesno poročilo o ugotavljanju odgovornosti nosilcev javnih funkcij na področju nabav in upravljanja z medicinsko opremo in zdravstvenim materialom v Splošni bolnišnici „Dr. Franca Derganca“ Nova Gorica.* https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/ut/p/z1/04_Sj9CPYkssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQH-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAxcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE749C125856F0042EC3D&db=kon_akt&mandat=VIII&tip=doc#
- Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic. (2018). *Zaključno poročilo o opravljeni parlamentarni preiskavi na področju ugotavljanja zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic (1. del).* https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/ut/p/z1/04_Sj9CPYkssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQH-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAxcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE749C125825C003D8374&db=kon_akt&mandat=VII&tip=doc#
- Državni zbor: Preiskovalna komisija o ugotavljanju zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic. (2018). *Zaključno poročilo o opravljeni parlamentarni preiskavi na področju ugotavljanja zlorab v slovenskem zdravstvenem sistemu na področju prodaje in nakupa žilnih opornic (2. del).* https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/zakonodaja/izbran!/ut/p/z1/04_Sj9CPYkssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zivSy9Hb283Q0N3E3dLQwCQ7z9g7w8nAwsnMz1w9EUGAWZGgS6GDn5BhsYGwQH-pHEaPFAAdwNCBOPx4FUfiNL8gNDQ11VFQEAAxcoa4!/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?uid=C1257A70003EE749C125825C003D8374&db=kon_akt&mandat=VII&tip=doc#

- Eaton, F. in Reid, J. (2010). Mirror, mirror on the wall—Evaluating fair market value for manufacturer-physician consulting arrangements. *Food and Drug Law Journal*, 65(1), 141–157.
- Einspieler, V. (24. 9. 1998). Izsiljeval pacienta. *Delo*, 9.
- EU Open Data Portal. (2015). *Special Eurobarometer 397: Corruption* [Datasets]. http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S1076_79_1_397
- EU Open Data Portal. (2017). *Special Eurobarometer 470: Corruption* [Datasets]. http://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2176_88_2_470_ENG
- EU Open Data Portal. (2020). *Special Eurobarometer 502: Corruption* [Datasets]. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=72934>
- European Commission. (2006). *Special Eurobarometer 245: Opinions on organised, cross-border crime and corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=37745>
- European Commission. (2008). *Special Eurobarometer 291: The attitudes of Europeans towards corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=37967>
- European Commission. (2009). *Special Eurobarometer 325: Attitudes of Europeans towards corruption – Full report*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=38519>
- European Commission. (2012a). *Special Eurobarometer 245 wave 64.3 ZA4415 Current archive dataset version / update: v1.0.1 (2012) (Country Specific Questionnaire Slovenia)*. GESIS Data Archive. http://info1.gesis.org/dbksearch/file.asp?file=ZA4415_q_si.pdf
- European Commission. (2012b). *Special Eurobarometer 374: Corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=39786>
- European Commission. (2014). *Special Eurobarometer 397: Corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=40538>
- European Commission. (2016). *Special Eurobarometer 397 wave 79.1 (2013) ZA5687 Data file Version 3.0.0 (Country Questionnaire Slovenia)*. GESIS Data Archive. <https://dbk.gesis.org/dbksearch/download.asp?id=51936>
- European Commission. (2017). *Special Eurobarometer 470: Corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2176>
- European Commission. (2020a). *Eurobarometer 502 wave 92.4 (2019) ZA7602 Data file Version 1.0.0 (Country Questionnaire Slovenia) (1.0.0)*. GESIS Data Archive.
- European Commission. (2020b). *Special Eurobarometer 502: Corruption*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=72934>
- European Commission – Directorate General for Home Affairs. (2013). *Study on corruption in the healthcare sector*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2837/58154>
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations [EFPIA]. (2019). *EFPIA Code of practice*. <https://www.efpia.eu/media/636597/211222-efpia-code.pdf>
- Evropska komisija. (2014). *Special Eurobarometer 397: Corruption – Factsheets (national language) Slovenia*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=40592>
- Ferenčina, J. in Kozorog, N. (2009). *Nekateri vidiki doživljanja korupcije v slovenskem zdravstvu*. Medicinska fakulteta. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=23601>
- Ferlič Žgajnar, B. (11. 6. 2021). *Ujeti pri prepozni prijavi lobiranja*. Delo. <https://www.delo.si/novice/slovenija/ujeti-pri-prepozni-prijavi-lobiranja/>
- Filippiadou, M., Kouvelas, D., Garyfallos, G., Tsakiridis, I., Tzachanis, D., Spachos, D. in Papazisis, G. (2017). Exposure to the drug company marketing in Greece: Interactions and attitudes in a non-regulated environment for medical students. *Annals of Medicine and Surgery*, 19(2017), 23–28.
- Fotaki, M. (2020). Why we must talk about institutional corruption to understand wrongdoing in the health sector: Comment on „We Need to Talk About Corruption in Health Systems“. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(5), 206–208. 10.15171/IJHPM.2019.103
- García, P. J. (2019). Corruption in global health: the open secret. *The Lancet*, 394(10214), 2119–2124.
- Geneva Foundation for Medical Education and Research. (2021). *Ministries of health worldwide*. Geneva Foundation for Medical Education and Research. https://www.gfmer.ch/Medical_search/Ministry_health.htm

- Goel, R. K. (2021). Are health care scams infectious? Empirical evidence on contagion in health care fraud. *Managerial and Decision Economics*, 42(1), 198–208.
- He, S., Lai, D. in Lee, J. (2021). The medical right to repair: the right to save lives. *The Lancet*, 397(10281), 1260–1261.
- Hren, M. (2018). Zloraba sistema javnega naročanja v škodo javnih sredstev in predstavitev korupcijskih tveganj. V *Kongres javnega naročanja, Portorož, 12. in 13. september 2018: [tudi] 7. strokovno srečanje naročnikov in ponudnikov v postopkih javnega naročanja*. (str. 35–41). Uradni list Republike Slovenije.
- Hussmann, K. (2011). *Addressing corruption in the health sector: Securing equitable access to health care for everyone*. u4 Anti-Corruption Resource Centre. <https://www.u4.no/publications/addressing-corruption-in-the-health-sector-securing-equitable-access-to-health-care-for-everyone.pdf>
- Iljaž, R. in Švab, I. (2003). Etičnost razmerja med zdravnikom in farmacevtsko industrijo. V J. Kersnik (ur.), *Etika v družinski medicini / 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 35–48). Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Incaltarau, C., Horodnic, A. V., Williams, C. C. in Oprea, L. (2021). Institutional determinants of informal payments for health services: An exploratory analysis across 117 countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12421.
- Jager, V. (2021). Zdravniki dvoživke. *Mladina*, (43), 18–25.
- Joudaki, H., Rashidian, A., Minaci-Bidgoli, B., Mahmoodi, M., Geraili, B., Nasiri, M. in Arab, M. (2014). Using data mining to detect health care fraud and abuse: a review of literature. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 194–202.
- Juvan, J. (31. 7. 2021). Dr. Franjo Husam Naj: Zdravniki slišimo zgodbe, do katerih z domišljijo res ne bi prišel. *Večer*. <https://www.vecer.com/v-soboto/intervju-dr-franjo-husam-naji-zdravniki-slisimo-zgodbe-do-katerih-z-domisljijo-res-ne-bi-prisel-10249019>
- Juvan, J. (15. 3. 2022). Matjaž Vogrin odstopil kot strokovni direktor UKC Maribor: »Za to sem se odločil zaradi pritiskov«. *Večer*. <https://vecer.com/maribor/aktualno/foto-matjaz-vogrin-odstopil-kot-strokovni-direktor-ukc-maribor-za-to-sem-se-odlocil-zaradi-pritiskov-10274706>
- Kališnik, G. (17. 4. 2022). V javnem zdravstvu ti ne uspe, če ne podkupuješ. *Delo*. <https://www.delo.si/nedelo/v-javnem-zdravstvu-ti-ne-uspe-ce-ne-podkupujes/>
- Keber, D. (21. 4. 2017). Dr. Dušan Keber, strokovnjak za zdravstvo. *Mladina*. <https://www.mladina.si/179713/dr-dusan-keber-strokovnjak-za-zdravstvo/>
- Kersnik, J. (ur.). (2003). Etični kodeks javnega delovanja zdravnikov družinske medicine. V *Etika v družinski medicini / 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* (str. 69–78). Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Klemenčič, G., Praprotnik, R. in Selinšek, L. (3. 12. 2013). *Javno pismo senata Komisije za preprečevanje korupcije*. https://www.kpk-rs.si/upload/t_datoteke/Javno_pismo_KPK_3.12.2013.pdf
- Knava, N. (1. 2. 2017). Brežiški zdravnik dežural med bolniško, v Trbovljah plačevali dvojno. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/1042761575>
- Knava, N. (23. 6. 2022a). Kako je zobozdravstvo obtičalo v osemdesetih. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/1042991695>
- Knava, N. (1. 5. 2022b). Politika se covidu zdaj izogiba kot hudič križu. *Dnevnik*. <https://www.dnevnik.si/1042988136>
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (1994). *Uradni list RS*, (4/02). <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NEZN196>
- Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). *Uradni list RS*, (71/14).
- Kodeks medicinske deontologije Slovenije*. (1992, 1997). Zdravniška zbornica Slovenije. https://www.ukc-mb.si/media/imported/fileadmin/INFO_javnega_znacaja/kme/KODEKS_MEDICINSK_E_DEONTOLOGIJE_SLOVENIJE.pdf
- Kodeks zdravniške etike. (2016). *Revija ISIS*, (november 2016), 17–21. https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=80562a36_4
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2004). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2004*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2004.pdf

- Komisija za preprečevanje korupcije. (2005a). *Stališča o korupciji 2004* [Podatkovna datoteka ADP – IDNo: KORUP04] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2005b). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2005*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2005.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2006a). *Stališča o korupciji 2005* [Podatkovna datoteka: ADP – IDNo: KORUP05] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2006b). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2006*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2006.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (4. 7. 2006c). *Načelno mnenje številka 44*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2006/07/04/nacelno-mnenje-stevilka-44/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2008). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2007*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2007.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2009a). *Načelno mnenje številka 166*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2009/05/08/nacelno-mnenje-stevilka-166/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2009b). *Stališča o korupciji 2006* [Podatkovna datoteka ADP – IDNo: KORUP06] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2009c). *Stališča o korupciji 2007* [Podatkovna datoteka ADP – IDNo: KORUP07] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2009d). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2008*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2008.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2010a). *Stališča o korupciji 2008* [Podatkovna datoteka ADP – IDNo: KORUP08] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2010b). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2009*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2009.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2011). *Letno poročilo [z dodatkom do maja 2011]*.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2012). *Stališča o korupciji 2009* [Podatkovna datoteka ADP – IDNo: KORUP09] (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2013a). *Ocena stanja 2012*. https://www.kpk-rs.si/download/t_datoteke/11999
- Komisija za preprečevanje korupcije. (26. 11. 2013b). *Odziv KPK na izjavo Karla Erjavca glede korupcije v zdravstvu*. <https://www.kpk-rs.si/2013/11/26/odziv-kpk-na-izjavo-karla-erjavca-glede-korupcije-v-zdravstvu/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2014a). *Popravek analize udeležbe zaposlenih v javnem zdravstvu v zasebnih podjetjih*. <https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/06/Popravek-analize-udelezbe-zaposlenih-v-javnem-zdravstvu-v-zasebnih-podjetjih.pdf>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2014b). *Sistemsko načelno mnenje: Glede ocene ugotovljenih tveganj v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije in priporočila za ukrepanje*. <https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/06/Sistemsko-nacelno-mnenje-2.pdf>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2014c). *Analiza udeležbe zaposlenih v javnem zdravstvu v zasebnih podjetjih*. <https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/06/Analiza-udelezbe-zaposlenih-v-javnem-zdravstvu-v-zasebnih-podjetjih.pdf>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2015). *Ocena stanja 2014*. https://www.kpk-rs.si/download/t_datoteke/12000
- Komisija za preprečevanje korupcije. (5. 6. 2017). *Komisija na 9. posvetu »Etika v belem«*. <https://www.kpk-rs.si/2017/06/05/komisija-na-9-posvetu-etika-v-belem/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2018). *Analiza načrtov integritete, obvladovanja korupcijskih tveganj in tveganj za neintegritetna ravnanja ter uporabe protikorupcijske klavzule v javnih zavodih lekarnah ter priporočila in navodila komisije (06286-4/2015 in 06290-2/201)*. <https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/09/analiza-na%C4%8Drtoev-integritete-lekarne.pdf>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2019a). *Ocena stanja korupcije: Ocena stanja 2018*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2021/07/Ocena_stanja_2018.pdf
- Komisija za preprečevanje korupcije. (4. 12. 2019b). *Zaradi ugotovljenih korupcijskih tveganj komisija podala priporočila Ministrstvu za zdravje*. <https://www.kpk-rs.si/2019/12/04/zaradi-ugotovljenih-korupcijskih-tveganj-komisija-podala-priporocila-ministrstvu-za-zdravje/>

- Komisija za preprečevanje korupcije. (2020). *Postopek pred Komisijo*. <https://www.kpk-rs.si/delo-komisije/prijava-korupcije/postopek-prijave-korupcije/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (2021a). *Ocena stanja korupcije: Ocene stanja 2020*. <https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2021/05/OcenaStanja2020.pdf>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (7. 12. 2021b). *Predlog NIJZ, da vzpostavi zakonito stanje, in priporočila za spremembe zakonodaje*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2021/12/07/predlog-nijz-da-vzpostavi-zakonito-stanje-in-priporocila-za-spremembe-zakonodaje/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (9. 12. 2021c). *Ustavitev 12 postopkov preiskav zoper zaposlene na ZRSBR v zvezi z nabavami zaščitne opreme*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2021/12/09/ustavitev-12-postopkov-preiskav-zoper-zaposlene-na-zrsbr-v-zvezi-z-nabavami-zasitne-opreme/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (7. 4. 2022a). *Ugotovitve nadzora nabave zaščitne opreme izbranih občin in bolnišnic: nezagotavljanje temeljnih načel javnega naročanja, pa tudi dobre prakse*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2022/04/07/ugotovitve-nadzora-nabave-zasitne-opreme-izbranih-obcin-in-bolnisnic-nezagotavljanje-temeljnih-nacel-javnega-narocanja-pa-tudi-dobre-prakse/>
- Komisija za preprečevanje korupcije. (7. 6. 2022b). *Poročilo o delu Komisije za maj 2022*. <https://www.kpk-rs.si/blog/2022/06/07/porocilo-o-delu-komisije-za-maj-2022/>
- Krbavčič, A. (2001). Etika in deontologija v farmaciji. *Zdravniški vestnik*, 70(9), 471–476.
- Lambsdorff, J. G. (2007). *The institutional economics of corruption and reform: theory, evidence, and policy*. Cambridge University Press.
- Lambsdorff, J. in Schulze, G. (2015). What can we know about corruption? A very short history of corruption research and a list of what we should aim for. *Jahrbuecher fuer Nationaloekonomie und Statistik*, 235(2), 100–114.
- Leontiadis, N. in Hutchings, A. (2015). Scripting the crime commission process in the illicit online prescription drug trade. *Journal of Cybersecurity*, 1(1), 81–92. <https://doi.org/10.1093/cybsec/tyv006>
- Lessig, L. (2013). “Institutional corruption” defined. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 553–555.
- Lewis, M. (2002). Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. V E. Mossialos, A. Dixon, J. Figuera in J. Kutzin (ur.), *Funding health care: options for Europe* (str. 184–205). Open University Press. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf
- Mahajan, V. (2010). White coated corruption. *Indian Journal of Medical Ethics*, 7(1), 18–20. 10.20529/IJME.2010.006
- Marn, U. (23. 8. 2007). »Javna naročila niso monopoly, kjer bi moral v vsakem krogu kdo kaj dobiti, ampak gre za igro, kako čim gospodarneje ravnati z javnimi financami. uslužbenci, ki delajo z javnimi sredstvi, javna naročila pogosto dojemajo zgolj kot formalnost, ne pa kot sredstvo za gospodarnejšo porabo javnih sredstev. « – Igor Šoltes. *Mladina*. <http://www.mladina.si/93452/javna-narocila-niso-monopoly-kjer-bi-moral-v-vsakem-krogu-kdo-kaj-dobiti-ampak-gre-za-igro-kako/>
- Marn, U. (2. 12. 2016). Tomaž Vesel, predsednik računskega sodišča. *Mladina*. <https://www.mladina.si/177648/tomaz-vesel-predsednik-racunskega-sodisca/>
- Martinsson, J. (2021). Combatting institutional corruption: The policy-centered approach. *Crime, Law and Social Change*, 75(3), 267–280.
- MedTech Europe. (n. d.). *About us*. MedTech Europe. <https://www.medtecheurope.org/about-us/>
- MedTech Europe. (2015). *MedTech Europe Code of Ethical Business Practice*. <https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2017/06/medtech-europe-code-of-ethical-business-practice-qa-dg.pdf>
- Merino, J. G. (2013). Physician Payment Sunshine Act: Some answers, many questions. *BMJ: British Medical Journal*, 347(7919), 8–8. <https://www.jstor.org/stable/23495279>
- Mikulic, M. (2021). *Global pharmaceutical industry*. Statista. <https://www.statista.com/topics/1764/global-pharmaceutical-industry/>
- Naher, N., Hoque, R., Hassan, M. S., Balabanova, D., Adams, A. M. in Ahmed, S. M. (2020). The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: a scoping review of current and future prospects in low and middle-income

- countries of south and south-east Asia. *BMC Public Health*, 20(1), št. članka 880. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08975-0>
- Orsolini, L., Francesconi, G., Papanti, D., Giorgetti, A. in Schifano, F. (2015). Profiling online recreational/prescription drugs' customers and overview of drug vending virtual marketplaces: Profiling the online drugs' consumers. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(4), 302–318.
- Ozaki, A., Saito, H., Senoo, Y., Sawano, T., Shimada, Y., Kobashi, Y., Yamamoto, K., Suzuki, Y. in Tanimoto, T. (2020). Overview and transparency of non-research payments to healthcare organizations and healthcare professionals from pharmaceutical companies in Japan: Analysis of payment data in 2016. *Health Policy*, 124(7), 727–735.
- Pašalić, D., Homšak, E., Buño, A., Bergmann, K. in Carru, C. (2019). Practice in financial support of third party organised conferences and courses at a national level for health care professionals in Europe. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 57(9), 1319–1328.
- Podnar, S. (2022). Preiskave in zdravljenje izbirajmo preudarno. *ISIS*, XXXI(6), 45–49. <https://online.pubhtml5.com/agma/mpic/#p=45>
- Policija. (2019). *Letno poročilo o delu policije za leto 2018*. <https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo%2018.pdf>
- Policija. (2021). *Letno poročilo o delu policije 2020*. <https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2020.pdf>
- Poslovnik Komisije za preprečevanje korupcije. (2012, 2021). *Uradni list RS*, (24/12, 156/21).
- Poslovnik o parlamentarni preiskavi. (1993, 2003, 2021). *Uradni list RS*, (63/93, 33/03, 22/21, 130/21).
- Possnig, G. in Žišt, D. (1. 12. 2021). Afera ZD Žalec: Reševalec na noč vpisal 60 lažno cepljenih, koliko je za to računal?. *Večer*. <https://moj.vecer.com/kronika/afera-zd-zalec-resevalec-na-noc-vpisal-60-lazno-cepljenih-koliko-je-za-to-racunal-10260663>
- Pravilnik o oglaševanju zdravil. (2008, 2009, 2010, 2014). *Uradni list RS*, (105/08, 98/09, 105/10, 17/14).
- Prevolnik Rupel, V., Simcic, B. in Turk, E. (2014). *Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva*. Ministrstvo za zdravje. https://www.kclj.si/dokumenti/Terminoloski_slovar_MZ.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (n. d.). *Arhiv revizij*. <https://www.rs-rs.si/revizije-in-revidiranje/arhiv-revizij/>
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2007). *Revizijsko poročilo: Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja* (št.: 1213-7/2006-23). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1774/Mize_RSP.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2014). *Porevizijsko poročilo: Popravljalni ukrepi Zdravstvenega doma Ptuj* (št.: 322-1/2013/61). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/96/ZDPtuj_PP12_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2014). *Revizijsko poročilo: Čakalne dobe v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana* (št.: 320-7/2012/251). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1245/CakalneUKCLjRSP.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2014). *Revizijsko poročilo Pravilnost poslovanja Zdravstvenega doma Ptuj* (št.: 322-1/2013/54). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/97/ZDPtuj_PP12.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2015). *Porevizijsko poročilo Popravljalni ukrepi družbe Dermatologija Bartenjev – Rogl, d. o. o., Ljubljana* (št.: 322-3/2014/84). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/501/CakalneDobeBartenjev_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2015). *Revizijsko poročilo: Čakalne dobe v družbi Dermatologija Bartenjev – Rogl, d. o. o., Ljubljana* (št.: 322-3/2014/71). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/500/CakalneDobeBartenjev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2015). *Revizijsko poročilo: Učinkovitost upravljanja z medicinsko opremo s poudarkom na dragi medicinski opremi* (št.: 320-6/2012/160). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1363/DragaMedOpr.pdf

- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2016). *Porevižjsko poročilo: Popravljalni ukrepi pri reviziji učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo s poudarkom na dragi medicinski opremi* (št.: 320-6/2012/172). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1362/DragaMedOpr_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2016). *Porevižjsko poročilo: Popravljalni ukrepi Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana* (št.: 320-7/2012/268). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1244/CakalneUKCLj_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2016). *Revizijsko poročilo: Nabava zdravil v Celjskih lekarnah* (št.: 322-4/2015/42). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/389/LekCelje_PP14.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2016). *Revizijsko poročilo: Nabava zdravil v Mestnih lekarnah* (št.: 322-2/2015/41). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/453/LekKamnik_PP14.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2016). *Zbirno poročilo: Nabava zdravil v lekarnah* (št. 322-4/2016/3). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/1667/Lekarne_PP14-zbirno.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2017). *Porevižjsko poročilo: Popravljalni ukrep Mestnih lekarn* (št.: 322-2/2015/51). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/452/LekKamnik_PP14_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2018). *O nas*. <https://www.rs-rs.si/o-racunskem-sodiscu/o-racunskem-sodiscu/o-nas/>
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2018). *Porevižjsko poročilo: Popravljalni ukrepi Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana* (št.: 322-2/2016/44). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2018/OpremaUKCLj_porev/OpremaUKC Lj_RSP14-15_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2018). *Revizijsko poročilo: Pravilnost nabave medicinske opreme in zdravstvenega materiala ter učinkovitost pridobivanja in upravljanja z medicinsko opremo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana* (št.: 322-2/2016/34). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/245/OpremaUKCLj.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2021). *Revizijsko poročilo: Pravilnost in smotnost dela poslovanja Nacionalnega inštituta za javno zdravje* (št.: 322-11/2019/35). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2021/NIJZ/NIJZ_PP19_RevizijskoP.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2021). *Revizijsko poročilo: Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela* (št.: 320-5/2019/40). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/revizija/452/LekKamnik_PP14_porev.pdf
- Računsko sodišče Republike Slovenije [RSRS]. (2021). *Zbirno poročilo: Nabava zdravil v lekarnah v letu 2020* (št.: 322-7/2021/2). https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2021/Nabava-zdravil-lekarne/NabavaZdravil2_ZP_ZbirnoP.pdf
- Rodwin, M. A. (2012). Conflicts of interest, institutional corruption, and Pharma: An agenda for reform. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 40(3), 511–522.
- Rodwin, M. A. (2013). Institutional corruption and the pharmaceutical policy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(3), 544–552.
- Rose-Ackerman, S. in Palifka, B. J. (2016). *Corruption and government: causes, consequences, and reform* (Second edition). Cambridge University Press.
- Rourke, E. J. (2021). Continuity, fragmentation, and Adam Smith. *New England Journal of Medicine*, 385(19), 1810–1814.
- Savedoff, W. D. in Hussmann, K. (2006). Why are health systems prone to corruption? V *Global Corruption Report 2006* (str. 4–16). Pluto Press. https://images.transparencycdn.org/images/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf
- Selinšek, L. (20. 4. 2022). *Prevenjacija korupcije v zdravstvu – širši (v) pogled* [Predstavitve prispevka]. Posvet Korupcija v zdravstvu: Kriminalistični in kazenskopравни vidik, Spletni dogodek.
- Siddiqui, U. T., Shakoor, A., Kiani, S., Ali, F., Sharif, M., Kumar, A., Raza, Q., Khan, N., Alamzaib, S. M. in Farid-ul-Husnain, S. (2014). Attitudes of medical students towards incentives offered by

- pharmaceutical companies- perspective from a developing nation – a cross sectional study. *BMC Medical Ethics*, 15(1), št. članka 36. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-36>
- Sommersguter-Reichmann, M. in Stepan, A. (2017). Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? *Health Economics Review*, 7(1), št. članka 11. <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0148-4>
- Sommersguter-Reichmann, M., Wild, C., Stepan, A., Reichmann, G. in Fried, A. (2018). Individual and institutional corruption in European and US Healthcare: Overview and link of various corruption typologies. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(3), 289–302.
- The European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). (n. d. a). *Slovenia*. <https://www.ehfcn.org/members/slovenia/>
- The European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). (n. d. b). *The EHFCN Waste Typology Matrix*©. <https://www.ehfcn.org/what-is-fraud/ehfcn-waste-typology-matrix/>
- The European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFCN). (2017). *EHFCN: An overview*. https://www.ehfcn.org/wp-content/uploads/2020/06/EHFCN-Corporate-Flyer_EN_Online-New.pdf
- The World Medical Association. (2015). *Medical Ethics Manual* (3rd edition). https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf
- Thompson, D. F. (1995). *Ethics in Congress: From individual to institutional corruption*. Brookings Institutions.
- Thompson, D. F. (2018). Theories of institutional corruption. *Annual Review of Political Science*, 21(1), 495–513.
- Timofeyev, Y. in Jakovljevic, M. (2022). Editorial: Fraud and corruption in healthcare. *Frontiers in Public Health*, 10, 921254.
- Transparency International. (n. d.). *People and corruption: Europa and Central Asia global corruption barometer*. <https://www.transparency.org/en/publications/people-and-corruption-europe-and-central-asia-2016>
- Transparency International. (2006). *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press. https://images.transparencycdn.org/images/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf
- Transparency International. (2020). *Corruption Perceptions Index 2019*. https://images.transparencycdn.org/images/2019_CPI_Report_EN_200331_141425.pdf
- Transparency International. (2021). *What is corruption?* <https://www.transparency.org/en/what-is-corruption>
- Transparency International. (2022a). *GCB 2010/2011 Data set*. https://files.transparencycdn.org/images/GCB20102011_FINAL_2_5_12_DH-1.xls
- Transparency International. (2022b). *GCB 2013 Appendix A: Global Corruption barometer survey methodology*. https://files.transparencycdn.org/images/GCB2013_Methodology_EN.pdf
- Transparency International. (2022c). *GCB 2013 Data*. https://files.transparencycdn.org/images/GCB2013_Data.xls
- Transparency International. (2022d). *GCB ECA Regional Results [XLSX]*. https://files.transparencycdn.org/images/GCB_ECA_Regional_Results.xlsx
- Transparency International Slovenija. (2021a). *Transparency International Slovenija – Kaj je korupcija*. <http://www.transparency.si/dejavnosti/kaj-je-korupcija>
- Transparency International Slovenija. (2021b). *Indeks zaznave korupcije – Slovenija*. <https://www.transparency.si/novica/cpi-2021-slovenija-najslabse-po-letu-2013/>
- Transparency International Slovenija. (2021c). *GCB 2021: Podatki in prevod vprašalnika za Slovenijo (XLS)*. https://www.transparency.si/wp-content/uploads/2021/06/gcb_2021_slovenia_tables.xlsx
- Trontelj, J. (2007). Etični pogledi na razmerje med javnim in zasebnim zdravstvom. *ISIS*, XVI(5), 28–32. https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2007/isis-maj-2007.pdf?sfvrsn=77a2936_2
- Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije. (2005a). *Stališča o korupciji 2002 [Podatkovna datoteka ADP – IDN0: KORUP02]* (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.
- Urad Vlade RS za preprečevanje korupcije. (2005b). *Stališča o korupciji 2003 [Podatkovna datoteka ADP – IDN0: KORUP03]* (1.0). Univerza v Ljubljani, Arhiv družboslovnih podatkov.

- Urad vlade za centralno cenovno evidenco medicinskih pripomočkov in medicinske opreme. (n. d.). GOV.SI. <https://www.gov.si/drzavni-organi/vladne-sluzbe/urad-vlade-za-centralno-cenovno-evidenco-medicinskih-pripomočkov-in-medicinske-opreme/>
- Urada Vlade RS za preprečevanje korupcije. (2002). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2002*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2002.pdf
- Urada Vlade RS za preprečevanje korupcije. (2003). *Stališče o korupciji v Sloveniji 2003*. https://www.kpk-rs.si/kpk/wp-content/uploads/2018/03/JMR_2003.pdf
- Ustava Republike Slovenije (URS). (1991). *Uradni list RS*, (33/91-I in spremembe).
- Vian, T. (2007). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83–94.
- Vian, T. (2008). Corruption and the consequences for public health. V *International Encyclopedia of Public Health* (str. 26–33). Elsevier.
- Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(sup1), 1–24.
- Vlakci evidentiranja službenih kartic na UKC Ljubljana. (15. 4. 2021). V *Tarča* [TV oddaja]. <https://4d.rtvsl.si/arhiv/tarca/174768871>
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2016). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2015*. https://www.dt-rs.si/files/documents/Porocilo_2015-2.pdf
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2017). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2016*. <https://www.dt-rs.si/files/documents/POROCILO-2016-koncno-min.pdf>
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2018). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2017*. <https://www.dt-rs.si/files/documents/Skupno%20letno%20poro%C4%8Dilo%202017.pdf>
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2019). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2018*. https://www.dt-rs.si/files/documents/Porocilo_2018.pdf
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2020). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2019*. <https://www.dt-rs.si/files/documents/Letno%20poro%C4%8Cilo%20DT%20za%20leto%202019.pdf>
- Vrhovno državno tožilstvo Republike Slovenije. (2021). *Skupno poročilo o delu državnih tožilcev za leto 2020*. <https://www.dt-rs.si/files/documents/Letno%20poro%C4%8Cilo%20DT%20za%20leto%202020.pdf>
- Wannenwetsch, S. (29. 9. 2021). *Germany's anti-corruption law on healthcare professionals, one year on*. Basel Institute on Governance. <https://baselgovernance.org/blog/germanys-anti-corruption-law-healthcare-professionals-one-year>
- Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift? *JAMA*, 283(3), 373–380.
- Wilmshurst, P. (2002). Institutional corruption in medicine. *British Medical Journal*, 325(7374), 1232–1235.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health systems assessments*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241515177>
- Yamen, A. E. (2021). Tax evasion, corruption and COVID-19 health risk exposure: a cross country analysis. *Journal of Financial Crime*, 28(4), 995–1007.
- Zaki, N. M. (2014). Pharmacists' and physicians' perception and exposure to drug promotion: A Saudi study. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(6), 528–536.
- Zakon o integriteti in preprečevanju korupcije (uradno prečiščeno besedilo) [ZIntPK-UPB2]. (2011, 2020). *Uradni list RS*, (69/11, 158/20). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5523>
- Zakon o lekarniški dejavnosti [ZLD-1]. (2016, 2017, 2019). *Uradni list RS*, (85/16, 77/17, 73/19).
- Zakon o medicinskih pripomočkih (ZMedPri). (2009). *Uradni list RS*, (98/09).
- Zakon o parlamentarni preiskavi (ZPPre). (1993, 1994, 2021). *Uradni list RS*, (63/93, 63/94, 22/21, 130/21).
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika (KZ-1C). (2015). *Uradni list RS*, (54/15).
- Zakon o zdravilih (ZZdr-2). (2014, 2019). *Uradni list RS*, (17/14, 66/19).

- Zbornica ponudnikov medicinske tehnologije in storitev MedTech Slovenija. (2022). *MedTech Europe*. <https://medtechslovenija.gzs.si/vsebina/O-nas/MedTech-Europe>
- Zdravniška zbornica Slovenije. (18. 5. 2021). *Rešitev javnega naročanja v zdravstvu – Je rešitev sprejemljiva za državno zdravstvo?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=jCA7ibBFr50>
- Zhu, Y., Wei, R., Lo, V.-H., Zhang, M. in Li, Z. (2021). Collectivism and altruistic behavior: A Third-Person effect study of COVID-19 news among Wuhan residents. *Global Media and China*, 6(4), 476–491.
- Zwitter, M. (2016). Ob prenovi kodeksa zdravniške etike. *ISIS*, (november 2016), 3–5. https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2016/internet-isis-11-16.pdf?sfvrsn=30e22a36_0
- Žgajnar, B. F. (22. 1. 2012). Sporno nastopanje naših zdravnikov v oglasih. *Delo*. <https://old.delo.si/novice/slovenija/sporno-nastopanje-nasih-zdravnikov-v-oglasih.html>

PRILOGE

Priloga A*Seznam pojavnih oblik korupcijskih tveganj in korupcije v poenostavljenem zapisu*

1. Korupcija in korupcijska tveganja pri gradnji objektov za zdravstvo (bolnišnic, zdravstvenih domov ipd.).
2. Korupcija in korupcijska tveganja pri podeljevanju koncesij.
3. Oblikovanje sistema, ki omogoča neustrezno sočasno delovanje v javnem in zasebnem sektorju.
4. Korupcija in korupcijska tveganja pri vodenju zdravstvenih ustanov vključno z opustitvami dolžnostnega ravnanja.
5. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije ali korist, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.
6. Neustrezni sistemi javnih naročil opreme in zdravil na mikro in makro ravni.
7. Oblikovanje sistema, ki omogoča monopolizacijo trga na področju zdravstvenega zavarovanja oziroma zagotavljanje zdravstvenih storitev.
8. Pojav rotirajočih se vrat.
9. Ujetost države.
10. Korupcija in korupcijska tveganja, ki povzročajo neustrezno ali celostno odsotnost nadzora in posledično onemogočajo kaznovanje neustreznega vedenja zaposlenih v zdravstvenem sektorju.
11. Korupcija in korupcijska tveganja, ki omogočajo zaščito akterjev, ki so izkazali neustrezno vedenje.
12. Korupcija in korupcijska tveganja, ki povzročajo neustrezen sistem izvajanja zdravstvenih storitev (npr. neetična selekcija pacientov ali prejemnikov organov za transplantacija, različne tarife za obravnavo).
13. Korupcija in korupcijska tveganja, ki povzročajo odsotnost ustreznega nadzora nad zaposlenimi (npr. sistem, ki omogoča goljufanje pri beleženju prisotnosti na delovnem mestu, ali sistem, ki ne omogoča sledljivosti porabe zdravil, ki jih lahko zdravnik predpiše pacientu ali sebi).
14. Korupcija in korupcijska tveganja, ki omogočajo uporabo sredstev in prostorov javnega zdravstvenega servisa za zasebno uporabo, brez plačila stroškov uporabe.
15. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije na področju kritja storitev iz zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov, ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene, oziroma »napihovanje« stroškov).

16. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije ali korist, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.
17. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije na področju kritja storitev iz zavarovalniških premij (npr. prikazovanje lažnih stroškov, ali zaračunavanje za storitve, ki niso bile opravljene, oziroma »napihovanje« stroškov).
18. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije ali korist, izhajajočih iz storitev, za katere subjekt nima dovoljenja.
19. Korupcija in korupcijska tveganja, ki omogočajo monopolizacijo ali favoriziranje ponudnikov, ki dobijo kritje iz sredstev, namenjenih za plačevanje zdravstvenih storitev.
20. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – vsebinski segment (neustrezna izvedba eksperimentov oziroma lažno poročanje o rezultatih ali njihovo prirojitev).
21. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije in neustrezno vedenje v raziskovanju na področju medicine – administrativni segment (goljufije pri prikazovanju porabe sredstev).
22. Koruptivno vedenje, ki *vodi v, spodbuja*, ali *prikriva* goljufije na področju znanstvenih objav (plagatorstvo, plačevanje objav, odsotnost ali slab recenzijski postopki, t. i. ang. *Ghostwriting*).
23. Sprejetje na fakulteto mimo ustaljenih poti.
24. Pomoč pri goljufanju (npr. dajanje odgovorov za izpite) in neupravičeno napredovanje v višje letnike.
25. Neustrezno ali neetično delovanje v primeru vključevanja v plačano raziskovanje (izkoriščanje študentov, asistentov ipd.).
26. Korupcija in korupcijska tveganja v primerih plačevanja zdravnikom za izvajanje konzultacij (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
27. Korupcija in korupcijska tveganja v primerih financiranja dogodkov (konferenc, simpozijev ipd.) (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
28. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz financiranja obiskov konferenc, simpozijev, strokovnih srečanj, usposabljanj oziroma ostalih oblik usposabljanj (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).

29. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz plačevanja za predstavitve/predavanja in pisanje prispevkov ter strokovnih mnenj (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
30. Korupcija in korupcijska tveganja v primerih financiranja izobraževanja zdravnikov in drugih zaposlenih v zdravstvu ali študentov (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
31. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz financiranja raziskovanja (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
32. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz podarjanja promocijskih artiklov (tudi pod pretvezo testiranja, še posebej, če predmet podarja proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
33. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz podarjanja testnih artiklov (tudi pod pretvezo testiranja še posebej, če predmet podarja proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
34. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz podarjanja različnih daril (npr. knjige, beležke, pisala, stetoskop, potovanj ipd. od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov in ko ne gre za darila, znatnih vrednosti).
35. Korupcijska tveganja, izhajajoča iz donacij (finančnih ali v obliki medicinske opreme) (od proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov).
36. Korupcija in korupcijska tveganja pri financiranju delovanja raziskovalnega inštituta.
37. Financiranje – kupovanje oglasnega prostora v znanstvenih ali strokovnih revijah (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
38. Podeljevanje ostalih oblik koristi znanstveni srenji (in je financer proizvajalec/distributer zdravil in medicinskih pripomočkov).
39. Preskakovanje čakalnih vrst.
40. Korupcija in korupcijska tveganja pri iskanju ali zagotavljanju boljše obravnave pacienta.
41. Korupcija in korupcijska tveganja pri iskanju prednosti pri dostopu do specifičnih zdravil.
42. Preusmerjanje pacientov v zasebne prakse.
43. Pridobivanje zdravniških potrdil.

Priloga B

Seznam načelnih mnenj in ugotovitev o konkretnih primerih na temo zdravstva, ki jih je izdala Komisija za preprečevanje korupcije

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
1	11	30. 12. 2004	Člani komisij za izvedbo javnih naročil se morajo v času, ko poteka postopek nabav po določbah zakona o javnih naročilih, izogniti individualnemu komuniciranju s potencialnimi dobavitelji brez ustreznega predhodnega sklepa teh komisij, ker s tem ustvarjajo videz pristranskosti pri izboru najboljšega ponudnika.
2	15	5. 4. 2005	Ravnanje zdravnikov v javnih zdravstvenih zavodih, ko opravljajo poleg svojih službenih obveznosti v službenih prostorih s službenimi sredstvi in v službenem času še raziskave tako: - da jih opravljajo za potrebe proizvajalca ali trgovca medicinske opreme oz. zdravi in - sprejmejo na tej osnovi za svoje delo osebno plačilo, nagrado ali kakršnokoli drugo neposredno ali posredno ugodnost, ustreza definiciji korupcije v smislu 3. alinee 2. člena Zakona o preprečevanju korupcije.
3	32	28. 10. 2005	Vsako nepravilno ali namerno zavajajoče prikazovanje preteklega poslovanja in poslovnih dogodkov z namenom prikazati boljše stanje od dejanskega, kar istočasno pomeni razlog za povečanje delovne uspešnosti direktorja in/ali razlog za odobritev stimulacij k plačam vsem ali le nekaterim zaposlenim, izpolnjuje znake korupcije po 3. alineji prvega odstavka 2. člena ZPKor.
4	5	19. 1. 2006	Ravnanje mestne občine Slovenj Gradec, ki je podelila koncesijo Manji Cigler, dr. dent. med., za opravljanje javne službe na področju zobozdravstvenega varstva, ne ustreza definiciji korupcije iz 3. alinee 2. člena ZPKor.
5	44	4. 7. 2006	Ravnanje odgovornih delavcev v zdravstvenih ustanovah, ko sprejemajo v začasno ali trajno uporabo podarjeno ali kako drugače dano medicinsko opremo, pri tem pa ne izdelajo ustreznih strokovnih in ekonomskih analiz in ne izračunajo stroškov njene uporabe, ustreza definiciji koruptivnega ravnanja iz tretje alineje drugega člena Zakona o preprečevanju korupcije.
6	46	25. 8. 2006	Zavestni izbor najugodnejšega ponudnika v postopku javnega naročanja na temelju drugačnih kriterijev, kot so navedeni v razpisni dokumentaciji, ustreza definiciji korupcije iz tretje alineje 2. člena ZPKor.
7	59	9. 1. 2007	Ravnanje uradnih oseb ministrstva za zdravje, ki je dne 11.12.2006 izdalo sklep številka 658-40/2006-4, je v nasprotju z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 72/06-uradno prečiščeno besedilo) in Zakonom o državni upravi (Uradni list RS, št. 113/05- uradno prečiščeno besedilo) in ustreza definiciji korupcije po 3. alineji 2. člena Zakona o preprečevanju korupcije.
8	60	9. 1. 2007	Ravnanje uradnih oseb Vlade Republike Slovenije, ki so odločile, da lahko Avto-moto zveza Slovenije poleg Slovenske vojske in Policije edina opravlja helikopterske prevoze za potrebe nujne medicinske pomoči in prevoze do zdravstvene službe oziroma med bolnicami, ustreza definiciji korupcije iz 3. alinee 2. člena ZPKor.

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
9	7	23. 1. 2007	Pogodba o opravljanju storitev na področju varnosti pri delu, sklenjena med Splošno bolnišnico Slovenj Gradec in BVD- Ravne d.o.o., z dne 14. marec 1997, ni v nasprotju z drugim odstavkom 28. člena ZPKor.
10	66	1. 2. 2007	Ravnanje uradnih oziroma odgovornih oseb v javnem sektorju, ki v nasprotju z dolžnim ravnanjem prejmejo od dejanskih ali bodočih poslovnih partnerjev plačilo nagrad, donacij, stroškov in podobne ugodnosti, kot tudi ravnanje odgovornih oseb v poslovnih subjektih, ki s ponujanjem tovrstnih ugodnosti spodbudijo navedene kršitve dolžnega ravnanja, ustreza definiciji korupcije iz 3. alineje 2. člena ZPKor.
11	63	1. 2. 2007	Omogočanje zdravstvenih storitev mimo pravil o čakalnih vrstah pacientov (»preskakovanje«) v sistemu javnega zdravstva iz razlogov, ki niso medicinsko indicirani kot nujni, ustreza definiciji korupcije iz 3. alineje 2. člena ZPKor.
12	69	21. 2. 2007	Če direktor javnega zavoda, ki po 2. odstavku 3. člena ZPKor ni izenačen s funkcionarjem, dovoli, da javni zavod preko javnih naročil posluje s poslovnim subjektom, katerega zastopnik je sam ali pa njegov družinski član, pride do konflikta interesov v smislu 13. člena Kodeksa ravnanja javnih uslužbencev (Uradni list RS, št. 8/01).
13	80	13. 4. 2007	Ravnanje uradnih oseb Agencije za zavarovalni nadzor pri pregledu poslovanja Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d.v.z., ne ustreza definiciji korupcije po 3. alineji 2. člena ZPKor.
14	81	13. 04. 2007	Poklicni občinski funkcionar je v smislu 2. odstavka 20. člena ZPKor kot predstavnik ustanovitelja lahko član sveta javnega zavoda ali javne agencije oziroma član nadzornega organa javnega podjetja ali javne agencije, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija.
15	86	22. 5. 2007	Ravnanje uradnih oseb javne agencije pri izdajanju odločb za klinično preskušanje zdravil, ko v nasprotju z določbami pravilnika o kliničnem preskušanju zdravil pri prosilcih ne preverjajo izpolnjevanja predpisanega pogoja glede dokazila o zavarovanju odškodninske odgovornosti za primer morebitne škode za preizkušanca, nastale kot posledica kliničnega preskušanja, ustreza definiciji korupcije, določeni v 3. alineji 2. člena ZPKor.
16	98	13. 9. 2007	V primeru, ko javni uslužbenec predseduje Komisiji za razvrščanje zdravil pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije in je hkrati predsednik Slovenskega zdravniškega društva, ki se financira z donacijami farmacevtskih družb, je prisoten konflikt interesov v smislu 13. člena Kodeksa ravnanja javnih uslužbencev (Uradni list RS, št. 8/01).
17	95	13. 9. 2007	Ravnanja odgovornih oseb v območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki so z zasebnimi pravnimi osebami sklenile pogodbe o dobavi medicinsko tehničnih pripomočkov v nasprotju z določili Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, sklepom Vlade Republike Slovenije in sklepi direkcijskega kolegija Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ustreza definiciji korupcije, določeni v 3. alineji 2. člena ZPKor.

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
18	99	20. 9. 2007	Ravnanja uradnih oseb ministrstva, ki v postopku za oddajo javnega naročila kršijo temeljna načela in zakonske določbe na področju javnega naročanja, pri realizaciji sklenjenih pogodb pa temeljna načela Obligacijskega zakonika, ustrezajo definiciji korupcije po 3. alineji 2. člena Zakona o preprečevanju korupcije, saj s tem določenim ponudnikom na javnih razpisih ministrstva zagotavljajo pridobitev posla in s tem povezano premoženjsko korist. Definiciji korupcije ustrezajo tudi ravnanja odgovornih in uradnih oseb javnih zavodov in pobudnikov prej opisanih ravnanj, ki sodelujejo pri kršitvah oziroma teh kršitev ne odpravijo, čeprav zanje vedo.
19	108	21. 11. 2007	Ravnanje javnega uslužbenca, ki poleg svoje zaposlitve opravlja dejavnost direktorja zasebnega poslovnega subjekta, s katerim poslovno sodelujejo organi državne uprave s področja dejavnosti organa, v katerem je zaposlen javni uslužbenec, predstavlja konflikt interesov v smislu 100. člena Zakona o javnih uslužbencih (Uradni list RS, št. 56/02 in nasl., v nadaljevanju ZJU) in določb Kodeksa ravnanja javnih uslužbencev (Uradni list RS, št. 8/01).
20	132	14. 5. 2008	Plačevanje različnih oblik izobraževanj za vnaprej določene zdravnike v javnih zavodih in na račune, ki niso računi njihovih delodajalcev, s strani proizvajalcev zdravil in/ali medicinske opreme oz. njihovih prodajalcev ustreza definiciji korupcije v smislu 3. alineje 2. člena ZPKor.
21	138	7. 7. 2008	Ravnanje zdravstvenega osebja, ki upravičencu do medicinsko tehničnega pripomočka ob odhodu iz ordinacije ne izročijo naročilnice, ki omogoča upravičencu svobodno izbiro med ponudniki medicinsko tehničnih pripomočkov skladno s pravili Zavoda za zdravstveno zavarovanje, temveč njegovo naročilnico izročijo ponudniku medicinsko tehničnih pripomočkov, ustreza definiciji korupcije v smislu 3. alineje 2. člena ZPKor.
22	166	8. 5. 2009	Ravnanje odgovornih oseb v javnem zavodu, ki po avtorski pogodbi oddajo storitev v izvajanje zakonskemu partnerju svoje uslužbenke, ki potem to storitev izvede in se njeni rezultati uporabijo v nadaljnjem postopku za izvedbo javnega naročila, kjer je kot najugodnejši ponudnik izbrana gospodarska družba, katere direktor in edini zaposleni je oseba, ki je pred tem izvajala dela po avtorski pogodbi, lastnica te gospodarske družbe pa njegova zakonska partnerka, zaposlena v zavodu, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor.
23	178	11. 9. 2009	Ravnanje odgovorne osebe – predstojnice kliničnega oddelka v eni od slovenskih bolnišnic, ki v prostorih oddelka društvu, katerega ustanovitelj sta njen sin in izvenzakonski partner, omogoča brezplačno izvajanje praktičnega dela izobraževanja s področja dela tega oddelka, zaradi česar društvu nastane neupravičena korist, ustreza definiciji korupcije po 3. alineji 2. člena ZPKor.
24	185	12. 11. 2009	Okoliščine, v katerih občina nastopa kot ustanoviteljica javnega zavoda s področja lekarniške dejavnosti ter tudi v vlogi podeljevalca koncesije za opravljanje lekarniške dejavnosti, ne predstavljajo kršitve dolžnega ravnanja skladno z ZPKor in tudi ne konflikta interesov.
25	188	14. 12. 2009	Ravnanje odgovornih oseb naročnika po predpisih o javnem naročanju, ki v postopku javnega naročanja opustijo dolžno ravnanje pri preverjanju predpisanih pogojev in izberejo ponudnika, ki pogojev za opravljanje prometa z medicinskimi pripomočki ne izpolnjuje, kot tudi ravnanje uradnih oseb nadzornega organa, ki nadzora, s katerim bi preprečili nezakonito izbiro ponudnika, ne opravijo pravočasno, predstavlja kršitev dolžnega ravnanja v korist izbranega ponudnika in ustreza definiciji korupcije v smislu 3. alineje 2. člena ZPKor.

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
26	189	14. 12. 2009	Ravnanje odgovornih oseb v bolnišnici, ki omogočajo opravljanje terciarne dejavnosti v bolniških oddelkih, ki ne izpolnjujejo kriterijev za naziv »klinični oddelek« in tako ne izpolnjujejo pogojev za opravljanje terciarne dejavnosti, zaradi česar klinika pridobi neupravičeno korist, ustreza definiciji korupcije po 3. alineji 2. člena ZPKor.
27	197	26. 2. 2010	Ravnanje odgovorne osebe javnega zavoda, ki dopusti, da javni zavod na trgu prodaja zdravila brez dovoljenja za promet z namenom pridobitve neupravičene premoženjske koristi, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor.
28	213	28. 5. 2010	Ravnanje naročnika po določbah Zakona o javnem naročanju (ZJN-2), ki objavi javno naročilo tako, da za neko vnaprej določeno obdobje povprašuje po medicinski opreми, ki bi jo prejel v brezplačno uporabo, in po potrošnem materialu, ki ga proizvajalec izključno proizvajalec v brezplačno uporabo predane medicinske opreme, plačilo potrošnega materiala pa se izvaja glede na dejanski obseg uporabe te medicinske opreme ter je kriterij izbire najugodnejšega ponudnika izključno najnižja cena oz. strošek naročnika, ne ustreza definiciji korupcije v smislu 3. alineje 2. člena ZPKor.
29	219	19. 7. 2010	I. Ravnanje uradne osebe občine, ki v nasprotju z merili, določenimi s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije, izvede javni razpis za opravljanje lekarniške dejavnosti in pridobitev koncesije in s tem omogoči pridobitev koristi interesentu za pridobitev koncesije, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor. II. Ravnanje uradne osebe ministrstva, ki v nasprotju z merili, določenimi s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije, izda sklep o soglasju k podelitvi koncesije za opravljanje lekarniške dejavnosti in s tem omogoči pridobitev koristi interesentu za pridobitev koncesije, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor. III. Ravnanje uradne osebe ministrstva, ki v postopku verifikacije lekarne uporabi napačno materialno pravo in s tem omogoči pridobitev koristi osebi, ki je podala vlogo za verifikacijo lekarne, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor. IV. Ravnanje uradne osebe ministrstva, ki med postopkom izdaje odločbe po uradni dolžnosti ne poskrbi za to, da so v postopku udeleženi vsi, na katerih pravice ali pravne koristi bi lahko vplivala odločba in s tem omogoči pridobitev koristi eni od strank v postopku, ustreza definiciji korupcije po tretji alineji 2. člena ZPKor.
30	6210-877/2013-162 z dne 13.12.2016**	13. 12. 2016	Stanje, ko se izvajalci zdravstvene dejavnosti pri svojem delu seznanijo z »zapleti z medicinskimi pripomočki« (vigilanca), in o tem ne obvestijo Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke, pri čemer je potrebno izvesti ustrezne zdravstvene storitve z namenom varovanja človeških življenj, ter imajo neposredne povezave s proizvajalci in/ali trgovci teh medicinskih pripomočkov, katerim izražajo interes za pridobitev donacijskih in/ali sponzorskih sredstev za namen izobraževanj in usposabljanj zdravstvenih delavcev, ustvarja korupcijska tveganja;

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
31	06216-11/2020/40	16. 12. 2021	<p>Ravnanje Zdravka Počivalška, ministra za gospodarski razvoj in tehnologijo, ko je dne 18. 3. 2020 v telefonskem pogovoru s tedanjim direktorjem Zavoda Republike Slovenije za blagovne rezerve (v nadaljevanju: ZRSBR) Antonom Zakrajškom izjavil:</p> <p>Zdravko Počivalšek: "V treh urah, v dveh urah, treh urah je rekel, bo imel, bodo naredili bančno garancijo za tega Bitenca, Bitenc pa bo moral to dobiti. Vi pa plačajte zdaj.</p> <p>Anton Zakrajšek: "Ok, zmenjeno."</p> <p>Zdravko Počivalšek: "Plačajte."</p> <p>Anton Zakrajšek: "Kar plačamo, pa še dva imamo. Kar vsem, ki želijo, v zvezi s temi ventilatorji, vsem damo 100% avanse?"</p> <p>Zdravko Počivalšek: "Ne, to pa nisem jaz rekel, vsem ki želijo. Jaz sem rekel za tole, za ostale se boste pa zmenili. Vprašajte jih, kje imajo kaj za bančne garancije."</p> <p>Anton Zakrajšek: "Ja, vsaj nekaj."</p> <p>Zdravko Počivalšek: "Za tole boste dobili bančno garancijo, oziroma mi, kdorkoli že."</p> <p>Anton Zakrajšek: "Ja, ne, mi. Ok, zmenjeno."</p> <p>in s tem odločilno vplival na tedanjega direktorja ZRSBR, daje pri izvršitvi pogodbe št. 2020-130, sklenjeni med ZRSBR ter družbo genEplanet diagnostika d.o.o., naročil izplačilo 100 % avansa ob zgolj 50 % garanciji, kljub temu, da 100 % avansa tedanji direktor brez izrecnega naročila ministra za gospodarski razvoj in tehnologijo ne bi izplačal, pri čemer minister za gospodarski razvoj in tehnologijo ni imel pristojnosti, da bi direktorju ZRSBR dajal navodila glede plačil po sklenjenih pogodbah med ZRSBR kot naročnikom in ponudniki, s čimer je neutemeljeno posegel in vplival na delo ZRSBR, povzročil, da je bil točno določen ponudnik privilegirani, med tem ko ostalim ponudnikom ni bila omogočena takšna obravnava, in ravnal v nasprotju s pristojnostmi, določenimi v 5. členu Zakona o blagovnih rezervah (Uradni list RS, št. 60/95, 38/99, 50/04, 86/09, 83/12; v nadaljevanju: ZBR) in 16. členu Zakona o državni upravi (Uradni list RS, št. 113/05- uradno prečiščeno besedilo, 89/07- odi. US.126/07- ZUP-E, 48/09, 8/10- ZUP-G, 8/12- ZVRS-F, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14 in 51/16; v nadaljevanju: ZDU-1), kar je v nasprotju s pričakovanim delovanjem in odgovornostjo ministra in predstavlja kršitev integritete, kot jo opredeljuje 3. točka 4. člena ZIntPK.</p>
32	06211-22/2020/29	6. 11. 2020	<p>Evgenij Komljanec, poslovodna oseba (direktor) javnega zavoda Zdravstveni dom Izola, je dne 18. 3. 2019 kot posameznik, za zastopanje v postopku, ki ga je komisija uvedla zoper njega v zadevi št. 06215-2/2018, pooblastil odvetniško družbo Fincinger o.p., d.o.o. ki je v istem času opravljala storitve za javni zavod Zdravstveni dom Izola (na podlagi Pogodbe o pravnem svetovanju in zastopanju sklenjeno med ZD Izola in Odvetniško družbo Fincinger, o.p., d.o.o. za nedoločen čas z dne 4. 9. 2018 ter Pooblastila ZD Izola z dne 20. 5. 2019), kar predstavlja realno korupcijsko tveganje oziroma tveganje za nastanek nasprotja interesov, s čimer je ravnal nasprotju s pričakovanim delovanjem in odgovornostjo poslovodne osebe, kar predstavlja kršitev integritete, kot jo Opredeljuje 3. točka 4. člena ZIntPK</p>

Zap. št.	Številka mnenja	Datum seje	Izrek*
33	06216-15/2020/33	10. 02. 2022	<p>Ravnanje Antona Zakrajška, tedanjega direktorja ZRSBR, ko je dne 18. 3. 2020 sklenil pogodbo št. 2020-133 z družbo DOBNIK TRADE trgovina in storitve, d.o.o.; določbama, da se predplačilo avansa izvede nemudoma in da za dostavo plačanih mask dobavitelj jamči s celotno vrednostjo svojega podjetja DOBNIK TRADE trgovina in storitve, d.o.o., in da se garancija za izvedbo posla lahko potrdi z notarskim dopisom ali z druge oblike, kije dogovorjena med naročnikom in dobaviteljem (tretji odstavek 5. člena pogodbe št. 2020-133), nato pa po prejemu izjave z notarsko overjenim podpisom, ki jo je družba DOBNIK TRADE trgovina in storitve, d.o.o., predložila ZRSBR, ki ni vsebovala ne ocene vrednosti zaloga ne vrednosti nepremičnin in podjetja, kljub opozorilu Viljema Jamnika, uslužbenca ZRSBR, da to ni ustrezno zavarovanje, dne 20. 3. 2020 odredil izplačilo celotnega zneska avansa, pri čemer tovrstna oblika zavarovanja ni bila skladna z določbami Stvamopravnega zakonika (Uradni list RS, št. 87102, 91113 in 23120; v nadaljevanju: SPZ) in ob dejstvu, da ZRSBR nikoli prej ni sprejel takšne oblike zavarovanja, s čimer je privilegiral točno določenega ponudnika ter stem omogočal neenakopravno obravnavo ponudnikov in ravnal v nasprotju z drugim odstavkom 6. člena Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 97107 – uradno prečiščeno besedilo, 64116 - odl. US in 20118 — 0R02631; v nadaljevanju: OZ), 14. členom Statuta ZRSBR 4.1-03 : dne 17. 12. 2009 in 10. članom Pravilnika o notranji organizaciji in sistemizaciji delovnih mest v ZRSBR št. SA-10: dne 26. 5. 2016 s spremembami, je v nasprotju s pričakovanim delovanjem in odgovornostjo direktorja ZRSBR ter predstavlja kršitev integritete, kot jo opredeljuje 3. točka 4. člena ZIntPK.</p>
<p>* Izreke navajamo v dobesednem prepisu in kakor so zapisani v prejetih načelnih mnenj ali najdenimi na spletu. Z namenom ohranjanja avtentičnosti jih nismo jezikovno ali oblikovno urejali in zato različna navedba zakonodaje – tako v razmerju do ostalega besedila kot med načelnimi mnenji (npr. izpis Zakona o preprečevanju korupcije v celoti oziroma v okrajšavi – ZPKor.).</p> <p>** Načelno mnenje ni imelo specifične številke, zato tu navajamo številko dokumenta.</p>			

Priloga C*Vprašalnik, uporabljen za izvedbo intervjujev*

Spoštovani,

ime mi je [] in na projektu FENIKS raziskujem področje dodatnega dela zdravnikov in morebitne korupcije v zdravstvu. Ker poznate zdravstveni sistem RS oziroma delovanje distributerjev/proizvajalcev zdravil in medicinskih proizvodov, bi radi z vami izvedli poglobljen intervju na to temo.

Intervju je sestavljen iz šestih sklopov, ki jih sestavlja različno število vprašanj. Če na kakšno vprašanje ne želite odgovoriti, bomo to upoštevali. Intervju se snema, na podlagi posnetka pa bo narejen transkript. Rezultate bomo predstavili le v sumarizirani obliki, razvidno bo le ime institucije in število intervjuvancev, ki so sodelovali v intervjuju. Vse omembe na druge osebe pa bomo anonimizirali. Dostop do zvočnega posnetka bo dostopen le raziskovalcem na projektu in bo hranjen na zaščitenem pogonu.

Splošni podatki:

Organizacija: _____ Datum, ura, kraj: _____

Število oseb: _____

Intervju se bo dotaknil zelo specifičnega področja zdravstva in iskali smo strokovnjake, ki imajo vpogled v to temo. Za začetek bi vas samo vprašali glede starosti _____, izobrazbe _____, delovnih let _____ in delovnega mesta _____.

I. SKLOP: SPLOŠNA STALIŠČA GLEDE STANJA V ZDRAVSTVU

1. Kakšno je po vašem mnenju stanje v zdravstvu?
2. Ali menite, da je situacija v zdravstvu v Sloveniji primerljiva s situacijo v EU?
3. Kako močni so po vašem mnenju lobiji proizvajalcev zdravil in medicinskih proizvodov?

II. SKLOP: SPLOŠNA STALIŠČA GLEDE KORUPTIVNIH TVEGANJ

1. Kakšne oblike korupcije v zdravstvu se pojavljajo (javna naročila, konflikti interesov, prepoved opravljanja dela, drugo ...)?
2. Ali obstajajo nadzorni mehanizmi (notranji/zunanji), ki bi preprečili koruptivna tveganja? Če da, kateri?
3. Ali menite, da v Sloveniji veliko zdravnikov poleg svojega rednega dela opravlja še kakšno drugo delo? Kakšno delo? Kje ga opravlja?
4. Kaj menite o subvencijah proizvajalcev/distributerjev zdravil in medicinskih pripomočkov za udeležbo zdravnikov na predavanja, seminarje, konference in vabilih za sodelovanje pri različnih projektih.
5. Ali bi lahko našli nekaj primerov takšnih oblik v Sloveniji?

III. SKLOP: SPLOŠNA STALIŠČA GLEDE IZVAJANJA STROKOVNIH STORITEV ZA PROIZVAJALCE/DISTRIBUTERJE ZDRAVIL IN MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV, DODATNIH PLAČIL IN UGODNOSTI ZDRAVNIKOM TER NJIHOVE DRUGE DEJAVNOSTI

1. Kakšne so prednosti takšnega dela? Ali ima tako delo kakšne neugodnosti? Ali se tovrstne prakse v zadnjih letih uporabljajo bolj kot v času preteklih let? Na kakšen način?
2. Kje menite, da je tovrstnih praks največ? Kakšne oblike?
3. Kakšna je po vaši oceni raven strokovnosti simpozijev, okroglih miz, svetovalnih odborov, ki jih organizirajo proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov?
4. Ali menite, da tovrstne prakse škodijo ugledu zdravniškega ceha?
5. Bi lahko opisali postopek, kako je to urejeno – kako se določijo osebe, ki sodelujejo, določi plačilo/urno postavko in pridobijo ustrezna dovoljenja?
6. Se pri tem sledi kakšnemu kodeksu npr. kodeksu Medtech-a?
7. Kako se postopek dokumentira?
8. Imate osebne izkušnje s tem področjem? Če da, nadaljujemo na IV. sklop.

IV. SKLOP: OSEBNA IZPOSTAVLJENOST IN IZKUŠNJE Z IZVAJANJEM STROKOVNIH STORITEV ZA PROIZVAJALCE/DISTRIBUTERJE ZDRAVIL IN MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV DODATNIMI PLAČILI IN UGODNOSTMI ZDRAVNIKOV TER NJIHOVE DRUGE DEJAVNOSTI

1. Kako pogosto ste s strani proizvajalcev/distributerjev vabljeni, da bi nudili strokovne storitve (npr. priprava strokovnih člankov, udeležba na posvetih (ang. *advisory boards*), specializantskih programih o zdravljenju ipd.)? (Dnevno, večkrat tedensko, nekajkrat mesečno).
2. Prosimo, če za spodaj našete storitve zdravstvenih delavcev ocenite, kako pogosto se izvajajo v Sloveniji:

	1 – Zelo redko	2 – Redko	3 – Niti niti	4 – Pogosto	5 – Zelo pogosto	x – Ne morem oceniti
Govornik/predavatelj na simpozijih, okroglih mizah						
Usposabljanje predstavnikov proizvajalca/distributerja ali zunanjih udeležencev						
Sodelovanja v svetovalnih ali znanstvenih odborih, ki jih organizirajo proizvajalci/distributerji						
Sodelovanje pri izvedbi kliničnih preiskav						
Ad hoc svetovanja						
Sodelovanje v tržnih raziskavah						

3. Koliko proizvajalcev/distributerjev je izrazilo željo/interes za sodelovanje z vami v obliki izvajanja strokovnih storitev v zadnjih 3 mesecih pred nastopom covid-19 krize?
4. Kakšna je raven poenotenosti med proizvajalci/distributerji glede višine ponujenega nadomestila za storitve?
5. Ali obstaja kakšno primerjalno sodilo, kaj je ustrezno plačilo?
6. Koliko je znašala vaša povprečna urna postavka za storitve, opravljene za proizvajalce / distributerje? Ali se razlikuje glede na vrsto storitve (navedene v vprašanju 2 zgoraj)?

7. Ali ste se kdaj soočili s situacijo, da bi vam proizvajalec/distributer ponudil nadomestilo za storitev, ki bi presejala vaša pričakovanja?
8. Ali ste se kdaj udeležili simpozija, okrogle mize ali kakšnega drugega dogodka, ki ga je organiziral proizvajalec/distributer in kjer bi namesto strokovnih prispevkov prevladovale trženjske vsebine?
9. Ali se na vas obrnejo ljudje, ki bi vam ponudili dodatno delo, ali ste sami (ali preko zvez) poiskali takšne priložnosti?
10. Ali vam vnaprej povejo, kakšni bodo pogoji in nagrada za delo?
11. Na kaj se zahteve delodajalcev po navadi nanašajo? In kakšna so vaša pričakovanja?
12. Ali vam nudijo dovolj informacij pred začetkom dela in ali zahtevajo preizkus vaše usposobljenosti?
13. Kakšen občutek imate, kdo komu dela uslugo?
14. Ali imate občutek, da vas izkoriščajo?
15. Ali morate poleg določenega dela opraviti še dodatna dela?
16. Ali lahko izpolnite vsa naročena dela?
17. Ali se za plačilo zmenite pred začetkom dela?
18. Ali ste kdaj zavrnilli kakšno sodelovanje zaradi prenizkega nadomestila?
19. Kako ste plačani (denar, dobrine, ostalo)?
20. Ali menite, da vas plačajo dovolj?
21. Kdaj dobite plačilo (pred opravljenim delom, takoj po delu, kasneje)?
22. Ali ste za dobro delo nagrajeni?
23. Ali je pri delu poskrbljeno za varnost?
24. Ali je pri delu poskrbljeno za minimalne zdravstvene standarde?
25. Ali se bojite, da se takšno delo odkrije?

V. SKLOP: KAJ JE TREBA UKRENITI?

1. V naši razpravi smo se dotaknili predmeta koruptivnih tveganj za zdravnike. Ali menite, da je ta pojav treba nadzorovati in regulirati? Ali menite, da ga je mogoče nadzorovati in regulirati?
2. Kaj je treba, po vašem mnenju, narediti, da bi omejili koruptivna tveganja pri zdravnikih?
 - 2.1. ali menite, da bodo takšni koraki imeli kakšen vpliv? Zakaj (ne)?
 - 2.2. ali menite, da obstaja dovolj močna politična volja za odpravljanje tega pojava?

- 2.3. ali menite, da obstaja dovolj močna gospodarska volja za odpravljanje tega pojava?
3. Kaj bi morala EU narediti, da bi bil njen trud v Sloveniji bolj učinkovit?
4. Kaj bi morala narediti slovenska vlada, da bi preprečila pojav?
5. Kaj bi morale storiti zdravstvene institucije in katere ?
 - 5.1. Katera institucija lahko naredi največ?

VI. SKLOP – SKLEPNA DOPOLNITEV

1. Ali je kar koli, kar bi še želeli dodati oziroma kar ni bilo zajeto v zgornjih vprašanjih?
(Pripombe, komentarji, dodatne razlage ...)

RECENZIJI

S. Podnar: Recenzija knjige: »Korupcija in (slovensko) zdravstvo«

E. Breclj: Korupcija in (slovensko) zdravstvo: Recenzija

Recenzija knjige »Korupcija in (slovensko) zdravstvo«

PROF. DR. SIMON PODNAR, DR. MED.

Specialist nevrolog in klinični nevrofiziolog, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Ko sem v prvi polovici 90-ih let prejšnjega stoletja začel s prakticiranjem klinične medicine, so pacienti zdravnikom zelo pogosto nosili predvsem steklenice alkoholnih pijač (če bi vse tisto spil, bi zagotovo postal alkoholik). Zelo pogosta so bila predavanja v organizaciji farmacevtskih podjetij, ki so med seboj kar tekmovala v razkošnosti pogostitev, ki so sledila predavanjem. Čakalni sezname pacientov za ambulantne preglede so bili zapisani ročno na papirju, tako da vanje ni bilo težko dopisati še kakšnega imena. Res pa so bile čakalne dobe precej krajše, kot so danes! Do danes se je vse to močno spremenilo. Pacienti le zelo poredko prinesejo zavitek kave ali manjšo čokolado. Farmacevtska podjetja so podpisala kodeks, ki omejuje pogostitve in ostale stike z zdravniki. Čakalni sezname so postali elektronski z zagotovljeno sledljivostjo vpisov vanje.

Po drugi strani pa se zdi, da se procesi nabave medicinskega materiala v slovenskih bolnišnicah niso kaj dosti spremenili, saj se nabavljeni medicinski materiali v večini primerov še naprej obilno preplačujejo. To je vsekakor tragedija, saj so tako naša

skupna sredstva, ki smo jih zbrali z namenom pravočasnega in kakovostnega zdravljenja pacientov, na koncu uporabljena za vse kaj drugega.

Pomemben korak v smer bolj smotne rabe sredstev, zbranih za slovenske paciente, predstavlja tudi pričujoča monografija. Ta po mojem vedenju kot prva celovito predstavlja pojavne oblike korupcije v slovenskem zdravstvu. V ta namen so avtorji pregledali obsežen nabor najrazličnejših virov, tako domačih kot tujih. Predstavili so številne dokumente in podatke, pomembne za obravnavo tega kompleksnega področja. Avtorji so vse vire natančno povzeli, jih analizirali in ovrednotili. Zelo povedni so tudi njihovi komentarji. Na številnih mestih predlagajo možne rešitve in potrebne ukrepe. Brez dlake na jeziku tudi kritizirajo deležnike, ki niso opravili svojega dela in tako pustili korupciji odprta vrata.

V celoti se strinjam s stališči avtorjev, da je treba urediti stike zdravnikov s predstavniki farmacevtskih podjetij ter kar najbolj zmanjšati odvisnost zdravnikov od njih. Pred časom sem zasledil oceno, da se farmacevtskim podjetjem vsak evro, vložen v promocijo svojih produktov, povrne petkratno z zvečano prodajo. To s strani nas in naših pacientov pomeni, da smo kot skupnost izgubili štiri evre! Še bolj kritično je področje javnih naročil, kjer so tok denarja in njegovi skriti rokavi za odločevalce očitno tako pomembni, da delajo vse, da se ne bi nič spremenilo. Posledica so neskončni zakonodajni »driblingi«, v katerih številni igrajo s figo v žepu. Gre za umetnost združevanja deklarirane ničelne tolerance za korupcijo z njeno optimizacijo. Tragedija korupcije pri investicijah in nabavah je, da se vedno najdejo ljudje, ki so za provizijo pripravljeni oškodovati skupnost tudi za stokrat večji znesek.

Glede čakalnih vrst bi s stališča zdravnika v prvi vrsti dal več poudarka na izboljšanju kakovosti napotitev, kar seveda ni korupcija v ožjem pomenu. S posledičnim daljšanjem čakalnih vrst pa nepotrebne napotitve ustvarjajo tveganje zanjo. Pri nadzorih čakalnih vrst se danes žal gleda izključno na njihovo administrativno plat, prav nič pa na vsebinsko. Ogromen del napotitev je namreč nepotreben, o čemer sem večkrat tudi že sam pisal (Podnar, 2019, 2003, 2022a, 2022b), za zdaj žal brez posebnega uspeha. Za to smo v največji meri odgovorni zdravniki sami, vendar je od nas nemogoče pričakovati, da se bomo »samoorganizirali« in na ta način uvedli ustrezne izboljšave. To lahko izvede le zavarovalnica ali Ministrstvo za zdravje z ustreznimi sistemskimi ukrepi.

Z avtorji se nekoliko izraziteje razhajam le v oceni tveganj dela zdravnikov, zaposlenih v državnem sektorju pri drugem delodajalcu. Avtorji sledijo splošnemu prepričanju, da ti zdravniki v pomembni meri preusmerjajo paciente iz bolnišnic k zasebnikom. Glede na to, da se naše zdravstvo duši v dolgih čakalnih vrstah, se to po mojem mnenju dogaja le res izjemoma. Ne vidim namreč logike in smisla, zakaj bi zdravnik paciente iz bolnišnice, kjer je čakalna doba 6 mesecev, preusmerjal k zasebniku s koncesijo, kjer je čakalna doba prav tako 6 mesecev? Morda obstaja tveganje za preusmerjanje v samoplačniške ambulante. Tja pa pacienti ne bodo želeli, če to po njihovi presoji ni boljša možnost kot dolgo čakanje na storitev, ki jo krije zavarovalnica.

V vsakem primeru menim, da je pričujoča monografija dobro izhodišče za vse bralce, ki bi radi podrobneje spoznali vzroke, pojavne oblike in ukrepe za preprečevanje odtekanja denarja iz slovenskega zdravstva. Le z znanjem in ozaveščenostjo lahko pričakujemo, da bo napočil dan, ko bo tudi v Sloveniji denar, namenjen pacientom, na koncu tudi omogočil njihovo pravočasno in kakovostno oskrbo.

Literatura

- Podnar, S. (2003). Kritična analiza napotitev na elektrodiagnostično preiskavo perifernega živčevja. *Zdravniški vestnik*, 72(4), 205–212.
- Podnar, S. (2019). Vzroki za čakalne vrste na zdravstveno obravnavo in predlogi rešitev. *ISIS: Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 28(1), 20–22.
- Podnar, S. (2022a). Preiskave in zdravljenje izbirajmo preudarno. *ISIS: Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 31(6), 45–50.
- Podnar, S. (2022b). Preudarna obravnava pacientov z najpogostejšimi okvarami perifernega živčevja. *ISIS: Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 31(10), 44–47.

Korupcija in (slovensko) zdravstvo: recenzija

DR. ERIK BRECELJ, DR. MED.

Specialist abdominalne in splošne kirurgije, Onkološki inštitut Ljubljana

Vsi si želimo urejeno in dostopno zdravstvo. Za doseg tega potrebujemo dobro organiziran sistem, strokovnjake in finančna sredstva. V zdravstvu se obrača ogromno denarja. Zato je javno zdravstvo mamljivo za tiste, ki bi radi, tudi na nezakoniti način, prišli do velikih zaslužkov. Bolniki in njihove težave jih ne zanimajo. O korupciji govorimo, pišemo, vemo, da je tu med nami. Kaj pa naredimo, da bi je bilo manj? Tisti, ki žanjejo sadove plenjenja v zdravstvu nasprotno, trdijo, da je ni. Imamo institucije, najbolj izpostavljeni sta Komisija za preprečevanje korupcije in Računsko sodišče, ki so odkrile številne nepravilnosti na področju delovanja zdravstva. Kaj se je na podlagi tega zgodilo? Pričakovali bi, da bi politika njihove ugotovitve jemala resno in ukrepala. Žal se po razkritjih zgodi bore malo. Ljudje, ki nosijo odgovornost za številne nepravilnosti, ostajajo na svojih položajih. Primerov v zdravstvu, kjer bi odgovorni za nepravilnosti odgovarjali, skorajda ni. Kljub besedam o ničelni toleranci do korupcije smo v Sloveniji pravzaprav do korupcije zelo tolerantni. To je skrb vzbujajoče. Po drugi strani pa ljudje, ki opozarjajo na korupcijo, niso pri tem zaščiteni. Nasprotno. Tudi to je znak tolerance do korupcije. Kdo pa sploh v teh zgodbah pomisli na bolnike?!

Knjiga *Korupcija in (slovensko) zdravstvo* na zanimiv način analizira korupcijo v zdravstvu v Sloveniji. Avtorji pristopajo k temu problemu z analitičnega in znanstvenega gledišča, kar je zelo pomembno. Kljub temu je knjiga poljudna in razumljiva tudi bralcu, ki ni strokovnjak na tem področju. Podatke za analizo zajemajo iz vseh relevantnih virov v Sloveniji. Domači podatki se primerjajo z analizami iz tujine. Bolj zahtevnemu bralcu ponudijo s tem možnost pridobivanja več informacij iz tujih publikacij. V javnosti se pogosteje govori samo o nekaterih vidikih korupcije. V omenjeni knjigi so analizirana vsa področja, kjer obstaja korupcijsko tveganje. To nima samo informativnega, ampak tudi izobraževalni pomen za tiste, ki se korupcije zavedajo kot negativnega pojava v družbi. Neredko je meja med zakonitim in nezakonitim zelo tanka. Vedenje o tem je najboljša preventiva. Korupcija ni samo analizirana, v knjigi so predstavljeni tudi ukrepi za zmanjševanje tveganja koruptivnih dejanj. Te informacije bi morale biti zelo uporabne za tiste, ki bi morali zmanjšati breme korupcije v zdravstvu. Avtorji analizirajo tudi posledice korupcije v zdravstvu, ki se kažejo v slabo delujočem zdravstvenem sistemu. Prisotnost korupcije v zdravstvu ima negativen vpliv na dostopnost do zdravstvenih storitev, rezultati zdravljenja bolnikov so slabši, ne nazadnje se korupcija kaže tudi v večji umrljivosti bolnikov. V Sloveniji se tega premalo zavedamo.

Knjigo priporočam v branje vsem študentom na področju zdravstva, ne samo medicine, in vsem zaposlenim v zdravstvenem sistemu. Prebrati bi jo morali vsi odločevalci v zdravstvu. Prepričan pa sem, da jo bodo prebrali tisti, ki s korupcijo mastno služijo.

Zaključek knjige nakazuje, da se bodo avtorji še naprej ukvarjali s tem področjem, kar je zelo obetajoče. Na tak način bomo lahko spoznali vse obraze in posledice korupcije. Le na podlagi podatkov in analiz se da v sistemu sprejemati ukrepe, ki bodo vodili k izboljšavam. Če bodo politiki to želeli. Bi se pa moral vsak posameznik, ki prihaja v stik z zdravstvenim sistemom zavedati, da lahko tudi sam nosi soodgovornost za ohranjanje tega bolnega stanja v družbi. Naj zaključim enako kot avtorji knjige: »Toda nobena tehnologija ne more omejiti neustreznega vedenja, če tega ne želi omejiti družba sama in posamezniki, ki so del problematičnega sistema. Četudi sami mogoče ne sodelujejo, toda prevečkrat pogledajo stran in se vdajo v usodo in sprejmejo diagnozo, da bolezní korupcije ni mogoče zdraviti.« Posledice te pasivnosti nosim vsi.

KORUPCIJA IN (SLOVENSKO) ZDRAVSTVO

BOŠTJAN SLAK,¹ MAJA LOKNAR,¹ ALEŠ BEHRAM,²
BOJAN DOBOVŠEK¹

¹ Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede, Ljubljana, Slovenija
bostjan.slak@um.si, maja.loknar@um.si, bojan.dobovsek@um.si

² INDAGO, Fram, Slovenija
ales@indago.si

Povzetek Korupcijska tveganja in korupcija v zdravstvu ostajajo globalni problem, na katerega Slovenija ni imuna. Pregled literature, virov in izvedba pilotske študije, ki je vključevala polstrukturirane intervjuje z zdravniki, strokovnjakom s področja omejevanja korupcije in dobaviteljem/zastopnikom, proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, sta nakazala, da v Sloveniji prevladujejo štiri pojavnosti korupcije in korupcijskih tveganj v zdravstvu. Te so korupcija in korupcijska tveganja, izhajajoča iz sodelovanja s proizvajalci/distributerji zdravil in medicinskih pripomočkov, korupcija in korupcijska tveganja na področju javnih naročil, korupcija in korupcijska tveganja pri prepletu med javnimi in zasebnimi praksami ter korupcija in korupcijska tveganja v povezavi s čakalnimi vrstami. Močno je izražena tudi verjetnost, da je v slovenskem zdravstvenem sistemu prisotna sistemska korupcija. Za omejevanje korupcije in koruptivnih tveganj se kažejo kot najbolj učinkoviti pristopi k večanju transparentnega delovanja zdravstvenega sistema in terjanju odgovornosti ključnih akterjev, centraliziran sistem javnih naročil ter ureditev čakalnih vrst.

Ključne besede:

korupcija,
korupcijsko
tveganje,
Slovenija,
zdravstvo,
medicina

CORRUPTION AND (SLOVENIAN) HEALTHCARE

BOŠTJAN SLAK,¹ MAJA LOKNAR,¹ ALEŠ BEHRAM,²

BOJAN DOBOVŠEK¹

¹ University of Maribor, Faculty of Criminal Justice and Security, Ljubljana, Slovenia
bostjan.slak@um.si, maja.loknar@um.si, bojan.dobovsek@um.si

² INDAGO, Fram, Slovenia
ales@indago.si

Abstract Corruption risks and corruption in healthcare remain a global problem to which Slovenia is not immune. Desk research and a pilot study, which included semi-structural interviews with physicians, anti-corruption experts and manufacturers/distributor of manufacturers and distributors of medicines and medical devices, indicated that four forms of corruption and corruption risks prevail in Slovenian healthcare. These are corruption and corruption risks arising from cooperation with manufacturers/distributors of medicines and medical devices, corruption and corruption risks in the field of public procurement, corruption and corruption risks in the intertwining of public and private practices and corruption, and corruption risks relating to waiting lists. There is a high probability that systemic corruption is present in the Slovenian health care system. To limit corruption and corruption risks, the most effective approaches are to increase the transparency of the health system and hold key actors accountable, a centralized public procurement system must be implemented as well as proper waiting lines management.

Keywords:
corruption,
corruption risk,
Slovenia,
healthcare,
medicine



Univerza v Mariboru

Fakulteta za varnostne vede



V vsakem primeru menim, da je pričujoča monografija dobro izhodišče za vse bralce, ki bi radi podrobneje spoznali vzroke, pojavne oblike in ukrepe za preprečevanje odtekanja denarja iz slovenskega zdravstva. Le z znanjem in ozaveščenostjo lahko pričakujemo, da bo napočil dan, ko bo tudi v Sloveniji denar, namenjen pacientom, na koncu tudi omogočil njihovo pravočasno in kakovostno oskrbo.

prof. dr. Simon PODNAR, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Knjiga Korupcija in (slovensko) zdravstvo na zanimiv način analizira korupcijo v zdravstvu v Sloveniji. Avtorji pristopajo k temu problemu z analitičnega in znanstvenega gledišča, kar je zelo pomembno. Kljub temu je knjiga poljudna in razumljiva tudi bralcu, ki ni strokovnjak na tem področju. Podatke za analizo zajemajo iz vseh relevantnih virov v Sloveniji. Domači podatki se primerjajo z analizami iz tujine. Bolj zahtevnemu bralcu ponudijo s tem možnost pridobivanja več informacij iz tujih publikacij. V javnosti se pogosteje govori samo o nekaterih vidikih korupcije. V omenjeni knjigi so analizirana vsa področja, kjer obstaja korupcijsko tveganje. To nima samo informativnega, ampak tudi izobraževalni pomen za tiste, ki se korupcije zavedajo kot negativnega pojava v družbi. Neredko je meja med zakonitim in nezakonitim zelo tanka. Vedenje o tem je najboljša preventiva. Korupcija ni samo analizirana, v knjigi so predstavljeni tudi ukrepi za zmanjševanje tveganja koruptivnih dejanj. Te informacije bi morale biti zelo uporabne za tiste, ki bi morali zmanjšati breme korupcije v zdravstvu. Avtorji analizirajo tudi posledice korupcije v zdravstvu, ki se kažejo v slabo delujočem zdravstvenem sistemu. Prisotnost korupcije v zdravstvu ima negativen vpliv na dostopnost do zdravstvenih storitev, rezultati zdravljenja bolnikov so slabši, ne nazadnje se korupcija kaže tudi v večji umrljivosti bolnikov. V Sloveniji se tega premalo zavedamo.

dr. Erik BRECELJ, dr. med.

Onkološki inštitut Ljubljana