

16.

16. strokovno srečanje ekonomistov in
poslovnih delavcev v zdravstvu

Rogaška Slatina, 21. in 22. maj 2009

Zdravstvo v času gospodarske
krize – smo pripravljeni na
spremembe?



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

Paket za paket.



Avto paketi Adriatic Slovenica 

Vsak sklenjeni Avto paket AS vam prinaša paket ugodnosti!

Avto paketi AS vam zagotavljajo:

- gotovinski popust
- plačilo na 11 obrokov preko trajnika brez obresti
- zavarovanje za zdravila za 24 EUR letno
- 50 % prihranek pri celoletnem zavarovanju CORIS in
- 54 % prihranek pri zavarovanju Za krajše čakalne vrste

Ne spreglejte drugih ugodnosti avtomobilskih zavarovanj AS:

- 55 % bonus za izkušene in varne voznike pri obveznem avtomobilskem zavarovanju
- najcenejši za mlade voznike, ki so opravili tečaj varne vožnje
- paketni popusti in popust na število izbranih kritij
- Maxi avto asistenca AS z novo storitvijo "od vrat do vrat" in zdravstvenim zavarovanjem tudi v tujini

Vse informacije o ponudbi avto paketov na vseh prodajnih mestih Adriatic Slovenice in na



www.adriatic-slovenica.si

AdriaticSlovenica 
Zavarovalna družba d.d. • Članica Skupine KD Group

Zdravstvo v času gospodarske krize – smo pripravljeni na spremembe?

Rogaška Slatina,

21. in 22. maj 2009



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU
Njegoševa cesta 8, 1000 Ljubljana
Tel./faks: 01 / 23 12 086

Upravni odbor Društva:

Nevenka Banović, Cvetka Barbo,
mag. Marjan Ferjanc, Erika Furlan,
mag. Franc Hočevar, Metod Mezek,
Tomaž Rusimovič, mag. Rosvita Svenšek,
Danijela Štumberger, Jože Veternik,
Darja Vižintin Zupančič, Štefan Vučak,
Anton Zorko.

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu
Njegoševa cesta 8, 1000 Ljubljana
Tisk: BOOB, d.o.o., Njegoševa cesta 15a,
1000 Ljubljana
Naklada: 400 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(497.4)(082)

STROKOVNO srečanje ekonomistov in
poslovodnih delavcev v zdravstvu
(16 ; 2009 ; Rogaška Slatina)

Zdravstvo v času gospodarske krize - smo pripravljeni
na spremembe? / 16. strokovno srečanje ekonomistov
in poslovodnih delavcev v
zdravstvu, Rogaška Slatina, 21. in 22. maj
2009. - Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu,
2009

ISBN 978-961-91332-7-9
1. Gl. stv. nasl.
245557504

VSEBINA

Smo pripravljeni na spremembe!	5
mag. Franc Hočevār Urad predsednika Republike Slovenije	
Predstavitev celjske zdravstvene regije	7
Marina Senčar, univ. dipl. ekon. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Celje	
Gospodarska kriza kot čas za korenite spremembe v slovenskem zdravstvu	17
dr. Maks Tajnikar Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta	
Možnosti za odpoved pogodbe o zaposlitvi	27
mag. Nataša Belopavlovič Praktika, Zavod za preučevanje delovnih razmerij	
Obvladovanje procesov in prenova vodenja procesov v Splošni bolnišnici Jesenice	37
Igor Horvat, univ. dipl. inž. stroj. Splošna bolnišnica Jesenice Marko Kiauta, univ. dipl. inž. Tangram TQC	
Vpliv gospodarske krize na lekarniško dejavnost	53
mag. Andreja Čufar, mag. farm., spec. Lekarniška zbornica Slovenije Mojca Galeša, mag. farm. Lekarna Straža	
Odnosi z javnostmi v zdravstvu	63
Danijela Gorišek, univ. dipl. ekon. Splošna bolnišnica Celje	
Izziv slovenskega zdravstvenega sistema: Kako od zahtev zdravstvenega sistema do realnih potreb?	71
Dorjan Marušič, dr. med., spec. int. med., dipl. ing. mat., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije mag. Jakob Ceglar, univ. dipl. ekon. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	

mag. Franc Hočevár

Urad predsednika Republike Slovenije

Smo pripravljeni na spremembe!

16. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu poteka v času resnih opozoril o vzdržnosti javnega zdravstvenega varstva in javnega sektorja na sploh. Nesporno se finančno gospodarska kriza in znaki recesije kažejo tudi na področju zdravstva. Ocene o tem, ali že in ali bo to poseglo v pravice zdravstvenega zavarovanja, si niso enotne. Zanesljivo pa bo recesija posegla v področje delovanja zdravstvenih zavodov, izvajalcev zdravstvenih storitev. Znaki tega posega se bodo kazali z različno intenzivnostjo na različnih nivojih. Pričakovati pa je, da bo globoke negativne sledi pustila kriza v tistih okoljih, ki večji delež svojih finančnih virov vlagajo v materialna sredstva, ki jim omogočajo delo. Kajti težko si predstavljamo ali pa nismo vajeni tega, da bi posegali v področje stroškov dela in v okviru njih iskali rezerve in večji dinamični prostor za racionalizacijo dela.

Kakor koli že, skrbno ravnanje z vsemi viri, ki so zdravstvu na razpolago, tako tehnološkimi, prostorskimi, energetskimi, informacijskimi, zlasti pa človeškimi, bo nujno in predpogoj za ustrezno in nestresno premostitev posledic, ki jih ustvarja recesija.

Resno se moramo vprašati, ali smo pripravljeni na tako ravnanje ali še boljše, ali smo usposobljeni za tako ravnanje. Gre za krizni menedžment v specifičnih razmerah, ki mora biti podprt z mnogimi informacijami, voljo in željo doseči ustrezne pogoje za izvajanje pogodbenih obveznosti, ki jih ima zdravstveni zavod, in poslanstva, ki mu jih

je naložil ustanovitelj.

V teh razmerah bo menedžment na posebno zahtevni preizkušnji. Uspeli bodo tisti, ki znajo in hočejo in ki bodo pridobili ljudi za skupne ideje in cilje. Vse to pa ne bo dovolj, če ne bodo lastniki zdravstvenih institucij ustvarjali in izboljšali osnovni inštrumentarij za vodenje javnih zdravstvenih zavodov, na osnovi katerih naj bi menedžment razvil orodja za krmiljenje organizacijskih, vsebinskih, logističnih, informacijskih in finančnih procesov. Tudi sicer bo procesno vodenje zdravstvene institucije ključ za njihovo učinkovitost, to pa pomeni, da bo potrebno poudariti nekatere egoistične ambicije posameznikov integralni procesni logiki, ki bo v ospredje in izhodišče postavila pacienta z vsemi njegovimi posebnostmi. To naj postane prevladujoča osebna in strokovna vrednota.

Ta inštrumentarij so seveda zakon s področja zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega zavarovanja, s področja javnih financ in s področja plač in organizacije.

Premik zdravstvenega varstva na primarni nivo, umestitev koncesionarjev, javno zasebno, kompetentnost menedžmenta, transparentna organizacija, uvajanje procesnih načel, plača kot spodbuda za možnost za krmiljenje ciljev, integracija in logična koordinacija zdravstvenih potencialov, mednarodno povezovanje, globalizacija informacij s področja medicine, vdor farmacevtike v zdravstveno politiko, pretirana specializiranost,

ustrezna diverzifikacija zdravstvenih storitev, vzdržnost javnih financ in pod kakšnimi pogoji, vključevanje civilne družbe v izvajanje zdravstvenih storitev, sistem izobraževanja in usposabljanja delavcev v zdravstvu itd.

Vse to in še kaj, so vprašanja, ki nas čakajo. 16. srečanje bo na marsikatero od njih odgovorilo, saj na njem sodelujejo priznani strokovnjaki in kompetentni ministri, ki so jim ta vprašanja delovna obveza. Gre za to, da nas pridobijo in vključijo, torej ekonomiste in poslovodne delavce v zdravstvu, da skupaj najdemo odgovore na zgoraj zastavljena vprašanja. Težko z nami, vendar brez nas ni mogoče.

Marina Senčar, univ. dipl. ekon.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Celje

Predstavitev celjske zdravstvene regije

Povzetek

Celjska zdravstvena regija pokriva približno 15 % slovenskega prebivalstva. Zdravstveno stanje prebivalcev celjske regije je slabše od povprečja Slovenije, nižja je tudi izobrazbena struktura in povprečna bruto plača na prebivalca. Stopnja brezposelnosti je že vrsto let višja od povprečja Slovenije. Preskrbljenost prebivalcev celjske regije z zdravstvenimi storitvami primarnega in sekundarnega nivoja je sorazmerno primerljiva s povprečjem Slovenije, izven regije koristijo prebivalci predvsem storitve terciarnega nivoja in specializiranih bolnišnic. Značilnost celjske regije je tudi zelo visoka stopnja bolniškega staleža v breme delodajalcev.

Uvod

Glede na različnost kriterijev za definicijo celjske zdravstvene regije je potrebno uvodoma opozoriti, da vsaka institucija v svoji organiziranosti in statistiki zajema podatke nekoliko drugače.

Celjska regija oz. Območna enota Celje, kot jo obravnava Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zajema območje Upravne enote Celje in petih izpostav: Laško, Slovenske Konjice, Šentjur, Šmarje pri Jelšah in Žalec. Teh šest upravnih enot pokriva 23 občin z okrog 196.000 prebivalci.

Celjska regija, kot jo obravnava Zavod za zdra-

vstveno varstvo Celje, poleg naštetih upravnih enot obsega še UE Sevnica in Brežice ter Velenje in Mozirje. Teh deset upravnih enot pokriva 36 občin z okrog 299.000 prebivalci.

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije se nanašajo na Savinjsko regijo, ki zajema UE po kriterijih ZZV, brez Brežic in Sevnice.

Širša celjska regija leži v vzhodno-sredinskem delu Slovenije in se razprostira od Savinjske doline preko Šaleške doline do Kozjanskega in Obsotelja, deloma pa sega tudi v Posavje.

Predstavitev nekaterih najbolj znanih naravnih in kulturnih znamenitosti ter turistične ponudbe v regiji

V osrčju gora, v čudoviti Logarski dolini se v slapu Rinka požene na dan reka Savinja, ki povezuje kraje Savinjske doline. Muzej Vrbovec iz Nazarij ponuja na ogled dediščino gozdarstva in lesarstva, v parku cvetja Mozirski gaj se od spomladi do jeseni razcveta na milijone cvetov, na Vranskem pa je znan Muzej motociklov, ki je nekaj posebnega v slovenskem prostoru. Nekdanja rimska cesta je v Šempetru zapustila ostanke rimske nekropole, podzemne lepote Savinjske doline pa se razkrivajo v jami Pekel. Simbol Spodnje Savinjske doline je hmelj. Običaje povezane s to žlahtno rastlino ohranjajo

še danes. Hmeljarski muzej, Hmeljarska pot in Hmeljarski likof v 'dolino zelenega zlata' pritegnejo veliko obiskovalcev.

Pod zvezdami mogočnih celjskih grofov je zaslovelo Celje, ki se lahko pohvali z mnogimi ohranjenimi in v moderno urbano okolje postavljenimi antičnimi, srednjeveškimi in kasnejšimi ostalinami. O nekdanji »drugi Troji« pričajo mogočni celjski grad, cerkve in obzidje. Zgodovino Celja in širše okolice predstavljajo zbirke Pokrajinskega muzeja, otrokom pa je na voljo otroški muzej Hermanov brlog. Prepoznavnost mesta ob Savinji po vsej Evropi je posledica dolgoletne sejemske tradicije. Severno od Celja so Terme Dobrna, le dobrih 10 km južno ob Savinji pa leži Laško. Tople vrelce v teh krajih so poznali že Rimljani, blizu sta kar dve zdravilišči Thermana in Rimske Terme. Laško pivo, ki ga v tem kraju varijo že od leta 1825, pa je dobro znano tudi izven meja naše države. V Laškem organizirajo tudi najbolj odmevna tradicionalna prireditve »Pivo in cvetje«, ki vsako leto privabi okrog 100.000 obiskovalcev.

Pod starodavnim gradom v Šaleški dolini se je razvilo mesto Velenje. Jezerska gladina Velenjskega jezera je izziv za ljubitelje čolnarjenja, jadriranja in ribolova. Velenje je Pikino mesto z največjim mednarodnim festivalom za otroke, je mesto kulture, športa in iskrivih običajev. V zelenju Šaleške doline pa se je nad Šoštanjem ugnezdila Topolšica, ki se ponaša z velikim številom sončnih dni in svežo srednjegorsko klimo ter seveda Termami Topolšica.

Reki Sotla in Bistrica, množica hudourniških grap, potokov in izvirov ter raznovrstni rastlinski in živalski svet so značilni za Kozjanski regijski park. Njegovo značilno kulturno krajinsko podobo dopolnjujejo kmečke domačije, Sveta gora kot najstarejše romarsko središče na Slovenskem, samostanski kompleks Olimje s pavlinsko apoteko in čokoladnico, stari srednjeveški trgi ter gradova Podsreda in Podčetrtek. Harmonija narave je vodam tega območja podarila izjemne zdravilne učinke. Le-te skrbno izkoriščajo v Termah Olimia in v našem najstarejšem zdraviliškem središču Rogaški Slatini.

Pri Slovenskih Konjicah stoji Žička kartuzija,

najstarejši kartuzijanski samostan v Evropi, pozabiti pa seveda ne smemo tudi na Terme Zreče in klimatsko zdravilišče in smučarski center na Rogli, »celjski« del Posavja pa se ponaša z Gradom Brežice in sevniškim gradom Liechtenwald.

Oris zdravstvenega stanja prebivalcev celjske regije, kot jo pokriva Zavod za zdravstveno varstvo Celje

Demografsko gibanje v celjski regiji se v osnovnih značilnostih ne razlikuje kaj dosti od slovenskega povprečja. V lanskem letu je bilo v Sloveniji povprečno 17 % prebivalcev starejših od 65 let. V večini izpostav celjske regije prav tako. Izjema so le UE Velenje, Slovenske Konjice in Šmarje pri Jelšah s samo 13 – 15 % starejše populacije, medtem ko je v Brežicah odstotek starejših od 65 let višji od povprečja Slovenije (tabela 1). Staranje prebivalstva nakazuje slabšanje zdravstvenega stanja prebivalstva in s tem povečevanje potreb po zdravstvenih storitvah, zdravstvenih zmogljivostih in seveda tudi finančnih sredstvih za zdravstveno varstvo populacije.

Tabela 1: Starostna struktura prebivalcev celjske regije

	Odstotek starejših od 65 let
SLOVENIJA	17
Slovenske Konjice	14
Šmarje pri Jelšah	15
Sevnica	16
Brežice	18
Velenje	13
Ostale izpostave /UE celjske regije	17

Vir: ZZVS.

Tudi izobrazba, zaposlenost in dohodek na prebivalca so faktorji, ki vplivajo na zdravje ljudi. Izobrazbena struktura, zabeležena ob zadnjem popisu prebivalstva, je bila v celjski regiji slabša od slovenskega povprečja (tabela 2). Nižja izobrazba pomeni slabše možnosti za zaposlitev, manjšo (tudi zdravstveno) prosvetljenost ter ve-

čjo socialno in materialno ogroženost.

Tabela 2: Izobrazbena struktura prebivalcev celjske regije

	Brez izo-br.	Ne-pop. OŠ	OŠ	Srednja	Viš-ja	Vi-soka	Ne-zna-no
CE regija	0,8	6,6	28,3	54,4	4,5	5,0	0,4
Slovenija	0,7	6,3	26,1	54,1	5,1	6,9	0,8

Vir: ZZV in Statistični letopis.

Temeljni podatki za prikaz zdravstvenega stanja populacije so še vedno podatki o umrljivosti. Povprečna starost ob smrti je v celjski regiji nekoliko nižja kot v Sloveniji. Umrljivost pa je nasplošno pri moških značilno višja kot pri ženskah, moški umirajo mlajši (tabela 3). Poleg spola in dednosti je razlog za povečano umrljivost moških predvsem v načinu življenja, ki je tradicionalno bolj naklonjen tveganjem.

Tabela 3: Povprečna starost umrlih (po spolu)

Leto	Moški Slovenija	Moški celjska regija	Ženske Slovenija	Ženske celjska regija
1997	66,6	65,7	76,3	75,2
2006	68,5	68	78,1	78

Vir: ZZV.

Med vzroki smrti so bile v zadnjih petih letih na prvem mestu bolezni srca in ožilja. Zaznati pa je trend upadanja teh obolenj kot odsev preventivnih prizadevanj za zmanjševanje prisotnosti dejavnikov tveganja, zgodnje odkrivanje bolezni in celovito zdravljenje. Na drugem mestu je umrljivost zaradi raka, na tretjem pa smrti zaradi poškodb in zastrupitev.

Ti trije vzroki smrti so vodilni tudi v celotnem slovenskem prostoru, žal pa je njihov davek v celjski regiji še višji kot v Sloveniji. Značilno višja je v celjski regiji tudi umrljivost zaradi bolezni dihal in prebavil (tabela 4).

Tabela 4: Starostno standardizirana umrljivost po vzrokih smrti (na 100.000 prebivalcev) v regiji Celje in Sloveniji v letu 2006

Poglavja bolezni po MKB 10	Vsi		Moški		Ženske	
	SLO	Reg Celje	SLO	Reg Celje	SLO	Reg Celje
Infekcijske b.	5,4	5,6	5,92	7,19	4,87	3,89

Poglavja bolezni po MKB 10	Vsi		Moški		Ženske	
	SLO	Reg Celje	SLO	Reg Celje	SLO	Reg Celje
Neoplazme	200,4	207,4	280,4	302,9	147,5	147,2
B. krvi	0,7	0,9	0,92	0,00	0,59	1,11
Endokrine b.	14,4	10,2	17,38	11,06	12,01	8,44
Duševne motnje	5,4	4,7	7,92	7,69	3,26	2,49
B. živčevja	8,8	9,3	10,84	13,32	6,97	6,16
B.očesa, adneksov	0,0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00
B.ušesa, mastoida	0,0	0,2	0,00	0,00	0,03	0,23
B. obtočil	261,2	290,1	321,9	340,8	212,4	247,0
B. dihal	43,5	54,4	70,69	89,06	29,74	35,29
B. prebavil	40,7	51,4	58,10	63,90	25,82	39,74
B. kože, podkožja	0,1	0,7	0,08	0,60	0,15	0,64
B. mišic, kosti..	1,6	1,0	0,84	0,00	2,10	1,77
B. sečil, spolovil	11,0	14,9	14,21	22,12	9,52	11,67
Nosečnost, porod	0,1	0,3	0,00	0,00	0,29	0,66
St. v perinat. obd.	3,7	2,4	3,98	4,57	3,48	0,00
Prirojene anomal.	2,4	0,8	2,52	1,23	2,32	0,32
Simptomi, znaki..	14,7	14,5	20,05	20,29	9,72	7,79
Poškodbe, zastr.	66,4	74,0	105,2	107,9	31,37	40,50
SKUPAJ	680,6	742,7	921,1	992,6	502,2	555

Vir: Publikacije ZZV Celje.

Velik problem so tudi smrti v prometnih nesrečah in samomorilnost, ki je v celjski regiji nekoliko nad povprečjem Slovenije, se pa v zadnjih letih incidenca samomorilnosti nekoliko znižuje, zahvaljujoč aktivnostim, ki jih v celjski regiji še posebej intenzivno izvaja Zavod za zdravstveno varstvo Celje.

Zavod za zdravstveno varstvo Celje se je leta 2001 vključil tudi v raziskavo vedenjskega sloga odraslih, ki jo je vodil CINDI Slovenija. Raziskava je pokazala zelo različno sliko po UE (razvidno iz tabel 5 do 7), npr.: prevalenca bolezni srca in ožilja je bila v UE Šmarje skoraj enkrat višja kot v Slovenskih Konjicah, kjer pa

je bila še vedno višja kot povprečno v Sloveniji. Podobno je bilo s prevalenco zvišanega krvnega tlaka (najvišja v Mozirju, najnižja v Celju), le da je bila v tem primeru celjska regija bližje povprečju Slovenije. Tudi prevalenca boleznih gibal je bila v celjski regiji višja od povprečja Slovenije, daleč najvišja v UE Brežice in Šmarje pri Jelšah.

Tabela 5: Ocena prevalence izbranih boleznih srca in ožilja (srčni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, možganska kap) v desetih upravnih enotah celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalences od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Šmarje pri J.	107	82,9	22	17,1	129	1
Velenje	182	87,5	26	12,5	208	2
Celje	244	88,4	32	11,6	276	3
Šentjur	69	88,5	9	11,5	78	4
Brežice	85	88,5	11	11,5	96	5
Žalec	162	89,0	20	11,0	182	6
Mozirje	72	90,0	8	10,0	80	7
Laško	74	90,2	8	9,8	82	8
Sevnica	67	90,5	7	9,5	74	9
Sl. Konjice	81	91,0	8	9,0	89	10
Skupaj regija Celje	1143	88,3	151	11,7	1294	
Skupaj Slovenija	8260	91,4	774	8,6	9034	

Tabela 6: Ocena prevalences zvišanega krvnega tlaka v desetih upravnih enotah celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalences od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Mozirje	60	75,0	20	25,0	80	1
Šmarje pri J.	98	76,0	31	24,0	129	2
Šentjur	60	76,9	18	23,1	78	3
Laško	64	78,0	18	22,0	82	4
Brežice	77	80,2	19	19,8	96	5
Žalec	148	81,3	34	18,7	182	6
Velenje	170	81,7	38	18,3	208	7
Sevnica	61	82,4	13	17,6	74	8
Sl. Konjice	74	83,1	15	16,9	89	9
Celje	232	84,1	44	15,9	276	10
Skupaj regija Celje	1044	80,7	250	19,3	1294	
Skupaj Slovenija	7339	81,2	1695	18,8	9034	

Tabela 7. Ocena prevalences boleznih gibal (boleznih hrbtenice ter artritis in artroze) v desetih upravnih enotah celjske regije, razvrščenih glede na velikost prevalences od najvišje do najnižje

Upravna enota	Ne	%	Da	%	Skupaj	Rang
Brežice	52	54,2	44	45,8	96	1
Šmarje pri J.	75	58,1	54	41,9	129	2
Velenje	132	63,5	76	36,5	208	3
Sevnica	48	64,9	26	35,1	74	4
Žalec	120	65,9	62	34,1	182	5
Slov. Konjice	59	66,3	30	33,7	89	6
Mozirje	54	67,5	26	32,5	80	7
Celje	189	68,5	87	31,5	276	8
Laško	57	69,5	25	30,5	82	9
Šentjur	55	70,5	23	29,5	78	10
Skupaj regija Celje	841	65,0	453,0	35,0	1294,0	
Skupaj Slovenija	6115	67,7	2919	32,3	9034	

Rezultati raziskave so pokazali, da je razširjenost posameznih kroničnih boleznih v posameznih upravnih enotah regije Celje zelo različna. Glede na to, da so za pojav teh boleznih pogosto odgovorni različni škodljivi dejavniki, je pomembno te dejavnike podrobneje opredeliti in jih nato sistematično spreminjati oziroma odpravljati. Pri tem imajo socialno ekonomski in kulturni dejavniki izredno pomembno vlogo, saj ključno vplivajo na razširjenost dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih boleznih in preko njih tudi na razširjenost teh boleznih. V UE, kjer je razširjenost kroničnih boleznih največja, praviloma beležijo tudi najvišjo stopnjo brezposelnosti, tam je prihodek na prebivalstva nižji, kot je v UE z nižjo prevalenco kroničnih boleznih, nižja pa je tudi izobrazbena struktura prebivalcev. V takih pogojih je ohranjanje tradicionalnega načina življenja, za katerega je značilno, da se bolj obdrži v okoljih, kjer je izobrazba prebivalcev nižja, bolj izrazito. To pa ima, poleg ekonomskih dejavnikov, največji vpliv na način razširjenosti dejavnikov tveganja. Razumljivo je, da bodo ukrepi za zmanjšanje prevalences kroničnih boleznih resnično učinkoviti le, ko bodo posegli tudi na področje socialno ekonomskih dejavnikov. Različno prevalenco kroničnih boleznih, ki v največji meri obremenjujejo zdra-

vstveno službo, pa je potrebno upoštevati tudi pri izgradnji mreže zdravstvene dejavnosti. Na območju, kjer je razširjenost obolenj večja, je le ta lahko tudi posledica neustrezne dostopnosti do zdravstvene službe.

Stopnja hospitalizacije je v celjski regiji za okrog 10 % višja kot v povprečju Slovenije (tabela 8). Tudi po višini bolniškega staleža (tabela 9) je celjska regija dolgo vrsto let prednjačila v slovenskem prostoru, bolniški stalež v breme delodajalcev pa je še dandanes najvišji v Sloveniji. Ugotavljamo, da tako v celotni družbi kot tudi delovnih okoljih še niso vzpostavljeni zadovoljivi pogoji dela, prav tako tudi ne zadovoljiva osveščenost posameznika, zato bo na celjskem potrebno zdravju delavcev tudi v prihodnje posvečati veliko pozornosti in zagotoviti ustrezno sodelovanje delodajalcev ter zdravstvenih in drugih služb. Tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje si prizadeva za bolj koordinirano delovanje vseh akterjev na tem področju, vidne uspehe pa smo z izdatno pomočjo in angažiranjem osebnih zdravnikov v preteklih dveh letih dosegli tudi na področju racionalnega predpisovanja zdravil.

Tabela 8: Število epizod, združenih po diagnozah, po poglavjih MKB-10 ter stopnja hospitalizacije (na 1000 prebivalcev), regija Celje, Slovenija 2005

Poglavja bolezni po MKB 10	Regija Celje		Slovenija	
	Število hospit.	Stopnja hospit.	Število hospit.	Stopnja hospit.
Nekatere inf. in paraz. bolezni	1878	6,3	8147	4,1
Neoplazme	5361	17,9	36531	18,3
Bolezni krvi in krvotv. organov	350	1,2	2343	1,2
Endokrine, prehr. in presn. bolezni	1304	4,4	9436	4,7
Duševne in vedenjske motnje	1450	4,8	10961	5,5
Bolezni živčevja	1535	5,1	7246	3,6
Bolezni očesa in adneksov	1650	5,5	10469	5,2
Bolezni ušesa in mastoida	291	1,0	1675	0,8
Bolezni obtočil	7007	23,4	38635	19,3
Bolezni dihal	4742	15,8	25711	12,8

Poglavja bolezni po MKB 10	Regija Celje		Slovenija	
	Število hospit.	Stopnja hospit.	Število hospit.	Stopnja hospit.
Bolezni prebavil	4591	15,3	28536	14,3
Bolezni kože in podkožja	864	2,9	5135	2,6
Bol. mišičnokos. sist. in vez. tkiva	2767	9,2	17980	9,0
Bolezni sečil in splovil	4300	14,4	22373	11,2
Nosečnost, porod in popor. obdobje	4381	14,6	26803	13,4
Stanja, ki izv. v obporod. obdobju	270	0,9	2118	1,1
Priroj. malfor., in kromos. nenorm.	491	1,6	3326	1,7
Simpt., znaki ter nenorm. lab. izvidi	2279	7,6	14094	7,0
Poškodbe in zastrupitve skupaj	4801	16,0	30564	15,3
Dej., ki vplivajo na stik z zdr. službo	1744	5,8	13991	7,0
Skupaj	52056	173,9	316074	157,9

Tabele 3 do 8 – Vir: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.

Tabela 9: Absentizem v OE Celje in Sloveniji po letih

	CE 2004	CE 2005	CE 2006	CE 2007	CE 2008
% staleža v breme delodajalcev	2,84	2,80	2,58	2,73	2,46
% staleža v breme ZZS	2,09	1,83	1,83	2,05	1,81
Skupni % staleža	4,94	4,64	4,42	4,78	4,28

	SLO 2004	SLO 2005	SLO 2006	SLO 2007	SLO 2008
% staleža v breme delodajalcev	2,43	2,43	2,25	2,31	1,99
% staleža v breme ZZS	2,13	1,84	1,83	1,91	1,69
Skupni % staleža	4,56	4,28	4,09	4,22	3,68

Vir: ZZS, OE Celje.

Gospodarstvo v celjski oz. Savinjski statistični regiji

Savinjska regija je v že začetku devetdesetih doživela precejšnjo gospodarsko krizo, povsem primerljivo trenutni. Za regijo so bila značilna velika industrijska podjetja, ki so se morala prestrukturirati, nekatera pa so šla tudi v stečaj. Poleg tega se v regiji nahaja več podjetij s področja rudarstva in energetike. Propad velikih gospodarskih sistemov v tekstilni, lesni, gradbeni, kovinsko-predelovalni in zlatarski industriji je povzročil porast brezposelnosti in njeno neugodno strukturo.

Pred nastopom sedanje gospodarske krize se je Savinjska regija uspela izkupati iz gospodarske stagnacije in bolje izkoriščati pozitivne razvojne potenciale. Ena izmed glavnih prednosti regije je geografska lega, razvojne iniciative v regiji pa so usmerjene v turizem in zdraviliški turizem, nadaljnji razvoj kovinske industrije in razvoj podeželja.

V regiji je urbano središče Celje, tretje največje mesto v Sloveniji. S svojim zaledjem predstavlja staro industrijsko središče, z razvitimi tradicionalnimi dejavnostmi v prehrabi, kemiji, kovinski industriji in storitvenih dejavnostih. Na območju Velenja pa je skoncentrirano rudarstvo in energetika ter določene predelovalne dejavnosti.

Po zaposlenosti so najpomembnejše dejavnosti v regiji proizvodnja kovin in kovinskih izdelkov, sledijo gradbeništvo, trgovina, promet, izobraževanje in zdravstvo.

V celjski regiji se pojavljajo različne razvojne iniciative – regija sama vlaga v razvoj človeških virov. V Celju je vzpostavljeno Regijsko študijsko središče in Tehnološko inovativni center, v izgradnji je Tehnološki park, v katerem naj bi do leta 2013 zraslo 12 objektov, namenjenih tehnološkemu podjetjem in centrom, razvojnim institucijam in mednarodni univerzi.

V celjski regiji je bilo januarja letos zaposlenih 81.100 oseb, kar je 9,3 odstotka vseh zaposlenih v Sloveniji. Delež zaposlenih je enak kot je bil oktobra lani, število zaposlenih v celjski regiji

pa se je zmanjšalo za okrog 1500. Stopnja registrirane brezposelnosti je bila oktobra lani v državi 6,6 %, v regiji pa 8 %, marca letos so ti odstotki porasli na 7,8 oz. 8,9 % - v regiji je bil porast nezaposlenosti torej nižji kot v slovenskem prostoru. V celjski regiji je bilo konec marca letos okrog 9000 brezposelnih oseb, kar pomeni 11 % vseh brezposelnih v Sloveniji (tabela 10). Delodajalci s celjskega so namreč pograbili spodbude pri zaposlovanju delavcev za krajši delovni čas in za zaposlovanje težje zaposljivih delavcev. Odpuščanje se je trenutno umirilo, nekatera podjetja celo poročajo o novih naročilih.

Tabela 10: Zaposlenost v celjski regiji

Delovno aktivni prebivalci	Slovenija	celjska regija	Delež
Oktober 2008	888.111	82.612	9,3
Januar 2009	872.246	81.102	9,3

Stopnja brezposelnosti	Slovenija	celjska regija	Delež
Oktober 2008	6,6 %	8,0 %	
Marec 2009	7,8 %	8,9 %	
ŠTEVILO BREZPOSELNIH – marec 09	79.682	9.003	11 %

Vir: statistika Zavoda RS za zaposlovanje.

Povprečna bruto plača (tabela 11) v obdobju december 08 – februar 09 je bila v Savinjski regiji 1262 €, kar je 11 % manj kot povprečna plača v Sloveniji. Plače v Savinjski regiji že vrsto let zaostajajo za povprečjem Slovenije za okrog 10 %, za Osrednjeslovensko regijo pa za več kot 20 %. Najvišje plače v regiji so v dejavnosti rudarstva, sledi energetika, finančne in zavarovalniške dejavnosti, v dejavnosti zdravstva in socialnega varstva ter v zobraževanju.

Tabela 11: Povprečna bruto plača

POVPREČNA BRUTO PLAČA XII/2008 – II/2009		Razmerja glede na povprečje
SAVINJSKA REGIJA	1262 €	- 11 %
SLOVENIJA	1418 €	
OSREDNJE-SLOVENSKA REGIJA	1621 €	+ 14 %

Vir: Statistični urad RS.

Zdravstvena dejavnost v celjski regiji (območje ZZS, OE Celje)

Na območju celjske Območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije trenutno deluje v zdravstveni mreži 192 izvajalcev zdravstvenega varstva, in sicer 20 javnih zavodov:

Splošna bolnišnica Celje,

Psihiatrična bolnišnica Vojnik,

7 zdravstvenih domov,

2 lekarni,

8 socialno varstvenih zavodov in

Zavod za zdravstveno varstvo Celje;

ter 167 zasebnikov s koncesijo, in sicer:

38 splošnih zdravnikov in zdravnikov šolskega in otroškega varstva,

70 zobozdravnikov,

24 specialistov,

7 zasebnih lekarn,

21 fizioterapevtov in neg na domu,

2 izvajalca nenujnih reševalnih prevozov,

5 zasebnih socialno varstvenih zavodov,

5 zdravilišč.

Po stanju iz ur v pogodbah med Zavodom in izvajalci plačujemo 3668 zaposlenih pri izvajalcih zdravstvenih storitev, kar je 15 % več kot leta 2001 in 555 zdravnikov, kar je 25 % več kot leta 2001. Dejansko število zaposlenih, predvsem zdravnikov, je pri nekaterih izvajalcih nižje od pogodbenega, kar pomeni višjo obremenitev zaposlenih in posledično lahko tudi slabšo kvaliteto storitev.

Glede na ustrezno organizirano in razvejano mrežo izvajalcev se v regiji izvaja celoten program primarnega in sekundarnega nivoja, zavarovanci morajo izven nje iskati le storitve terciarnega nivoja. Nekaj odliva v druge regije pogojujejo tudi želje pacientov oz. pravica do svobodne izbire zdravnika in zdravstvene ustanove, po drugi strani pa iz enakega razloga beležimo tudi priliv pacientov iz drugih regij.

Preskrbljenost prebivalcev celjske regije prika-

zujeta tabeli 12 in 13. Razvidno je, da je preskrbljenost zavarovanih oseb OE Celje v osnovni zdravstveni dejavnosti zelo visoka na področju fizioterapije in pedontologije, boljša od povprečja Slovenije je tudi v dejavnosti splošnih ambulant, patronaže in nege na domu ter zobozdravstva za odrasle. Slabša je na področju kurative v otroških in šolskih dispanzerjih in še posebej na področju ortodontije. V specialistični ambulantni dejavnosti je preskrbljenost v OE Celje boljša predvsem v dejavnostih nevrologije, pediatrije, dermatologije in kardiologije, slabša pa na področju internistike, pulmologije, psihiatrije in diabetologije.

Tabela 12: Preskrbljenost v o osnovni zdravstveni dejavnosti

Dejavnost	OE Celje št. timov	Št. zavarovanih oseb / tim	ZZS št. timov	Št. zavarovanih oseb / tim
Splošna ambulantna	86,12	2.217,14	855,73	2.338,96
Splošna ambulantna v SVZ	6,15	31.047,15	62,14	32.209,78
Otroški dispanzer kurativa	9,44	20.226,69	115,16	17.380,31
Šolski dispanzer kurativa	9,72	19.644,03	131,23	15.251,97
Dispanzer za ženske	12,79	14.928,85	136,67	14.644,88
Fizioterapija	75,03	2.544,85	499,57	4.006,48
Patronaža + nega na domu	84,16	2.268,77	846,37	2.364,82
Šolski dispanzer preventiva	3,27	58.391,44	36,63	54.641,44
Otroški dispanzer preventiva	3,89	49.084,83	38,30	52.258,90
Zobozdravstvo za odrasle*	65,93	2.896,10	645,49	3.100,77
Zobozdravstvo za mladino*	25,00	7.637,60	285,77	7.003,94
Ortodontija	6,28	30.404,46	81,85	24.453,46
Pedontologija	4,06	47.029,56	26,03	76.892,66
Zdravstvena vzgoja	9,50	20.098,95	94,30	21.224,98
Zobozdravstvena vzgoja	9,12	20.936,40	90,50	22.116,20
	410,46		3.945,74	

Vir: Pogodbe ZZS 2009

Tabela 13: Preskrbljenost v specialistični ambulantni dejavnosti

Dejavnost	OE Celje št. timov	Št. zavarovanih oseb / tim	ZZZS št. timov	Št. zavarovanih oseb / tim
Internistika	2,57	74.295,72	60,25	33.220,18
Pulmologija	4,70	40.625,53	61,87	32.350,35
Infektologija	0,67	284.985,07	6,78	295.208,85
Nevrologija	6,04	31.612,58	42,43	47.172,19
Pedriatrija	3,54	53.937,85	26,60	75.244,96
Ginekologija in porodništvo	1,77	107.875,71	35,68	56.096,30
Kirurgija	10,71	17.828,20	120,26	16.643,24
Ortopedija	2,44	78.254,10	30,45	65.731,23
Otorinolaringologija	5,15	37.075,73	47,61	42.039,82
Okulistika	7,44	25.663,98	88,09	22.721,26
Okulistika - siva mrena	0,56	340.964,29	5,59	358.052,95
Dermatologija	5,46	34.970,70	35,14	56.958,34
Psihiatrija	7,20	26.519,44	91,05	21.982,60
Maksilofacialna kirurgija	3,30	57.860,61	25,52	78.429,31
Fizioterapija	1,95	97.917,95	19,49	102.694,51
Magnetna resonanca	1,21	157.801,65	14,77	135.512,25
Medicina dela	0,50	381.880,00	8,50	235.472,47
Diabetologija, endokrinologija	1,71	111.660,82	34,88	57.382,91
Alergologija	0,70	272.771,43	5,12	390.921,09
Mamografija	1,38	138.362,32	13,55	147.713,36
Gastroenterologija	6,02	31.717,61	50,31	39.783,66
Kardiologija	7,59	25.156,79	56,20	35.614,16
Tireologija	4,04	47.262,38	14,79	135.329,01
Računalniška tomografija - CT	2,36	80.906,78	24,73	80.934,74
Internistika - urgentna ambulantna	5,14	37.147,86	42,81	46.753,47
Kirurgija - urgentna ambulantna	9,72	19.644,03	116,03	17.249,99
Ultrazvok - UZ	5,71	33.439,58	75,01	26.683,32
Rentgen - RTG	4,27	44.716,63	42,39	47.216,70
Psihiatrija - obsojenci in priporniki	0,39	489.589,74	3,07	651.959,61
Klinična psih., disp. za mentalno zdravje	6,00	31.823,33	81,58	24.534,40
	120,24		1.280,55	

Vir: Pogodbe ZZZS 2009.

Čakalne dobe za operacije in preiskave (tabela 14) so bile lani pri izvajalcih v OE Celje v nekaterih dejavnostih krajše, v drugih pa daljše kot

je povprečje v Sloveniji. Najdaljše so za endoprotezo kolka, kolena in gležnja (blizu dveh let), nedopustno dolga pa je še vedno čakalna doba za ortodontski aparat – več kot 4 leta!

Tabela 14: Čakalne dobe za operacije in preiskave

Operacije in drugi posegi	Povprečna čakalna doba leta 2008 (v mesecih) ZZZS	Povprečna čakalna doba leta 2008 (v mesecih) OE Celje
mamografija	3,16	2,00
angiografija	1,76	1,87
operacije sive mreže	1,86	1,29
operacije na ožilju	4,75	6,67
operacije kil	3,42	3,00
operacije žolčnih kamnov	3,68	3,00
endoproteza artroplastika kolka	17,37	22,67
endoproteza kolena in gležnja	25,44	23,00
koronarografija	2,93	1,60
operacija hrbtenice in kolkov	11,42	6,67
operacija nosu in grla v otorinolaringologiji	5,69	5,00
magnetna resonanca	3,83	8,33
CT (računalniška tomografija)	2,38	3,00
fizioterapija	1,85	1,65
zobozdravstvo odrasli-zdravljenje	4,40	2,47
zobozdravstvo odrasli-protetika	11,35	7,76
zobozdravstvo mladina-zdravljenje	0,86	1,01
zobozdravstvo mladina-protetika	0,96	0,64
ortodontija - zdravljenje	7,14	4,37
ortodontija - aparat	22,45	53,33
pedontologija	0,98	0,94
oralna in maksilofacialna kirurgija	6,12	8,67

Vir: ZZZS.

Tabela 15 prikazuje strukturo odhodkov za zdravstvene storitve in pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Odhodki za zdravstveno dejavnost so prikazani glede na sedež izvajalcev zdravstvenih storitev in prikazujejo odhodke za vse zavarovane osebe, ki gravitirajo k izva-

jalcem OE Celje. Če upoštevamo strukturo izvajalcev primarnega in sekundarnega nivoja v OE Celje, se struktura odhodkov bistveno ne razlikuje od slovenske. Namenjamo pa sorazmerno več sredstev za specialistično ambulantno dejavnost, medtem ko so odhodki za nadomestila odsotnosti nižji kot v Sloveniji, predvsem zaradi nižjih plač v regiji. V lanskem letu je OE Celje za izvajanje zdravstvene dejavnosti in pravice iz zdravstvenega zavarovanja namenila dobrih 190 mio €, Zavod pa preko 2 milijardi €.

V sedANJI zaostreni gospodarsko-finančni situaciji je po mojem mnenju najpomembnejša naloga vseh akterjev v zdravstvenem sistemu, da z racionalizacijo poslovanja in organizacije dela v čim večji možni meri zagotovimo, da se pravice in dostopnost zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev ne bodo zmanjšale.

Tabela 15: Odhodki za zdravstveno dejavnost in pravice iz OZZ v letu 2008

ODHODKI DEJAVNOSTI	OE CELJE 2008	Struktura	ZZZS 2008	Struktura
1. Osnovno zdravstveno varstvo	35.175.550	18,28	370.538.098	17,17
- Osnovna zdravstvena dejavnost	25.612.320	13,31	265.709.012	12,31
- Zobna nega in protetika	8.062.184	4,19	86.436.058	4,01
- Reševalni prevozi	1.501.046	0,78	18.393.028	0,85
2. Spec.ambul. in boln. zdravljenje	93.563.732	48,61	1.060.891.709	49,17
- Spec.ambulantna dejavnost	36.876.001	19,16	299.527.704	13,88
- Spec.bolnišnična dejavnost	56.687.732	29,45	761.364.004	35,28
3. Zdraviliško zdravljenje	1.574.022	0,82	15.137.738	0,70
4. Dejavnost socialnih zavodov	10.841.789	5,63	101.404.977	4,70
5. Odhodki za ostale neprofitne ustanove	185.648	0,10	5.247.924	0,24
6. Zdravila in medicinski pripomočki	34.018.485	17,67	372.092.755	17,24
- Zdravila	28.622.093	14,87	307.893.779	14,27
- Medicinsko tehnični pripomočki	4.676.628	2,43	48.453.165	2,25
- Cepiva, transf. krvi in sanit. mate	719.774	0,37	15.745.811	0,73
7. Zdravljenje v tujini - napotitve	0	0	1.866.885	0,09
8. Mednarodno zavarovanje	294.049	0,15	17.909.340	0,83
- Slovenski zavarovanci	0	0	11.611.888	0,54
- Tuji zavarovanci	294.049	0,15	6.297.452	0,29
9. Drugi odhodki skupaj	16.824.469	8,74	212.689.865	9,86
- za nadomestila odsotnosti	15.668.781	8,14	200.989.385	9,31
- za pogrebne in posmrtnine	972.231	0,51	9.444.958	0,44
- za potne stroške in dnevnice	183.457	0,10	2.255.522	0,10
SKUPAJ ODHODKI DEJAVNOSTI	192.477.753	100,00	2.157.779.357	100,00

Vir: Poslovno poročilo ZZZS

Beležke

[illegible]

dr. Maks Tajnikar

Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta

Gospodarska kriza kot čas za korenite spremembe v slovenskem zdravstvu

Povzetek

Povzetek: V tej razpravi avtor prikaže, na kakšen način vstopa sedanja gospodarska kriza v zdravstveni sistem v Sloveniji in s katerimi ukrepi se bomo morali v zdravstvu prilagoditi grožnji krize, da se bo slovensko zdravstvo lahko še naprej razvijalo in da kriza ne bo prizadela predvsem bolnikov in zdravstvenega stanja prebivalstva. Zunanji pritisk krize lahko slovensko zdravstvo celo izkoristi za uvedbo tistih sprememb, za katere do sedaj ni bilo nikoli časa in priložnosti. Vendar bi se moralo po mnenju avtorja strinjati s trinajstimi trditvami, ukrepe, ki sledijo iz teh trditev pa tudi uresničiti.

Abstract

Abstract: In this paper the author discusses how the existing economic crisis impacts the health care system in Slovenia and debates the measures that need to be implemented so that the health care system will adapt to the threats and the challenges this crisis has brought thereby ensuring its continued development and preventing negative effects on both the existing patients and the population's health status. The Slovenian health care system could even benefit by utilizing the external pressures created by the crisis to gain support from relevant stakeholders for some major changes and implement those much needed changes that could not be implemented in the past due to lack of appropriate opportunity, time or support. However, such changes will take place only if the relevant stakeholders agree with the thirteen facts

and viewpoints the author provides in this paper and take the necessary steps to implement the measures that support these thirteen facts and viewpoints discussed.

Uvod

Gospodarska kriza bo vstopila v delovanje slovenskega zdravstva skoraj skozi vse okoljske elemente slovenskega zdravstvenega sistema. Zaostajanje denarnih in realnih dohodkov prebivalstva bo ogrozilo prihodke blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja, državni proračun bo imel na voljo vse manj možnosti za nadomeščanje izpadov prihodkov v to blagajno, prispevki za zdravstvo bodo vse bolj dražili delo v gospodarstvu na sploh in bodo vse bolj na udaru, da se morajo zmanjšati, prebivalstvo bo vse težje sodelovalo v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, javni ustanovitelji in zasebni lastniki izvajalcev bodo vse težje investirali v novo opremo in nosili stroške uvajanja novih zdravil in medicinsko tehničnih pripomočkov, država bo vse težje pokrivala stroške šolanja medicinskega kadra in zato bo presežno povpraševanje po tem kadru ostalo in se mogoče celo zaostrovalo, konkurenca – tudi tujih izvajalcev – bo vse večja, sedanja sodelovanja med zlasti javnimi izvajalci pa bodo zaradi varčevanja v večji meri prekinjena, ob padanju standarda prebivalstva in njihovi premoženjski ter dohodkovni polarizaciji bo zdravstveno stanje prebivalstva vse slabše, večji delež prebi-

valstva kot v preteklih letih pa bo imel otežen dostop do zdravstvenih storitev, vse močnejši bo tisti sloj prebivalstva, ki služi s profiti in ne plačuje prispevkov, čeprav ima večji dohodek tudi na račun tistih, ki jih plačujejo in ustanovitelji ter lastniki izvajalcev bodo bolj pritiskali na stroškovno učinkovitost, kar skoraj vedno ogroža tudi kakovost zdravstvenih storitev.

Da v takih razmerah ne bi bil ogrožen obstoj slovenskega zdravstva, da ne bi bilo prizadeto prebivalstvo zaradi slabše ponudbe zdravstvenih storitev in da bi krizo lahko izrabili za spremembe, za katere do sedaj ni bilo časa ali pa niso bile primerne, bi morali v Sloveniji sprejeti trinajst trditev, jih na enak način razumeti in na njihovi podlagi zasnovati tudi akcije, ki bi jih morali potem tudi v najkrajšem času uresničiti.

Prvič, sedanji plačilni sistem v javnem zdravstvu ni vzdržen, kar jasno kaže prav kriza!

Plačilni sistem v javnem zdravstvu mora biti po eni strani finančno vzdržen, po drugi strani pa mora zagotavljati ustrezno ponudbo zdravstvenih storitev znotraj javne mreže. S tega vidika je ključno vprašanje tako imenovane univerzalne košarice zdravstvenega varstva. V Sloveniji in številnih drugih državah vztrajamo na univerzalni košarici zdravstvenega varstva, pri kateri imajo prebivalci dostop do vseh storitev zdravstvenega varstva v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Problem takšnega sistema financiranja in ponudbe zdravstvenih storitev je v obsegu finančnih obremenitev zdravstvene zavarovalnice obveznega zavarovanja. Številni dejavniki, med drugim staranje prebivalstva, medicinske inflacije, razvoj novih tehnologij, pojav novih bolezni, pojav novih kliničnih poti in podobno, povzročajo nenehno večanje takšne univerzalne košarice zdravstvenega varstva, ki zahteva tudi nenehno povečevanje sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za financiranje košarice. Problem izvira iz dejstva, da v sistemih financiranja javne zdravstvene mreže ne obstaja selekcijska funkcija na strani povpraševanja,

ki je značilna za tržne odnose. Tako se namesto enakopravnosti dostopa do zdravstvenih storitev uveljavlja sistem enakosti dostopa do zdravstvenih storitev, v katerem ima vsak prebivalec pravico do pokrivanja vseh stroškov zdravstvenega varstva, zlasti v razmerah, ko ni ustrezno organizirano vratarstvo. V Sloveniji ta proces povzroča pritisk na povečevanje višine prispevkov za zdravstveno zavarovanje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa tudi pritisk na povečevanje premij, ki jih zaračunavajo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice. Oboje povečuje stroške dela in kritično vpliva na konkurenčno sposobnost podjetij v gospodarskem sektorju. Kriza je prej, kot smo napovedovali, opozorila, da je nadaljnja rast in celo ohranitev univerzalne košarice zdravstvenega varstva možna le ob rasti prispevkov. Ker bi to neposredno povečevalo stroške dela, tega še nekaj časa ne bo mogoče uresničevati.

Tako tudi Slovenijo čaka zelo resno vprašanje reforme in vsaj delne ukinitve univerzalne košarice zdravstvenega varstva. Takšna reforma je delno strokovni problem, saj mora zdravstvena stroka povedati, katere storitve ni nujno potrebno zagotoviti v univerzalni obliki vsem državljanom in jih je mogoče prenesti na državljane, da jih pokrivajo iz lastnih sredstev, delno pa je to tudi politični problem, saj gre za odločanje o odnosu med problemi, ki jih za posamezne državljane rešuje država, in problemi, ki jih morajo državljani reševati sami v okviru svojih možnosti. Glede na različne sisteme financiranja obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bi takšna prestrukturiranja v Sloveniji nesporno bistveno zmanjšala solidarnost z vidika dohodka in starosti, v določeni meri pa bi lahko zmanjšala tudi osnovno solidarnostno v zdravstvu, to je solidarnost med bolnim in zdravim.

Drugič, v Sloveniji bomo morali povečati delež denarja za zdravstvo, ki prihaja s trga!

Ker ni mogoče povečati prispevnih stopenj, ker bodo realni prejemki prebivalstva, na podlagi katerih plačujemo prispevke v blagajno obve-

znega zavarovanja, padali, in ker se bo večalo število brezposelnih, bo v prihodnjih mesecih in letih vse manj sredstev za financiranje univerzalne zdravstvene košarice oziroma za financiranje blagajne obveznega zdravstvenega zavarovanja. Povečanje sredstev za zdravstvo je mogoče zagotoviti samo z večjim financiranjem zdravstva z »denarjem iz žepa« in preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Vendar ne gre le za obseg sredstev za zdravstvo. S tem zasukom bi se povečala tudi vloga selekcijskega mehanizma na strani prebivalstva, ko povprašuje po zdravstvenih storitvah.

Predpostavka ukinitve univerzalne košarice zdravstvenega varstva je namreč v tem, da plačevanje zdravstvenih storitev z "denarjem iz žepa" posameznikov uvaja bistveno bolj racionalno izbiro in povpraševanje posameznikov ter zmanjša potrebo po ustrezni ponudbi zdravstvenih storitev. Pri tem se je potrebno zavedati, da takšna prerazdelitev zagotavljanja storitev zdravstvenega varstva še ne pomeni, da ni mogoče storitev, ki so izključene iz univerzalne košarice zdravstvenega varstva, financirati tudi iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Tretjič, večji delež trga v zdravstvu je pri nas možen šele po reformi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja!

Sedanji slovenski sistem temelji na popolnoma nelogični vlogi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Reforme obveznega zdravstvenega zavarovanja na začetku devetdesetih let so temeljile na uvedbi doplačilnega sistema. Ta sistem ima tipično nalogo povečati selektivnost na strani povpraševanja, saj lahko doplačila silijo prebivalstvo k bolj skrbnemu izboru in dostopu do ponudnikov zdravstvenih storitev. Da ne bi rušili načela obveznega zdravstvenega zavarovanja in hkrati uveljavili selektivno vlogo, morajo biti doplačila vrednostno manjša in ne smejo biti zavarovana v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Problemi financiranja univerzalne zdravstvene košarice skozi sklade obveznega zdravstvenega zavarovanja

v Sloveniji pa so iz leta v leto povečevali delež javnega zdravstvenega varstva, ki ga financirajo prostovoljne zdravstvene zavarovalnice. Visoki zneski doplačil so izsilili uveljavljanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki je postalo za prebivalstvo vsebinsko nujno in je prisililo velik del prebivalstva, da se vključi v prostovoljno zdravstveno zavarovanje, da bi prek njega pokrivalo previsoka doplačila. S tem pa so doplačila izgubila svojo ekonomsko vlogo, prostovoljne zdravstvene zavarovalnice pa svojo vlogo, saj so postale zgolj dopolnilo obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

Zato bi bilo smiselno čim prej uveljaviti reformo v slovenskem zdravstvenem zavarovanju, s katero bi obvezno zdravstveno zavarovanje prevzelo stoddotno financiranje zdravstvenih storitev, ki bi jih zagotavljal javni sistem zdravstvenega varstva - pri tem pa bi lahko uveljavili tudi ustrezno vlogo doplačil, prostovoljne zdravstvene zavarovalnice pa bi prevzele financiranja enega dela storitev iz sedanje univerzalne košarice zdravstvenega varstva in financiranje zdravstvenih storitev, ki jih prebivalci že sedaj plačujejo z "denarjem iz žepa". S tem bi se reformirala univerzalna košarica zdravstvenega varstva, razbremenil bi se sistem financiranja zdravstva preko prispevkov in zmanjšali bi se stroški dela, prostovoljne zdravstvene zavarovalnice pa bi lahko aktivno sodelovale pri razvijanju novih zdravstvenih storitev, ki bi jih ponujali izvajalci na trgu. Glede na to, da bi takšna reforma zdravstvenega zavarovanja zahtevala zgolj drugačno definicijo sredstev, ki so sedaj zbrana in se redno nabirajo pri zdravstvenih zavarovalnicah, prebivalstvo v prvem trenutku sploh ne bi opazilo reforme, vzpostavile bi pa se iztočnice za bolj učinkovito delovanje na strani plačnikov.

Četrtrič, javna mreža izvajalcev je vezana na odločitev glede univerzalne košarice zdravstvenega varstva!

V Sloveniji zdravstvo temelji na javnem zdravstvu, kar pomeni javno financiranje določene košarice zdravstvenih dobrin in mrežo izvajal-

cev tega javnega zdravstva. V osnovi so mreže javnega zdravstva v glavnem sestavljene iz javnih izvajalcev. Zasebni pa so v mreži le dopolnitev. Sožitje med javnimi in zasebnimi izvajalci znotraj javne mreže zdravstvenega varstva mora vsaj v tem trenutku v Sloveniji upoštevati dejstvo, da ta mreža temelji na javnih izvajalcih, da lahko zasebniki svoje podjetniške podvige uresničijo zunaj te mreže v konkurenci za "denar iz žepa" in da je zasebni sektor znotraj mreže javnega zdravstva zgolj dopolnilo javnemu sektorju tedaj, ko javni sektor zaradi različnih razlogov ne more ali pa ni dovolj učinkovit pri nudenju storitev zdravstvenega varstva znotraj javne mreže.

Pogosto pozabimo, da odločitev o obsegu univerzalne košarice zdravstvenega varstva pomeni tudi odločitev o obsegu mreže izvajalcev znotraj javnega zdravstvenega varstva. Te mreže, ki v prvi vrsti govori o številu javnih in zasebnih izvajalcev znotraj nje ter njihovi distribuciji med posamezne sektorje zdravstvenega varstva in geografska območja, ni mogoče načrtovati brez odločitve o obsegu univerzalne košarice zdravstvenega varstva. Če bi se v Sloveniji v prihodnjih letih odločili za reformo univerzalne košarice zdravstvenega varstva, bomo ob tem prisiljeni tudi v reformo obsega javne zdravstvene mreže, in sicer zelo verjetno v smeri zmanjševanja števila zasebnih in tudi javnih izvajalcev zdravstvenega varstva. V tem primeru bi bili prisiljeni izpeljati določeno stopnjo privatizacije javnih izvajalcev zdravstvenega varstva. Sedanja kriza zato lahko privede do presežka javnih izvajalcev in do potrebe po njihovi privatizaciji.

Petič, za učinkovitost v slovenskem zdravstvu potrebujemo regulirano konkurenco!

Verjetno bi težko trdili, da tisti del zasebnih izvajalcev, ki deluje na trgu, občuti vse vidike konkurence in da njihovo delovanje z vidika asortimana storitev, njihovih cen in kakovosti v celoti obvladujejo popolno konkurenčne razmere. Pomanjkanje zdravnikov na trgu dela, v določeni meri administrativno omejen vstop

takšnih izvajalcev na trg, pa tudi univerzalna košarica zdravstvenega varstva omejujejo v veliki meri konkurenco za takšne izvajalce. Zakonodaja bo zato morala posebno pozornost nameniti vstopnim pogojem, standardom izvajanja teh dejavnosti, razbijanju monopolnih struktur in krepitvi trga dela, kar bo zagotovo v daljšem obdobju pospešilo to obliko podjetništva v zdravstvenem varstvu. Z vidika razvoja tega dela izvajalcev zdravstvenega varstva v Sloveniji bo nesporno ključen tudi razvoj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Drugače je s konkurenčnimi razmerami znotraj mreže javnega zdravstva. Tudi za del zasebnih izvajalcev zdravstvenega varstva, ki danes kot koncesionarji delujejo znotraj mreže javnega zdravstvenega varstva, je smiselno domnevati, da deluje na podlagi profitnega motiva. Pri tem pa je potrebno upoštevati, da so podrejeni enakemu plačilnemu sistemu kot javni izvajalci, kadar delujejo znotraj mreže javnega zdravstva in da imajo za partnerje znotraj te mreže javne izvajalce, ki zagotovo ne sledijo profitnemu motivu. Z vidika zakonodaje in tudi zdravstvene politike je za tako sožitje javnega in zasebnega sektorja nujno, da so pogoji za delovanje enih in drugih izvajalcev enaki. Enaki morajo biti prostorski in drugi materialni pogoji, pa tudi kadrovske zahteve za izvajanje te dejavnosti. Še pomembneje pa je, da so standardi za ponujanje storitev znotraj javne mreže izenačeni za javne in zasebne izvajalce. Če dovolimo zasebnim izvajalcem, da ob standardnih storitvah v javni mreži ponujajo tudi nadstandardne in druge storitve, potem je potrebno to dovoliti tudi javnim izvajalcem. Prav tako je potrebno zahtevati, da so organizacijski vidiki, ki vplivajo na stroške poslovanja enih in drugih izvajalcev, enaki. Učinkovito organizirani zdravstveni dom, ki lahko izkorišča delitev dela in ekonomijo obsega znotraj sebe, bi moral biti načeloma stroškovno učinkovitejši od zasebnega izvajalca osnovnega zdravstvenega varstva. Kadar zasebni izvajalec uporablja javne zaposlitvene in materialne zmogljivosti, je pomembno, da v resnici plačuje polno stroškovno ceno teh zmogljivosti. Le v takih razmerah je sožitje javnega in zasebnega znotraj javne mreže zdravstvenega varstva možno. Pri tem je zelo ključno, da tako zasebni kakor javni izvajalci zdravstvene-

ga varstva, potem ko opravijo vlogo, ki jo imajo znotraj javne mreže zdravstvenega varstva, lahko enakopravno nastopajo tudi na trgu storitev zdravstvenega varstva zunaj javne mreže. S tem se oblikuje tudi dodatna konkurenca na tem trgu, ki je zagotovo koristna za bolnike, ki storitve plačujejo z "denarjem iz žepa".

Odprto je tudi vprašanje števila zavarovalnic obveznega zavarovanja. Glede na relativno majhen trg in majhen obseg sredstev za potrebe zdravstvenega zavarovanja je verjetno bolj smiselno ostati pri eni sami zavarovalnici obveznega zavarovanja. Vendar bi bilo potrebno spremeniti njeno upravljavsko strukturo, pri čemer bi bilo potrebno posebej povečati vpliv zavarovancev in tudi države. Pri tem ni nepomembno, da bi uvajanje večjega števila zavarovalnic obveznega zdravstvenega zavarovanja nujno zahtevalo tudi uvajanje izravnalnih shem. Izkušnje pri nas in v svetu kažejo na skrajno neučinkovitost takšnega reguliranja zdravstvenih zavarovalnic.

Šestič, za učinkovitost v slovenskem zdravstvu potrebujemo revidiran plačilni sistem!

Eden temeljnih in v tem trenutku najbolj kritičnih pogojev za učinkovito delovanje tako zasebnih kot javnih izvajalcev znotraj javnega sistema financiranja je obstoječi plačilni sistem. Obstoječi plačilni sistem, ki v primarnem zdravstvenem varstvu temelji na glavarini in storitvenem sistemu, v sekundarnem zdravstvenem varstvu pa na storitvenem sistemu, sistemu skupin primerljivih primerov in delno tudi sistemu bolnišničnih oskrbnih dnevov, je sicer v osnovi ustrezen. Nesporno značilnosti glavarinskega sistema ustrezajo učinkovitemu gospodarjenju v primarnem zdravstvenem varstvu, tudi zobozdravstvu, če je ta ustrezno nadzorovan tudi po obsegu dela. Prav tako je smiselno vratarstvo na ravni splošnih zdravnikov, saj lahko to zagotovi določeno racionalnost tudi v sekundarnem zdravstvenem varstvu in zlasti pri vstopu bolnikov iz primarnega v sekundarno zdravstveno varstvo. Uveljavljanje skupin primerljivih primerov je vsaj za naše

razmere dovolj ustrezno in stimulatивно za poslovanje tako zasebnih kot javnih izvajalcev znotraj javnega zdravstvenega varstva.

Problem slovenskega plačilnega sistema torej ni v samem sistemu, pač pa v dejstvu, da je bil delno opredeljen že leta 1982, da ga ne revidiramo redno na letni ravni, da se ne izvaja dosledno in da so cene storitev znotraj tako opredeljenega plačilnega sistema postavljene za različne izvajalce na različni ravni in hkrati oblikovane na način, ki omogoča mehke proračunske omejitve. Glede na to, da plačilni sistem v javnem zdravstvu regulira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, bi bilo nujno potrebno, da zavod izpelje obsežno revizijo plačilnega sistema in novelira inženirske normative, na osnovi katerih je vzpostavljen ta sistem. Zagotovo normativi iz leta 1982 ne ustrezajo sedanjim procesom pri izvajalcih. Nujno potrebno je preiti v sistem enakih cen za vse izvajalce. Če v tem trenutku tega ni mogoče izpeljati v krajšem času, je potrebno preiti na sistem dediščine, v katerem izvajalci del prihodkov pridobivajo na podlagi preteklih prihodkov, del pa po enotnih cenah, pri tem pa se prvi sistem plačevanja v relativno kratkem času spremeni v celoti v drugega. Znotraj Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je potrebno oblikovati dovolj obsežno strokovno službo tudi z zunanjimi sodelavci, ki omogoča redno letno analizo in tudi revizijo ustreznih standardov plačilnega sistema.

Sedmič, pri javnih izvajalcih je potrebno ustvariti bolj neposredni vpliv konkurence in tudi plačnikov iz sredstev zdravstvenega zavarovanja

Zlasti bolnišnični izvajalci morajo v večji meri decentralizirati svoje poslovanje in omogočiti izločanje dejavnosti v samostojne organizacijske oblike. Potrebno bi bilo doseči, da tudi zakonodaja na področju javnih zavodov omogoča organiziranje holdinških oblik, v katerih je mogoče vzpodbude, ki izhajajo iz plačilnega sistema in stroškovne učinkovitosti, v večji meri povezati z osebnimi prejemki zaposlenih, hkrati pa jih je mogoče z vidika poslovođenja v

večji meri tudi obvladati. Gre za zmanjševanje velikosti posameznih izvajalcev na raven optimalne, kar pomeni, da bi morali znotraj večjih izvajalcev natančno opredeliti stroškovna mesta, na katerih bi se ugotavljali izkazi uspeha in bilance stanja, kjer bi se ugotavljali tudi dobički in kjer bi za uspešnost poslovanja lahko razvili ustrezno poslovodstvo - v večini primerov - na tako imenovani srednji ravni. Možnost holdinških oblik in povezave prejemkov zaposlenih z ustvarjenimi dobički na podlagi stroškovne učinkovitosti so tako nujen pogoj, da se motiv poslovanja pri javnih izvajalcih okrepi in po svoji vlogi približa motivu zasebnih izvajalcev.

Osmič, neučinkovitost v slovenskem zdravstvu izhaja iz ustanoviteljske vloge države pri javnih izvajalcih

Zmanjšanje razdalje med nastankov vplivov konkurence in plačilnega sistema in javnimi izvajalci zdravstvenega varstva zahteva spremembo vloge lastnika v njih. Problem je v sami definiciji izvajalcev zdravstvenega varstva. Ne gre za problem njihove vloge v delitvi dela znotraj zdravstvenega sistema, pač pa za problem njihove lastninske strukture. Slovenski izvajalci zdravstvenega varstva zelo strogo razpadejo v skupino zasebnih in skupino javnih izvajalcev, pri tem pa skupina zasebnih izvajalcev zdravstvenega varstva razpade v skupino, ki kot zasebni izvajalci delujejo v celoti na trgu, in v skupino izvajalcev, ki delujejo znotraj sistema javnega financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji. Javni izvajalci pa imajo ustanovitelje, ki je država na različnih ravneh, ki pa prek svetov zavodov ne deluje kot lastnik s svojim »zasebnim« interesom. Tudi če deluje na ta način, upravljavsko vlogo igra v svetih zavodov skupaj s predstavniki zaposlenih, plačnikov in tudi lokalnih skupnosti. Tako vloga države ima resne posledice za upravljanje, s tem pa tudi za vodenje javnih izvajalcev. Če pri zasebnih izvajalcih zasebna lastnina jasno določa motiv njihovega delovanja, nedorečena javna lastnina javnih izvajalcev sproža vprašanje, kaj naj bi jih

spodbujalo, da, na primer, poslujejo stroškovno učinkovito.

Devetič, iz nizke učinkovitosti javnih izvajalcev se ne bomo izvili, če ne bomo rekli, v čigavem interesu delujejo javni izvajalci!

Nesporno je smiselno domnevati, da zasebni izvajalci delujejo na podlagi profitnega motiva in da tržne ter konkurenčne vzpodbude neposredno usmerjajo njihovo delovanje. Vendar se je treba zavedati, da tudi ustvarjanje enakih pogojev za delovanje zasebnih in javnih izvajalcev znotraj javne mreže ni nesporno, saj je motiv za delovanje zasebnih izvajalcev zelo strogo določen in močan, motiv javnih izvajalcev, ki naj bi uradno delovali neprofitno in zasledovali zgolj stroškovno učinkovitost, pa zelo nedorečen. Pri javnih izvajalcih v Sloveniji je zagotovo ključno vprašanje motiva, ki ga primarno uresničujejo ti izvajalci. Javni izvajalci imajo sicer ustanovitelja, ki je država na različnih ravneh, vendar se ta ne uveljavlja pri javnih izvajalcih kot zasebni lastnik s profitnim motivom. Zato je mogoče motiv, ki poganja dejavnost javnih izvajalcev, izpeljati le iz interesa zaposlenih pri javnih izvajalcih, ta interes pa je nesporno povezan z maksimizacijo osebnih prejemkov zaposlenih. V praksi pogosto ustanovitelji neposredno posegajo v poslovanje javnih izvajalcev, ko na primer odločajo o investicijah, vrhnjem managementu, pokrivanju izgub ali razpolaganju z dobičkom, vendar bi bilo popolnoma nesmiselno pričakovati, da lahko takšno poseganje ustanovitelja v samo vodenje javnih izvajalcev zagotavlja tudi njihovo stroškovno učinkovitost na strateški in zlasti operativni ravni. V ta namen je mogoče izkoristiti zgolj dohodkovne interese zaposlenih, to pa je mogoče narediti le na ta način, da ustanovitelji z ustrezno regulacijo poslovanja in operativnega delovanja javnih izvajalcev dovolijo maksimizacijo prejemkov zaposlenih, če ti s svojim delom uresničujejo stroškovno učinkovitost in hkrati maksimizacijo zdravstvene ravni bolnikov, ki vstopajo v njihove organizacije. Če take spodbude ni, jo lah-

ko nadomestimo le z neposrednim vodenjem javnih izvajalcev s strani države.

Desetič, največja rezerva pri javnih izvajalcih je v intenzivnosti dela oziroma organizaciji delovnih procesov!

Stroškovna učinkovitost se vedno pokaže v dobičkovnosti izvajalca, kar ni v nasprotju z neprofitnim načinom poslovanja javnih izvajalcev, saj tega opredeljuje način porabe dobička. Da pa bi lahko ugotavljali dobiček, potrebujemo strošek dela. Za to je ključno natančno spremljanje delovnih procesov, pri čemer je treba vpeljati ustrezne normative dela in dnevno evidentiranje dela na ravni vsakega posameznega zaposlenega. 40 urni delavnik mora v resnici izražati efektivno delo zaposlenih, nadurno delo pa dopuščati šele tedaj, ko posameznik z efektivnim delom doseže obveznosti v okviru rednega dela. Pri tem je nujno, da se različna intenzivnost dela, kot je na primer med dežurstvom in vizito bolnika, odrazi v ponderacijskem sistemu delovnih normativov. Ena ura dežurstva ni enaka eni uri kirurškega dela. S tem bi se je zagotovilo, da so zaposleni plačani enako za enako delo, da nadurno delo v resnici izraža presežno delo in da stroški dela izražajo efektivno delo in ne zgolj formalnega delovnega časa. S tem bi nastali bistveni prihranki pri stroških dela, povečala bi se intenzivnost dela, hkrati pa bi se ustvarjala osnova za ustrezno nagrajevanje tistega dela, ki je po količini in kakovosti izjemno ali pa je vezano na tržne programe, ki jih pacienti plačujejo z "denarjem iz žepa".

Delo zunaj posameznega javnega izvajalca pri zasebnem ali drugem javnem izvajalcu mora postati del rednega delovnega dela pri izvajalcu. To pomeni, da je potrebno takšno delo organizirati na ravni izvajalcev in da posamezni zdravniki pri drugih izvajalcih ne delujejo kot zasebniki ali kot lastniki različnih podjetniških oblik. V vseh tistih primerih, ko danes zaposleni pri javnih izvajalcih delujejo na trgu preko različnih podjetij, ki ponujajo tržne zdravstvene storitve, je potrebno vzpodbuditi javne izvajal-

ce, da takšne storitve v samostojnih podjetniških oblikah organizirajo sami in omogočajo pridobivanje dodatnih prejemkov zaposlenih tako, da delujejo pri izvajalcih, pri katerih so zaposleni. S tem nastane tudi določen dodatni prihodek za javne izvajalce, ki omogoča financiranje tudi javne dejavnosti, ki jo izvaja javni izvajalec. Prav dejstvo, da v današnjih razmerah javni izvajalci ne ustvarjajo tega prihodka, kaže, da je vsako delo zaposlenih pri zasebnih izvajalcih zunaj javnega izvajalca v nasprotju s konkurenčnim položajem izvajalca na trgu.

Enajstič, investicije je potrebno vrniti k izvajalcem!

Celotno investicijsko dejavnost in upravljanje ter vodenje s kapitalskimi izdatki je potrebno prenesti na management javnih izvajalcev. V ta namen je potrebno plačilni sistem spremeniti tako, da omogoča realizacijo ustrezne amortizacije in oportunitetne cene kapitala, ki se izraža v dobičku. Sedanje obveznosti javnih izvajalcev do ustanoviteljev je potrebno spremeniti v normalni lastniški kapital. Pri investiranju in organiziranju dejavnosti je potrebno omogočiti javnim izvajalcem, da izkoriščajo tudi možnosti javno-zasebnega partnerstva. Ker pa v teh primerih nujno prevlada profitni motiv, je smiselno takšne možnosti dovoliti le tedaj, ko javni izvajalec posega s svojo dejavnostjo na trg zdravstvenih storitev in ko je odvisen od povpraševanja, ki temelji na "denarju iz žepa" pacientov. Poleg tega je potrebno omogočiti javnim izvajalcem, da z ustreznim načrtovanjem proračunov za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke ter za zunanje medicinske storitve ustvarjajo prihranke, ki lahko povečujejo osebne prejemke zaposlenih. Proračunsko načrtovanje teh stroškov in izdatkov je potrebno ugotovljati na ravni vsakega posameznega zdravnika ali zdravstvene ekipe, ki je povezana z njegovim delom.

Dvanajstič, slovenski trg dela v zdravstvu je začetek njegovih težav!

Za delovanje celotnega zdravstvenega sistema je zelo ključno vprašanje tudi učinkovitost trga delovne sile, na katerega posegajo izvajalci zdravstvenega varstva. S povečevanjem možnosti uvajanja zasebnih izvajalcev se povečuje problem preseženega povpraševanja na tem trgu, zato je uveljavitev nove medicinske fakultete v Mariboru zagotovo zelo pomemben korak. Ker pa bo dal ta korak pomembnejše rezultate šele v daljšem obdobju, je nujno odpiranje trga za vstop delovne sile iz drugih držav. Škoda, da ljubljanska medicinska fakulteta ni izkoristila uveljavljanja načel bolonjske reforme in je ostala pri predolgem študiju medicine, ki daje za potrebe zdravstva pretirano akademsko izobražene zdravnike, ki tudi zaradi tega dejstva potrebujejo preveč časa za prilagoditev za delo v primarnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu. Posledica takega sistema izobraževanja ni le pomanjkanje zdravnikov za normalno delo v našem zdravstvu, pač pa tudi predraga delovna sila s pogosto previsoko stopnjo akademske izobrazbe.

laga za razširitev sistema "denar sledi bolniku", ki je lahko ključna oblika konkurence v odnosu med izvajalci in bolniki.

Trinajstič, učinkovitost gre na račun kakovosti, če je ne branim!

Sistemi stroškovne učinkovitosti lahko ogrožajo kakovost zdravstvenih storitev in preprečijo uresničevanje temeljnega cilja izvajalcev, ki je zagotavljanje zdravja za bolnike, ki vstopijo v dejavnost javnega izvajalca. Zato je nujno potrebno vpeljati sisteme kakovosti, ki omogočajo ocenjevati delo vsakega posameznika med medicinskim osebjem, pri tem pa morajo biti ti sistemi javni, dostopni bolnikom in podlaga za njihovo odločanje pri izboru med izvajalci znotraj mreže javnega zdravja, pa tudi med posamezniki iz zdravstvenega osebja. Vpeljati je potrebno anketiranje bolnikov na ravni vsakega posameznika v zdravstvenem osebju, omogočiti bolnikom zamenjavo zdravnika in medicinske sestre ter ustvariti sistem pravice do drugega mnjenja. Na ta način bi se povečala možnost izbire s strani bolnikov in hkrati ustvarila pod-

Beležke

[illegible]

Beležke

[illegible]

mag. Nataša Belopavlovič

Praktika, Zavod za preučevanje delovnih razmerij

Možnosti za odpoved pogodbe o zaposlitvi

Povzetek

V prispevku so obravnavane različne možnosti prenehanja pogodbe o zaposlitvi od sporazumne prekinitve delovnega razmerja do odpovedi pogodbe. Posebno pozornost je avtorica namenila redni in izredni odpovedi pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca, odpovednim razlogom in postopkom v zvezi z odpovedjo ter pravicam, ki jih imajo odpuščeni delavci.

Abstract

The paper deals with ways of terminating an employment contract from consensual cancellation to ordinary and extraordinary termination. Above all the author emphasizes ordinary and extraordinary termination of an employment contract to the worker by the employer, reasons for termination of an employment contract, procedure of termination and rights of dismissed workers.

Uvod

Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02 in 103/07 – v nadaljevanju ZDR), ki ureja odnose med delavcem in delodajalcem, posveča razlogom in načinom prenehanja pogodbe o zaposlitvi veliko pozornosti. Ureditev prenehanja pogodbe o zaposlitvi je namreč eno najpomembnejših vprašanj delovnega prava, pri čemer se tako domači kot tudi tuji in mednarodni pravni viri ukvarjajo zlasti s prenehanjem pogodbe na iniciativo delodajalca, torej s primeri, ko pride do prenehanja brez soglasja oziroma proti volji delavca.

Delovnopravna zakonodaja je v izhodišču namenjena varovanju delavca, kot šibkejše stranke pogodbenega razmerja, ne glede na to pa se zakonodajalci zavedajo, da je treba delodajalcem zagotoviti možnosti, da prilagodijo delovno silo potrebam poslovanja in odločajo o tem, koliko in kakšne delavce bodo imeli. Zato morajo imeti tudi ustrezne možnosti za odpuščanje.

1. Načini prenehanja pogodbe o zaposlitvi

ZDR pozna različne načine prenehanja pogodbe o zaposlitvi. Najpogostejši so prav gotovo sporazum med delavcem in delodajalcem, potek roka, za katerega je bila pogodba o zaposlitvi sklenjena in odpoved pogodbe o zaposlitvi.

1.1. Sporazumno prenehanje pogodbe o zaposlitvi

Prenehanje pogodbe o zaposlitvi s sporazumom temelji na soglasju obeh strank. Razlogi za prenehanje v tem primeru niso pomembni in jih ni treba navajati. Za sporazum je bistveno, da je odraz prave in resnične volje strank. Za veljavnost sporazuma je pomembno, da je sklenjen v pisni obliki. Sporazum mora vsebovati določilo o posledicah, ki nastanejo delavcu zaradi prenehanja veljavnosti pogodbe o zaposlitvi pri uveljavljanju pravic iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti (delavec v primeru sporazumnega prenehanja pogodbe o zaposlitvi pri zavodu za zaposlovanje ne more uveljavljati denarnega nadomestila za čas brezposelnosti, saj mu je delovno razmerje prenehalo po njegovi volji).

1.2. Potek časa, za katerega je bila pogodba o zaposlitvi sklenjena

Če je pogodba o zaposlitvi sklenjena za določen čas, preneha veljati s potekom časa, za katerega je bila sklenjena oziroma, če je sklenjena za opravljanje dogovorjenega dela, ko je delo opravljeno oziroma ko je prenehal drug razlog, zaradi katerega je bila pogodba sklenjena.

1.3. Odpoved pogodbe o zaposlitvi

Možnost, da ena ali druga pogodbeni stranka odpove pogodbo o zaposlitvi, izhaja iz pogodbene narave delovnega razmerja. Pri tem ZDR loči redno odpoved, to je odpoved z odpovednim rokom, in izredno odpoved, to je odpoved brez odpovednega roka, ki učinkuje z vročitvijo odpovedi drugi stranki.

Pri redni odpovedi lahko delavec odpove pogodbo brez obrazložitve, delodajalec pa mora svojo odpoved obrazložiti ter dokazati utemeljenost odpovednega razloga. V primeru izredne odpovedi morata tako delavec kot delodajalec odpoved obrazložiti, dokazno breme je na strani stranke, ki izredno odpoveduje pogodbo o zaposlitvi.

V nadaljevanju prispevka se bom omejila na možnosti za odpoved pogodbe o zaposlitvi, ki jih imajo po ZDR delodajalci.

2. Redna odpoved pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca

Za vsako delodajalčevo odpoved mora obstajati utemeljen razlog. To pomeni, da delodajalec ne sme delavca odpustiti, če tega ne more vsebinsko upravičiti.

ZDR kot utemeljene razloge, ki upravičujejo redno odpoved pogodbe o zaposlitvi, v 88. členu navaja sledeče razloge:

- poslovni razlog,
- razlog nesposobnosti,
- krivdni razlog,
- nezmožnost za delo.

Pravna ureditev odpovedi pogodbe o zaposlitvi se razlikuje glede na to, za katerega od razlogov gre. Prav tako so od tega odvisne tudi nekatere pravice, ki delavcu pripadajo ob odpovedi in tudi kasneje, v času brezposelnosti.

2.1. Redna odpoved pogodbe o zaposlitvi iz poslovnega razloga

Poslovni razlog je podan, kadar preneha potreba po opravljanju določenega dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi zaradi ekonomskih, organizacijskih, tehnoloških, strukturnih ali podobnih razlogov na strani delodajalca. Pri tem moram poudariti, da ni nujno, da potreba po delu delavca absolutno preneha, bistveno je, da preneha potreba po delu pod določenimi, s pogodbo dogovorjenimi pogoji. Poudarjena je torej pogodbeni narava delovnega razmerja:

delavec je dolžan opravljati le delo, za katerega se je s pogodbo o zaposlitvi dogovoril, in le pod vnaprej dogovorjenimi pogoji, ki izhajajo iz pogodbe. Enostransko pogodbe ni mogoče spreminjati. Spremembe so možne le sporazumno, s sklenitvijo nove pogodbe o zaposlitvi po 47. členu ZDR, ali tako, da delodajalec delavcu pogodbo o zaposlitvi odpove ter mu hkrati s tem ponudi novo pogodbo. Seveda pa je možno, da delodajalec iz poslovnih razlogov delavca sploh ne potrebuje več.

Rok za odpoved pogodbe o zaposlitvi iz poslovnega razloga je določen v šestem odstavku 88. člena ZDR. Delodajalec mora odpoved podati najkasneje v šestih mesecih od nastanka utemeljenega razloga. Po stališču stroke in sodne prakse gre za prekluzivni rok, kar pomeni, da z iztekom roka pravica podati odpoved preneha.

2.1.1. Postopek pred odpovedjo iz poslovnega razloga

Delodajalec mora pri redni odpovedi pogodbe o zaposlitvi, ki je posledica njegove poslovne odločitve, da je delavčevo delo postalo nepotrebno, spoštovati nekatere zakonske zahteve.

Odpoved pogodbe o zaposlitvi mora biti podana v pisni obliki, v kateri mora delodajalec navesti in podrobno obrazložiti razlog. Poleg izreka in obrazložitve mora odpoved vsebovati tudi opozorilo na pravno varstvo¹ ter opozorilo na pravice iz zavarovanja za primer brezposelnosti².

O nameravani odpovedi mora delodajalec predhodno pisno obvestiti delavca. Če delavec zahteva, pa mora o uvedbi postopka pisno obvestiti tudi sindikat, katerega član je delavec ob uvedbi postopka.

Z namenom zaščite delavca pred brezposelnostjo je delodajalec v postopku pred odpovedjo dolžan preveriti, ali je možno delavca zaposliti pod spremenjenimi pogoji ali na drugih delih

oziroma ali ga je možno dokvalificirati ali prekvalificirati za drugo delo. Če je nova pogodba možna, se je delavec o ponudbi dolžan izreči v roku 15 dni od njenega prejema. Delodajalec delavcu ponudi ustrezno zaposlitev, če le-te ni pa mu lahko ponudi tudi neustrezno. V primeru, da delavec sprejme ponudbo delodajalca za ustrezno zaposlitev za nedoločen čas, nima pravice do odpravnine, obdrži pa pravico izpodbijati pred pristojnim sodiščem utemeljenost odpovednega razloga. Prav tako delodajalec delavcu ni dolžan plačati odpravnine, če ta ustrezno ponudbo odkloni. V primeru ponudbe neustrezne nove zaposlitve, ki jo delavec sprejme, pa ima pravico do sorazmernega dela odpravnine v višini, ki jo dogovori z delodajalcem. Seveda pa lahko delavec neustrezno ponudbo tudi odkloni. V tem primeru mu gredo vse pravice, ki tudi sicer pripadajo presežnim delavcem (polna odpravnina in odpovedni rok).

Za ustrezno zaposlitev se po zakonu šteje zaposlitev, za katero se zahteva enaka vrsta in stopnja izobrazbe, kot se je zahtevala za opravljanje dela, za katero je imel delavec sklenjeno prejšnjo pogodbo, in za delovni čas, ki je bil dogovorjen s prejšnjo pogodbo (polni oziroma krajši delovni čas), pri čemer kraj opravljanja dela ne sme biti oddaljen več kot 3 ure vožnje v obe smeri z javnim prevoznim sredstvom ali z organiziranim prevozom delodajalca.

2.1.1.1. Posebnosti pred odpovedjo iz poslovnega razloga v primeru kolektivnih odpustov

O kolektivnih odpustih govorimo, kadar delodajalec ugotovi, da bo v relativno kratkem času zaradi poslovnih razlogov postalo nepotrebno delo večjega števila delavcev.

Večje število je določeno z zakonom in je odvisno od velikosti delodajalca. Od velikosti oziroma od števila zaposlenih pri delodajalcu so odvisne tudi nekatere druge obveznosti delodajalca. Delodajalec, ki zaposluje 20 ali več delavcev, mora ob razlogih za prenehanje potreb po večjem številu delavcev zagotoviti:

- obveščanje sindikata pri delodajalcu,
- predlog kriterijev za določitev presežnih de-

1 Delavec lahko zahteva ugotovitev nezakonnosti odpovedi pogodbe o zaposlitvi pred pristojnim delovnim sodiščem v roku 30 dni od dneva vročitve odpovedi.

2 Delavec se je dolžan v roku 30 dni od prenehanja pogodbe o zaposlitvi prijaviti na zavodu za zaposlovanje, kjer lahko uveljavi pravico do denarnega nadomestila za čas brezposelnosti.

lavcev,

- program razreševanja presežnih delavcev,
- posvetovanje s sindikatom z namenom, da doseže sporazum,
- obveščanje zavoda za zaposlovanje.

V letu dni po odpovedi, če delodajalec zaposluje nove delavce, imajo delavci, ki jim je bila odpovedana pogodba o zaposlitvi iz poslovnega razloga, prednostno pravico do zaposlitve.

2.1.2. Odpovedni rok

Dolžino odpovednega roka v primeru redne odpovedi iz poslovnega razloga ZDR veže na dolžino delovne dobe, ki jo je delavec dosegel pri (zadnjem) delodajalcu. Novela ZDR, sprejeta in uveljavljena leta 2007, je odpovedne roke sicer nekoliko skrajšala, vendar pa se v prehodnem obdobju, do uveljavitve sprememb in dopolnitev Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (v nadaljevanju ZZZPB) še vedno uporabljajo odpovedni roki, ki znašajo:

- 30 dni, če ima delavec manj kot pet let delovne dobe pri delodajalcu,
- 45 dni, če ima delavec najmanj pet let delovne dobe pri delodajalcu,
- 75 dni, če ima delavec najmanj 15 let delovne dobe pri delodajalcu,
- 150 dni, če ima delavec najmanj 25 let delovne dobe pri delodajalcu.

Za delovno dobo pri delodajalcu se šteje tudi delovna doba pri njegovih pravnih prednikih.

Odpovedni rok začne teči naslednji dan po vročitvi odpovedi.

2.1.3. Odpravnina

V primeru odpovedi iz poslovnega razloga delavcu pripada odpravnina.

Osnova za izračun odpravnine je povprečna mesečna (bruto) plača, ki jo je prejel delavec ali bi jo delavec prejel, če bi delal, v zadnjih treh mesecih pred odpovedjo. Višina odpravnine je odvisna od minulega dela pri delodajalcu in

znaša:

- 1/5 osnove za vsako leto dela pri delodajalcu, če je delavec zaposlen pri delodajalcu od 1 do 5 let;
- 1/4 osnove za vsako leto dela pri delodajalcu, če je delavec zaposlen pri delodajalcu od 5 do 15 let;
- 1/3 osnove za vsako leto dela pri delodajalcu, če je delavec zaposlen pri delodajalcu več kot 15 let;

pri čemer se upošteva tudi delo pri delodajalčevih pravnih prednikih.

2.2. Odpoved pogodbe o zaposlitvi iz razloga nesposobnosti

Razlog nesposobnosti je v ZDR definiran kot nedoseganje pričakovanih delovnih rezultatov, ker delavec dela ne opravlja pravočasno, strokovno in kvalitetno ali ker ne izpolnjuje pogojev za opravljanje dela, določenih z zakonom ali izvršilnim predpisom, zaradi česar ne more izpolnjevati svojih obveznosti iz delovnega razmerja. V prvem primeru gre za subjektivno, v drugem pa za objektivno nesposobnost. Seveda pa v obeh primerih to povzroči, da delavec svojih delovnih obveznosti ne more izpolnjevati tako, kot se od njega pričakuje.

Ob tem je treba opozoriti, da se ob presoji razloga nesposobnosti v praksi sodišč velikokrat pojavi tudi vprašanje ali oziroma kako je delodajalec zagotavljal ustrezno usposabljanje, izpopolnjevanje in izobraževanje, ki bi delavcu omogočalo ohranjanje in razvijanje poklicnih in strokovnih sposobnosti za opravljanje njegovega dela. Če delodajalec delavcu ne omogoča ustreznega usposabljanja in posodabljanja znanja, ga bo zaradi nesposobnosti tudi težje odpustil.

Rok za podajo odpovedi iz razloga nesposobnosti je šest mesecev od nastanka utemeljenega razloga.

2.2.1. Postopek pred odpovedjo iz razloga nesposobnosti

Tako kot vsi drugi odpovedni razlogi mora biti tudi razlog nesposobnosti utemeljen. V postopku pred odpovedjo mora delodajalec delavca povabiti na zagovor, na katerem bo delavcu predložil, v čem je njegova nesposobnost ter mu omogočil, da pojasni razloge za svoje nepravilno, nestrokovno ali nekvolitno delo. Vabilo delavcu mora biti podano pisno, iz njega pa mora biti razviden točen razlog za odpoved in opozorilo, da bo odpoved sprejeta, če se delavec vabilu na zagovor neupravičeno ne bo odzval. V skladu z ZDR mora delodajalec delavcu omogočiti razumen rok za pripravo na zagovor. Rok ne sme biti krajši od treh delovnih dni.

Če delavec to zahteva, mora delodajalec o nameravani odpovedi obvestiti tudi sindikat, katerega član je delavec ob uvedbi postopka.

O zagovoru se piše zapisnik, po potrebi se lahko zaslišijo priče, pokažejo listinski in drugi dokazi. Seveda pa mora biti iz zapisnika jasno razvidno, da je delavec seznanjen z razlogi za odpoved.

Tako kot v primeru odpovedi iz poslovnega razloga je delodajalec tudi v primeru odpovedi iz razloga nesposobnosti dolžan preveriti, če obstaja možnost ohranitve zaposlitve delavca na drugem delovnem mestu, ki bi bilo morda manj zahtevno in bi ustrezalo delavčevim sposobnostim, oziroma preveriti, ali bi bilo delavca možno dokvalificirati ali prekvalificirati za drugo delo. Šele če take možnosti ni, lahko delodajalec delavcu odpove pogodbo o zaposlitvi.

2.2.2. Odpovedni rok

Tako kot pri odpovedi iz poslovnega razloga je tudi pri odpovedi iz razloga nesposobnosti odpovedni rok vezan na dolžino delovne dobe pri delodajalcu. Do uveljavitve novele ZZZPB veljajo stari roki, ki znašajo:

- 30 dni, če ima delavec manj kot pet let delovne dobe pri delodajalcu,
- 45 dni, če ima delavec najmanj pet let delovne dobe pri delodajalcu,

- 60 dni, če ima delavec najmanj 15 let delovne dobe pri delodajalcu,
- 120 dni, če ima delavec najmanj 25 let delovne dobe pri delodajalcu.

2.2.3. Odpravnina

V primeru odpovedi iz razloga nesposobnosti pripada delavcu enaka odpravnina kot v primeru odpovedi iz poslovnega razloga (glej 2.1.3.).

Tudi v primeru odpovedi iz razloga nesposobnosti lahko delavec na Zavodu za zaposlovanje uveljavlja nadomestilo za čas brezposelnosti.

2.3. Odpoved pogodbe o zaposlitvi iz krivdnega razloga

V skladu z ZDR in pogodbo o zaposlitvi je delavec dolžan vestno opravljati delo, za katerega je sklenil pogodbo, v času in na kraju, ki sta določena za izvajanje dela, upošteva organizacijo dela ter navodila delodajalca. Temeljne obveznosti delavca so določene v ZDR, v primeru javnih uslužbencev pa nekatere obveznosti izhajajo tudi iz skupnih načel sistema javnih uslužbencev, določenih z Zakonom o javnih uslužbencih (v nadaljevanju ZJU) ter iz področne zakonodaje, ki ureja posamezne dejavnosti (na primer Zakon o zdravniški službi).

Kršenje pogodbenih in drugih obveznosti iz delovnega razmerja pomeni krivdni razlog, iz katerega lahko delodajalec odpove pogodbo o zaposlitvi. V primeru kršenja obveznosti pride v poštev tako redna kot izredna odpoved pogodbe o zaposlitvi. Slednja je možna le v primerih izredno hudih kršitev (obravnavanih v 111. členu ZDR).

Seveda pa je odpoved skrajno sredstvo, zato mora biti razlog nesporno resen oziroma utemeljen.

2.3.1. Postopek pred odpovedjo

Preden delodajalec odpove pogodbo o zaposlitvi iz krivdnega razloga, je dolžan izvesti predhodno postopek. Ko ugotovi, da delavec ne izpolnjuje svojih delovnih obveznosti oziroma

krši svoje pogodbene obveznosti, mora delavca pisno opozoriti na izpolnjevanje obveznosti in na možnost odpovedi v primeru ponovne kršitve v roku enega leta od prejema pisnega opozorila.

Šele v primeru ponovne kršitve lahko delodajalec odpove pogodbo o zaposlitvi po postopku, določenem v ZDR, ki je naslednji: delodajalec je dolžan delavca pozvati na zagovor in mu vročiti pisno obdolžitev. O možnosti odpovedi je dolžan obvestiti sindikat (če delavec to zahteva). Mnenje sindikata delodajalca ne zavezuje, pomembno pa je zato, da ima delavec v primeru, če sindikat meni, da ni utemeljenih razlogov za odpoved, pravico zahtevati zadržanje učinkovanja odpovedi do poteka roka za arbitražo oziroma sodno varstvo.

Delavec mora biti na zagovor pravilno povabljen, omogočiti mu je treba rok za pripravo (najmanj tri delovne dni), o zagovoru pa se piše zapisnik. Seveda mora biti že iz vabila na zagovor jasno, v čem so delavčeve kršitve.

Rok za podajo odpovedi iz krivdnega razloga je 60 dni od ugotovitve utemeljenega razloga oziroma največ šest mesecev od nastanka razloga za odpoved. Če ima krivdni razlog znake kaznivega dejanja, pa je rok daljši in traja ves čas, ko je mogoč kazenski pregon.

2.3.2. Odpovedni rok, odpravnina in pravice iz zavarovanja za primer brezposelnosti

Odpovedni rok v primeru odpovedi iz krivdnega razloga je en mesec.

Delavec v primeru odpovedi iz krivdnega razloga nima pravice do odpravnine in tudi na zavodu za zaposlovanje ne more uveljavljati nadomestila za čas brezposelnosti.

V odpovedi pogodbe o zaposlitvi je treba delavca opozoriti tako na pravno varstvo kot na pravice iz zavarovanja za primer brezposelnosti.

2.4. Nezmožnost za delo

Nezmožnost za opravljanje dela pod pogoji iz pogodbe o zaposlitvi zaradi invalidnosti v skladu s predpisi, ki urejajo pokojninsko in invalidsko zavarovanje, oziroma s predpisi, ki urejajo zaposlitveno rehabilitacijo invalidov, je glede na prvotno besedilo ZDR nov, dodaten razlog za odpoved pogodbe o zaposlitvi.

Zakonodajalec ga je v novelo zakona vključil zaradi učinkovitejšega reševanja problemov v zvezi z odpovedjo invalidom ter zaradi uskladitve s predpisi o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov.

2.4.1. Postopek pred odpovedjo

Delodajalec lahko invalidu II. ali III. kategorije odpove pogodbo o zaposlitvi, če mu hkrati ponudi drugo pogodbo za ustrezno delo, ki ustreza invalidovi delovni zmožnosti, pri sebi ali pri drugem delodajalcu. V primeru, da take možnosti ni, pa mu lahko odpove pogodbo o zaposlitvi po posebnem postopku, v katerem mora pred odpovedjo pridobiti mnenje medresorske komisije, ki je pristojna za ugotavljanje utemeljenosti razloga za odpoved pogodbe. Brez ustreznega mnenja odpoved ni možna.

2.4.2. Odpovedni roki, odpravnina

V primerih odpovedi zaradi nezmožnosti za delo se v skladu s 116. členom ZDR glede pravic delavcu, kot so odpovedni roki in odpravnina oziroma drugih pravic, ki niso drugače urejene s posebnimi predpisi, uporabljajo določbe ZDR, ki veljajo za odpoved iz poslovnega razloga.

3. Izredna odpoved pogodbe o zaposlitvi

Če obstajajo zakonsko določeni razlogi, ki kažejo da so odnosi med delavcem in delodajalcem popolnoma skaljeni, ter da ob upoštevanju vseh okoliščin in interesov delodajalca, nadaljevanje delovnega razmerja do izteka odpovednega roka oziroma do poteka časa, za katerega je bila pogodba sklenjena, ni mogoče, lahko delodaja-

lec delavcu izredno odpove pogodbo o zaposlitvi.

Izredno odpoved mora stranka podati najkasneje v 30 dneh od ugotovitve razloga za odpoved in najkasneje v šestih mesecih od njegovega nastanka. Subjektivni (30-dnevni) rok je bil z novelo ZDR podaljšan, saj se je prej veljavni 15-dnevni subjektivni rok v praksi izkazal kot prekratek in zato neustrezen. Objektivni šestmesečni rok pa je ostal nespremenjen, prav tako je ostalo nespremenjeno določilo glede daljšega roka (dokler je mogoč kazenski pregon) v primeru krivdnega razloga, ki ima vse znake kaznivega dejanja.

Med odpovedne razloge, ki dopuščajo, da delodajalec delavcu odpove pogodbo o zaposlitvi, zakon uvršča:

- če delavec krši pogodbeno ali drugo obveznost iz delovnega razmerja in ima kršitev vse znake kaznivega dejanja,
- če delavec naklepoma ali iz hude malomarnosti huje krši pogodbene ali druge obveznosti iz delovnega razmerja,
- če delavec najmanj pet dni zaporedoma ne pride na delo, o razlogih za svojo odsotnost pa ne obvesti delodajalca, čeprav bi to moral in mogel storiti,
- če je delavcu po pravnomočni odločbi prepovedano opravljati določena dela v delovnem razmerju ali če mu je izrečen vzgojni, varnostni ali varstveni ukrep oziroma sankcija za prekršek, zaradi katerega ne more opravljati dela dalj kot šest mesecev, ali če mora biti zaradi prestajanja zaporne kazni več kot šest mesecev odsoten z dela,
- v primeru iz petega odstavka 73. člena zakona,
- če delavec ne opravi uspešno poskusnega dela,
- če se delavec v roku petih delovnih dni po prenehanju razlogov za suspenz pogodbe o zaposlitvi neopravičeno ne vrne na delo,
- če delavec v času odsotnosti z dela zaradi bolezni ali poškodbe ne spoštuje navodil pristojnega zdravnika oziroma pristojne zdravniške komisije ali če v tem času opravlja pridobitno delo ali brez odobritve pristojnega zdravnika

oziroma pristojne zdravniške komisije odpotuje iz kraja svojega bivanja.

V nekaterih zakonsko določenih primerih lahko delodajalec ob uvedbi postopka delavcu prepove opravljati delo v času trajanja postopka. V času prepovedi opravljanja dela ima delavec pravico do nadomestila plače v višini polovice svoje povprečne plače v zadnjih treh mesecih pred uvedbo postopka odpovedi.

Za izredno odpoved s strani delodajalca veljajo pravila postopka iz 83. (zagovor delavca), 84. (vključevanje sindikata), 85. (nasprotovanje odpovedi), 86. (vsebina in oblika odpovedi) in 87. (vročanje) člena zakona. Pri vabilu na zagovor je treba paziti na roke, obrazložitev razloga ter na vročanje. Pri odpovedi pa je najpomembnejša dobra pisna obrazložitev utemeljenosti odpovednega razloga.

Za izredno odpoved s strani delodajalca je značilno, da taka odpoved pogodbe o zaposlitvi pomeni prenehanje delovnega razmerja brez pravice do odpravnine in da je to prenehanje, pri katerem delavec ne more uveljavljati pravic iz zavarovanja za primer brezposelnosti.

4. Posebno pravno varstvo pred odpovedjo

Posebno pravno varstvo pred odpovedjo po zakonu uživajo:

- predstavniki delavcev, med katere se štejejo delavski predstavniki po Zakonu o sodelovanju delavcev pri upravljanju in predstavniki delavcev v svetu zavoda ter imenovani ali voljeni sindikalni zaupniki;
- starejši delavci, to so delavci, starejši od 55 let in v letu 2009 delavke, starejše od 53 let, če jim ni zagotovljena socialna varnost na drugi podlagi;
- starši, med katere se štejejo delavke v času nosečnosti in dojenja ter delavka ali delavec v času izrabe starševskega dopusta;
- invalidi in odsotni z dela zaradi bolezni.

Če je posameznemu delavcu zaradi njegovega

statusa zagotovljeno večkratno varstvo pred odpovedjo, je treba upoštevati močnejše pravno varstvo.

Pri tem pa je treba poudariti, da obstajajo nekatere razlike v obsegu varstva delavcev glede na razlog odpovedi (močnejše pravno varstvo v primeru odpovedi iz poslovnih razlogov in šibkejša v primeru iz krivdnega razloga).

Sklep

Naj na koncu poudarim, da je zelo pomembno, za kateri odpovedni razlog se delodajalec odloči, saj je od razloga odvisno, kakšen je režim odpovedi, kakšne so pravice delavca in kakšne obveznosti delodajalca, ter katere določbe ZDR pridejo v poštev.

Ker pomeni izguba zaposlitve za večino delavcev izgubo edinega ali osnovnega vira rednih dohodkov in s tem socialne varnosti, pravni red posebej varuje delavčev interes za ohranitev zaposlitve. Zato mora biti razlog za odpoved pogodbe o zaposlitvi s strani delodajalca res tehten in utemeljen. Ob tem pa mora biti korrektno in zakonito izpeljan tudi sam postopek odpovedi.

Beležke

[illegible]

Beleške

Igor Horvat, univ. dipl. inž. stroj.

Splošna bolnišnica Jesenice

Marko Kiauta, univ. dipl. inž.

Tangram TQC

Obvladovanje procesov in prenova vodenja procesov v Splošni bolnišnici Jesenice

UVOD

Nove metode

Nove metode in tehnike o prenovi že obstoječih organizacij, ki so jih razvili v ZDA, imenujejo »reinženiring« preurejanje poslovanja in poslovnih procesov. Uvajanje te tehnike pomeni »revolucijo« poslovanja, podobno, kot je to bila specializacija dela v prejšnjih obdobjih.

Preurejanje poslovanja in poslovnih procesov je nov prijem v organiziranju in vodenju poslovanja, ki pomeni začeti znova. Ta prijem organiziranja in vodenja poslovanja zahteva uporabo drugačne možnosti, kot je veljala doslej. Preurejanje zavrača stara imena, kot so oddelki, enote, skupine in podobno, ker te oblike organiziranosti niso več pomembne. Pozabiti je treba, kako se je delo odvijalo med velikoserijsko in množično proizvodnjo. Pomembno je vedeti in se odločiti, kako je najboljše delati zdaj.

Nova miselnost procesnega pristopa

Bistvena težava pri uvajanju novosti je običajno opuščanje starega. Kaj pa je tisto staro, ki ga moramo opustiti, če želimo, da učinkovito zaživi procesni pristop? Zdi se, da je tisto, kar je treba opustiti, način vodenja, ki je značilen za funkcijsko organiziranost.

Izhodišča za vodenje so:

Pri funkcijski organiziranosti	izvajalec	Pristojnostipravilnost	znajanje	Aktivnost
Pri procesni organiziranosti	odjemallec	Odgovornosti-uspešnost	korištnost	Rezultat za odjemalca

Potreben je kopernikanski obrat¹, ko (izvajalci-zaposleni) sebe prenehamo obravnavati kot center. Osredinjenost premaknemo s sebe (moj položaj, kaj delam, kaj znam) na odjemalca (kaj potrebuje, kakšne pogoje ima, kakšen je možen njegov razvoj. Pri tem kot izvajalca ne mislimo le celo organizacijo ter kot odjemalca le odjemalce organizacije. Prava vrednost nastane, če to miselnost razširimo tudi v organizacijo, da poveže posamezne izvajalce (osebe) z odjemalci

¹ Logoterapija (zdravljenje s smislom) je metoda zdravljenja depresije, ki jo je razvil Viktor Frankl, in je prav uporabna, pri prilagajanju tržni logiki. Srečo-smisel-uspeh ne iščemo več v sebi temveč zunaj sebe (vagon ne morete poriniti od znotraj).

(osebami), ki so zaposleni v organizaciji. Tako naredimo premik iz vodenja kakovosti - QM (za zunanje odjemalce) na celovito vodenje kakovosti - TQM (tudi za notranje odjemalce. Uspešnost takega pristopa odpravlja notranje nepovezanosti in bistveno poveča tako učinkovitost (manj čas in stroškov), kakor razvoj in inovativnost (izpolnjene nove potrebe, ali potrebe, ki prej še niso bile izpolnjene).

Kaj pa je tisti sprožilni impulz, ki je potreben, da se to zgodi? Edini možni je NUJA. Pri privatnem sektorju je to pritisk trga, pri javnem pa je tega žal manj. A nuja postaja vseeno vedno bolj očitna. Stalno povečevanje potreb družbe, ki niso spremljanje s povečevanjem družbenih sredstev za javni sektor, ustvarja vedno bolj stresne razmere in ogroža tako kakovost zaposlenih (v javnem sektorju) kot kakovost za odjemalce javnega sektorja. Kaže, da rešitev žal ne bo le izboljševanje obstoječega. Po izkušnjah razvitejših (npr.: Nizozemska), se potrebe družbe povečujejo bistveno hitreje, kot pa se z izboljševanjem obstoječih dejavnosti javnega sektorja povečuje njegova produktivnost.

Rešitev je treba iskati dodatno še v povsem novih pristopih, kot je organiziranje dejavnosti tako, da njeno izvajanje ni omejeno le na lokacije posameznih strokovnih institucij (bolnice, šole, javna uprava, ...).

Primer tega je, da si sladkorni bolniki sami dajejo inzulin. Rešitev je treba iskati tudi v pristopu tretje generacije organiziranosti. Če je prva stopnja funkcijska in druga procesna, je tretja mrežna (mreža med seboj povezanih aktivnosti). Pri tej, v vsakem procesu izvajamo le aktivnosti, ki so na najvišjem nivoju, vse ostale potrebne aktivnosti izvajajo zunanji izvajalci. Seveda pa so naše najboljše aktivnosti istočasno (lahko) zunanji izvajalci v procesih drugih organizacij. Primer takega pristopa je uvajanje vključevanja vrhunskega rentgenske diagnostike (fizično in poslovno v SB Izola in KOPA Golnik ter zdravnike radiologe na domu) preko optične povezave in pogodbe direktno v proces SBJ.

Preurejanje poslovanja

Preurejanje poslovanja pomeni niz postopkov za doseganje korenitih sprememb v načinu dela. Poslovni proces je skupek zaporednih ali vzporednih aktivnosti, ki jih v odgovor na nek dogodek izvajajo ljudje ali aplikacije z namenom doseganja skupnega cilja znotraj enega ali več podjetij. Poslovni proces ustvarja dodano vrednost in prinaša korist tako za kupca kot za podjetje.

Preurejanje je temeljni vnovični premislek o poslovnem procesu in njegovo korenito preoblikovanje, da bi tako dosegli velike izboljšave pri kritičnih kazalnikih učinkovitosti, kot so stroški, kakovost, storitev in hitrost.

Podjetje je lahko konkurenčno le tedaj, ko se organizira tako, da se je sposobno prilagajati priložnostim in pretnjam (nevarnostim) poslovnega okolja ter se povezovati oziroma dinamično vključevati v zunanje poslovne procese ter si v njih zagotavljati ustrezen delež dodane vrednosti. Pri udejanjanju takšne strategije in spreminjanju poslovnega modela ključna vloga pripada managementu poslovnih procesov. Management poslovnih procesov (MPP) je nova oblika organiziranosti in delovanja ter sodoben poslovni pristop k upravljanju s spremembami pri prenavljanju in informatizaciji poslovanja. Usmerjen je v povezovanje poslovnih partnerjev (tudi notranjih) in neposredno (informatizirano) povezljivost njihovih poslovnih procesov. Le-to zajema modeliranje in analiziranje, optimizacijo, integracijo, upravljanje ter spremljanje in nadzor izvajanja teh procesov.

Namen prenove ali preurejanja poslovnih procesov

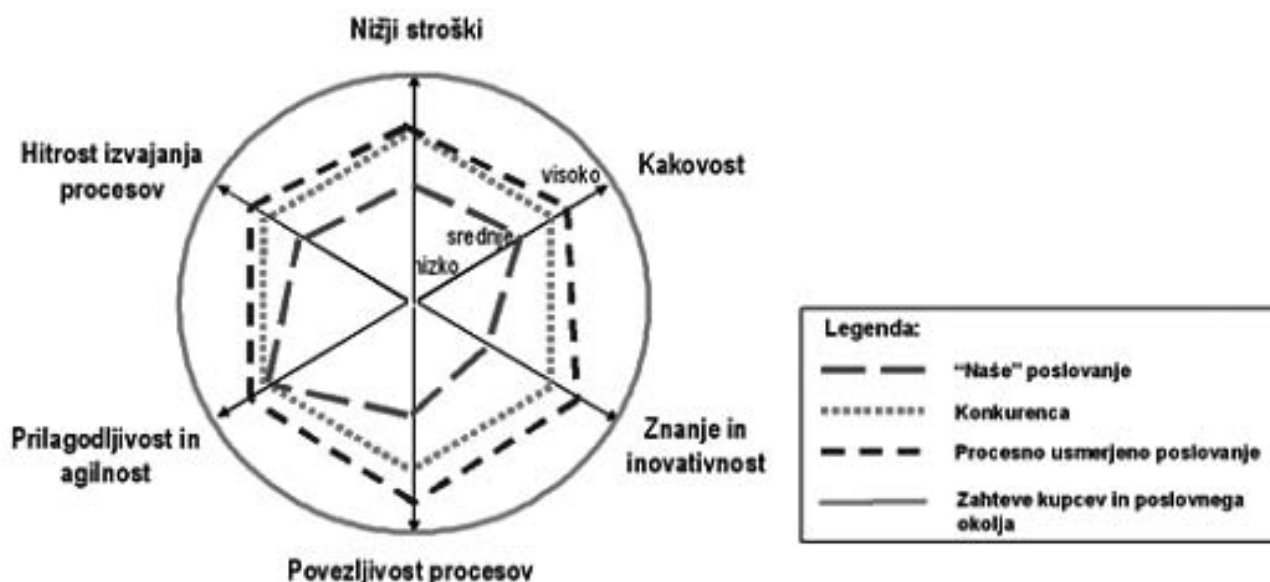
Namen prenove poslovnih procesov, je obravnavati ključnih vprašanj oz. dejavnikov sprememb v smeri zagotavljanja konkurenčne prednosti s procesno usmerjenostjo poslovanja. Konkurenčna prednost izhaja iz sposobnosti organizacije, da zadovolji potrošnika (kupca; znotraj bolnišnice so naročniki kot kupci in ponudniki storitev) bolje in učinkoviteje kot konkurenca (ta je običajno zunaj bolnišnice). S stališča procesno

usmerjene prenove poslovanja, ob že uveljavljenih dejavnikih (kakovost, hitrost in nižji stroki izvajanja poslovnih procesov), postajajo ključni dejavniki konkurenčnosti področja upravljanja z znanjem in inovativnost, sposobnost povezovanja oz. povezljivost z ostalimi organizacijami ter sposobnost hitrega oz. sprotne prilagajanja spremembam.

analizirati in modelirati prenovo poslovanja ter meriti rezultate procesne usmerjenosti organizacije?

Pojmi, ki se pojavljajo pri prenovi poslovnih procesov:

Ključne besede so (Hammer in Champy, 1995):



Slika1: Prenova PP.

Vprašanja, ki se pojavljajo pri prenovi poslovnih procesov:

- Ali bomo s procesno usmerjenostjo uspešnejši pri medsebojnem razumevanju in zagotavljanju potreb poslovnih partnerjev (tudi znotraj podjetja)?
- Ali procesna usmerjenost zagotavlja poslovno uspešnost in konkurenčnost?
- Značilnosti procesne usmerjenosti, kako jo zagotoviti in kako meriti?
- Kako vzpostaviti in zagotoviti drugačen odnos do poslovnih procesov? Vloga lastnikov in managementa organizacije? Vloga zaposlenih? Vloga informatikov ...?
- Kako zagotoviti pogoje za procesno usmerjenost? Vloga lastnikov in skrbnikov procesa? Vloga managementa poslovnih procesov oz. nova vloge službe za organizacijo, službe za informatiko, službe za kakovost...?
- Kako preiti iz obstoječe (funkcijske) v procesno organiziranost? Kako načrtovati, snovati,

1. »TEMELJEN«, pomeni, da moramo pri preurejanju postaviti temeljna vprašanja o svojih organizacijah in njihovih načinih dela. Temeljni vprašanja: Zakaj delamo, to kar delamo? Zakaj delamo tako, kot delamo? To ljudi prisili, da se zamislijo nad nenapisanimi pravili in predpostavkami, ki se skrivajo v njihovem načinu vodenja poslovanja. Pogosto se namreč izkaže, da so pravila zastarela, napačna in neustrezna.

2. »KORENIT«, pomeni korenito preoblikovanje oz. priti stvarjem do korenin. Pri tem preurejanju pozabiti na vse obstoječe strukture in postopke ter iznajti nove načine, kako opravljati delo. Pomeni vnovično izumljanje poslovanja, NE pa njegovo izboljševanje, popravljanje ali spreminjanje.

3. »DRASTIČEN«, pomeni, da NE gre za obrobne ali postopne izboljšave, temveč za doseganje velikanskih preskokov. Preurejanje primerno v organizacijah v katerih se kaže potreba po temeljnem preobratu.

4. »PROCES« je najpomembnejša beseda. Pro-

ces povzroča menedžerjem največ težav, ker le-ti niso »procesno usmerjeni«. Poslovneži so osredotočeni na naloge dela ljudi in strukture, ne pa na procese. Poslovni proces je zbirka dejavnosti, ki zahteva eno ali več vrst vložkov in ustvarja rezultat, ki za odjemalca pomeni neko vrednost.

Cilji, ki se postavljajo pri prenovi poslovnih procesov:

- Procesna usmerjenost organizacije, poslovna strategija in poslovni model, organiziranost poslovanja in poslovnih procesov
- Metode in orodja strateškega načrtovanja, analiziranja in spremljanja poslovanja ter izvajanja sprememb (BSC, metoda ABC, ...)
- Metode načrtovanja in merjenja ter izboljševanja zrelosti procesne usmerjenosti
- Medorganizacijsko povezovanje, vrednostne verige, upravljanje oskrbovalne verige, elektronsko poslovanje
- Upravljanje sprememb in razvijanje inovativnosti
- Management poslovnih procesov (celovita prenova poslovanja, modeliranje in prenova poslovnih procesov, ...)
- Management kadrov
- Management znanja
- Upravljanje kakovosti in zagotavljanja poslovne odličnosti (TQM, 6 sigma, ISO, EFQM, ...)
- Informatizacija poslovanja, upravljanje odnosov z odjemalci

S preurejanjem procesov postavimo model organiziranosti podjetja na glavo. S preurejanjem poenostavljamo procese. Posledice enostavnosti procesov se izrazito pokažejo v drugačni zasnovi procesov in obliki organiziranosti. Skupne značilnosti v preurejenih poslovnih procesih so zlasti (Hammer & Champy: 1995, 60-72):

- več nalog je združenih v eno samo
- delavci sprejemajo odločitve
- proces teče v naravnem zaporedju
- procesi imajo več različic
- delo se opravi tem, kjer je najbolj smiselno

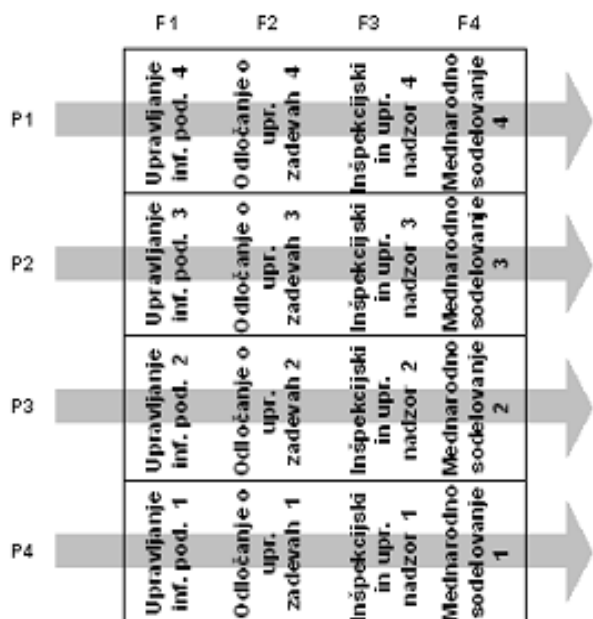
- manj nadzora in preverjanja
- uravnavanje neskladij je zmanjšano na najmanjšo mogočo mero
- edina stična točka je menedžer za primere
- prevladujejo hibridne centralizirane/decentralizirane operacije

S terminom delovni proces označujemo množico povezanih aktivnosti, ki se izvajajo v organizacijskem sistemu in posredno ali neposredno vplivajo na dodano vrednost pri uresničevanju skupnega cilja organizacijskega sistema. V bolnišnicah se namesto termina delovni proces najpogosteje uporablja izraz postopek.

Analiza poslovnih procesov, ki jo izvedemo v sklopu strateškega planiranja, razkrije postopkovni vidik organizacijskega sistema, ki iz ostalih modelov ni razviden. Rezultat analize delovnih procesov predstavimo z globalnim modelom delovnih procesov, ki je sestavljen iz grafične predstavitve ter besednega opisa najpomembnejših delovnih procesov.

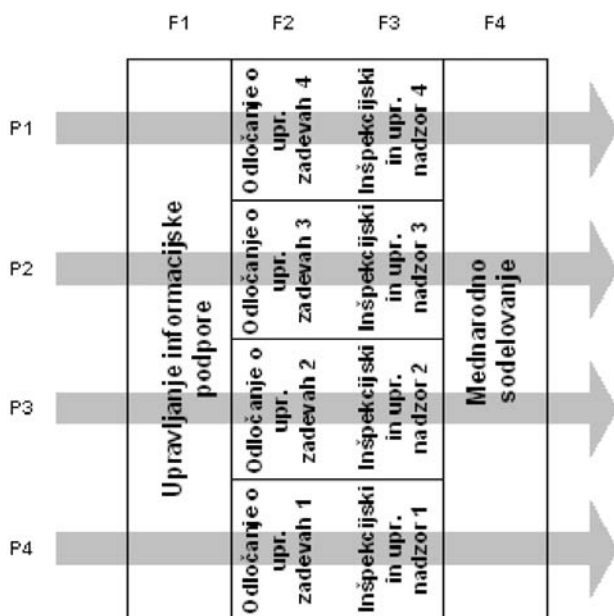
Globalni model delovnih procesov = diagrami delovnih procesov + opis delovnih procesov

Z vidika učinkovitosti delovnih procesov je primernejši procesno organiziran OS – organiziranosti sistema (Slika 1), kjer je njegova organizacijska struktura usmerjena procesno. To pomeni, da se delovni procesi izvajajo v okviru posameznih organizacijskih enot, kar olajša njihovo spremljanje, nadzor in končno tudi izvajanje. Vendar pa čista procesna usmerjenost organizacijske strukture OS zmanjšuje učinkovitost njegovih virov.



Slika 2: Procesna organiziranost organizacijskega sistema.

Tretja možna usmerjenost organizacijske strukture OS je hibridna usmerjenost (Slika 3.46), ki skuša kar najbolje zadovoljiti vse tri kriterije učinkovitosti. Takšna usmerjenost je značilna za OS, usmerjene proti kupcu (stranki), s poudarkom na tržni učinkovitosti, na učinkovitosti virov in na učinkovitosti delovnih procesov s področja poslovanja.



Slika 3: Hibridna organiziranost organizacijskega sistema

Kljub dejstvu, da so kriteriji učinkovitosti medsebojno odvisni in da gre pri doseganju učinkovitosti OS pravzaprav za nalogo, ki je optimiza-

cijske narave, se danes opaža velik poudarek na procesni usmerjenosti organizacijske strukture OS, ki da največjo težo učinkovitosti delovnih procesov.

Analiza učinkovitosti delovnih procesov

V sklopu strateškega planiranja in izdelave strateškega plana bolnišnice je priporočljivo izvesti tudi analizo učinkovitosti glavnih delovnih procesov (kazalniki učinkovitosti, kazalniki kakovosti).

Spremembe, ki se dogajajo ob preurejanju poslovnih procesov podjetja:

- delovne enote se spremenijo
- oblika dela se spremeni
- preurejeni procesi nudijo večje zadovoljstvo zaposlenim
- zamenjajo se vloge zaposlenih
- priprava na delo se spremeni
- osredotočenost na merjenje učinka in nagrajevanja se spremeni
- spremenijo se merila za napredovanje
- spremenijo se vrednote
- managerji se spremenijo
- spreneni se strukturna organiziranost
- direktorji se spremenijo

Strnjeni opis sprememb, ki nastanejo v preurejanju poslovnih procesih, kaže na spremembe skoraj vseh vidikov organiziranosti. Spremeni se delo, ljudje, menedžerji in vrednote oz. pričakovanja zaposlenih. Pri preurejanju torej NE zadošča, da preoblikujemo samo procese v organizaciji. S preoblikovanjem procesov se spremenijo tudi dela in strukture, management in sistemi merjenja dela ter vrednote in prepričanja zaposlenih. Vse spremembe v organizaciji se morajo skladati, v nasprotnem primeru bo organizacija slabo preurejena in bo imela številne pomanjkljivosti.

Težave ob uvajanju sprememb poslovnih procesov

Ob uvajanju prenove poslovnih procesov sprememb, ki so posledica uvajanja, nastajajo tudi nova pričakovanja in zahteve tudi s strani zaposlenih. Vse skupaj lahko izzove konfliktno in stresno situacijo, ki lahko pospešijo, največkrat pa zavrejo postopke uvajanja dobronamernosti sprememb. Konfliktni so običajno posledica osebnosti, različnosti ciljev in interesov znotraj podjetja (tudi bolnišnice), strahu pred neznanim in občutka osebne ogroženosti. Lahko so tudi posledica slabe komunikacije in obveščenosti. V veliki meri pa so posledica zavestnega nesodelovanja in prikritega oviranja. Sama konfliktnost ni sporna, če prinaša ustvarjalno naravnost in vodi k rešitvam. Pomembno vprašanje, ki si ga mora podjetje zastaviti in tudi vsak zaposleni je, ali sodelujem ali samo kritiziram ali povedano drugače, sem rešitev ali problem.

Za uspešne spremembe so potrebno ustvarjalni odnosi med zaposlenimi. Vloga vodij je, da ljudem pomagajo videti stvari, ki jih ne razumejo in ne vidijo. S tem jim pomagajo postati inovativni in dobijo željo po spremembah.

Procesno organiziranost lahko spremljajo tudi neželene posledice, ki se kažejo zlasti v tem:

- Z zmanjšanjem št. ravni se izgubi srednji management, kar lahko posledično pomeni odpuščanje velikega št. srednjih menedžerjev. V velikih družbah je to lahko več tisoč ljudi;
- Pregrupiranje in združevanje nalog in poslov povzroča manjše potrebe po zaposlenih v delavnicah in pisarnah. Ljudem je vprašljiva varnost zaposlitve, postajajo zaskrbljeni, ker ne vedo, kakšna prihodnost jih čaka, kar pa ne deluje motivacijsko na njihovo zavzetost pri delu;
- Ameriški raziskovalci procesne organiziranosti navajajo, da bo reinženiring gotovo povzročil odpuščanja sodelavcev, kar bo negativno vplivalo na stopnjo zaposlenosti. Povečanje ekonomičnosti podjetja bo imelo neprijetne

posledice za celotno družbo;

- Napredovanje v smislu vzpenjanja po hierarhični lestvici bo izginilo, ker ne bo več obstajala hierarhična struktura organiziranosti. To bo zahtevalo drugačne načine spodbujanja sposobnih strokovnjakov in tudi drugačen način nagrajevanja.
- Zahteva se vsestranska opredelitev ustvarjalnih ljudi v timih, hkrati pa se zahteva uspešno vodstvo na vrhu organizacije.
- Procesna organiziranost in stili vodenja so usmerjeni v prihodnost in dolgoročne cilje, hkrati pa zahtevajo trenutno izboljšanje in učinkovito poslovanje.

Pristop k uvajanju sprememb vodenja procesov v SBJ

Pri uvajanju sprememb vodenja procesov je potrebno v predhodnih fazah pripraviti in dogovoriti strateški poslovni načrt podjetja (bolnišnice). Pomembno je, da pri oblikovanju teh dokumentov sodelujejo vsi zaposleni, vodje. Dogovoriti in uskladiti je treba vizijo, poslanstvo in vrednote organizacije ter njen namen. Zaposleni morajo imeti dostop do teh dokumentov. Pomembno vlogo pri širitvi ideje, vizije, poslanstva, vrednot in ciljev bolnišnice imajo vodje posameznih oddelkov in timov.

Določiti je potrebno politiko kakovosti in načela politike kakovosti:

Naša politika kakovosti

»Kakovost je doseganje razvojnih ciljev odjemalcev«

Kakovost pojmuje tudi kot:

- Izpolnjevanje zahtev
- Prizadevanje za izpolnjevanje pričakovanj

Za doseganje kakovosti v najširšem smislu so prva prioriteta sledeča

NAČELA

- Osebna obravnava pacienta in vsakega zaposlenega
- Spoštovanje naših virov: zaposleni, finančna

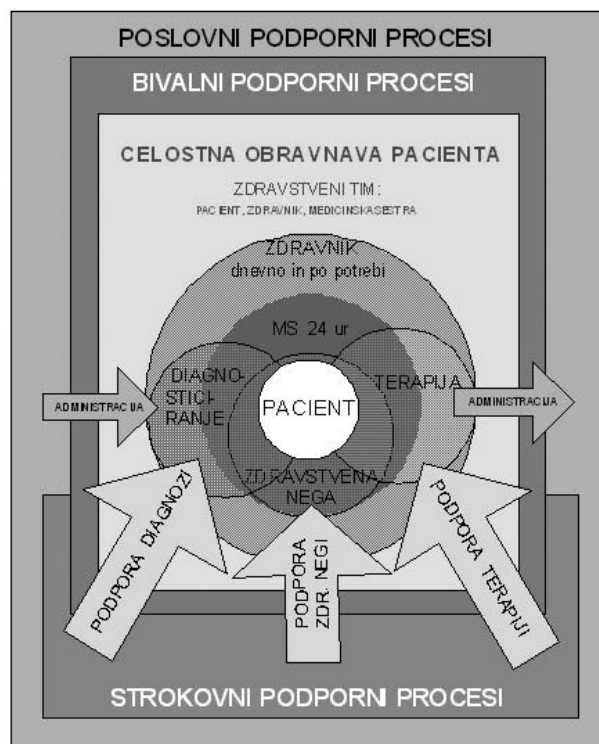
in materialna sredstva

- Odločanje na podlagi dejstev: pri vodenju kakovosti za paciente, za zaposlene in za bolnišnico.

V SBJ smo opredelili procese bolnišnice, ki so prikazani v spodnji sliki. Glavni in ključni dejavnik pri oblikovanju procesov nam je bil pacient. Dejansko se okrog njega tudi vse dogaja. Ključno pri postavitvi vloge pacienta v središče dogajanja, je bil z strinjanjem vseh vodij in skupnim oblikovanjem ter razumevanjem vloge posameznika v procesih. V ta namen smo oblikovali tudi ključni proces kot celostna obravnava pacienta, ki ga sestavlja zdravstveni tim: zdravnik, MS in pacient.

Pacient, ki je v središču dogajanja, je glavni »povzročitelj« vseh procesov. Okrog njega potekajo bistveni trije procesi (diagnosticiranje, ZN, terapija). Pri tem lahko zaključimo, da je MS praktično 24 ur prisotna ob pacientu. Vloga zdravnika je omejena na diagnosticiranje in terapijo ter na prisotnost v dnevnem času ali po potrebi. Podpora tem procesom je administracija, ki so vključuje na začetku in ob koncu obravnave pacienta. Podporni procesi osnovnim trem procesom so ključna podpora diagnozi, podpora ZN in podpora terapiji. V tem delu nastopajo vse ostale aktivnosti bolnišnice, ki so potrebne za pravilen, pravočasen, kakovosten in nemoten potek dela ob pacientu.

Podpora celostni obravnavi pacienta je bivalni podporni proces, podpora temu je strokovni podporni proces in zadnji je poslovni podporni proces, ki povezuje vse našete procese obravnave.



Slika 4: Celostna obravnava pacienta.

Slika prikazuje celostno obravnavo, kot glavni proces usmerjen v zunanega odjemalca - pacienta, in ostale procese kot podporne, ki glavnega omogočajo. Vse dejavnosti bolnišnice smo prepoznali kot 29 med seboj povezanih procesov.

Odgovornost za vodenje in prenova vodenja procesov

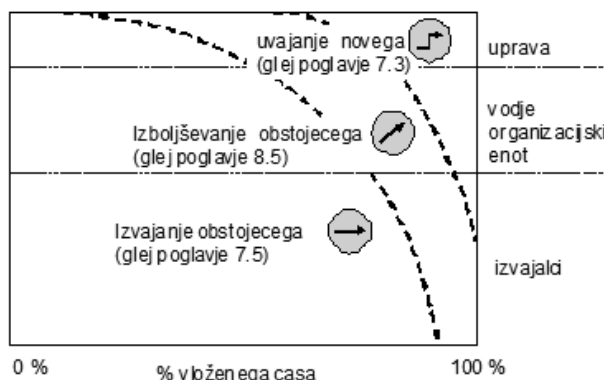
“Vsak je odgovoren za svoje delo in lasten razvoj”

Vsak skrbnik procesa oziroma vodja ima poleg odgovornosti zagotavljanja rezultatov procesa tudi odgovornost stalnega izboljševanja procesa. V ta namen določa cilje izboljšav, ukrepe za doseganje teh ciljev ter vzpostavlja merilne parametre, po katerih spremlja približevanje ciljem. Cilje procesa določa samostojno, prvenstveno v podporo doseganju ciljev organizacije, ki si jih ta določa za realiziranje Vizije.

Vsak vodja razvija v svojem delovnem okolju pogoje timskega dela. Zagotavlja stalno zavedanje glavnih načel, ki so objavljeni v politiki kakovosti. Pri tem je zgled za njihovo izvajanje.

Pomaga vsakemu iz svoje ekipe, da cilje pozna ter da razume, kako lahko s svojim delom vpliva na doseganje le-teh. Poleg tega sistematično pomaga pri osebnemu in strokovnemu razvoju vsakemu iz svoje ekipe. Razvija občutek odgovornosti vsakega iz ekipe za sprejemanje ciljev tima ter odgovornost za skupne cilje. Razvija temelje za skupno učenje in za ta namen motivacijsko spodbuja k skupnim ciljem znotraj ekipe.

Tri vrste del

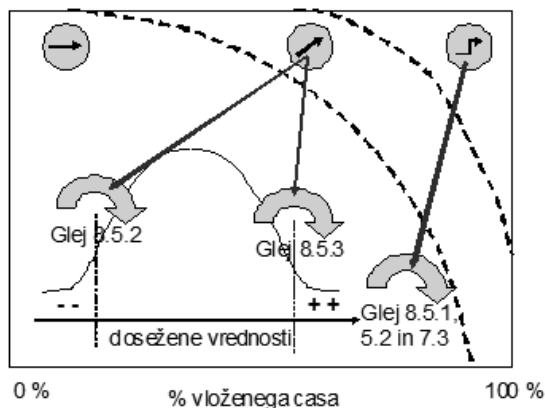


Slika 5: Vrste del.

Naloge vodje katerega koli področja, enote ali procesa so zagotovitev:

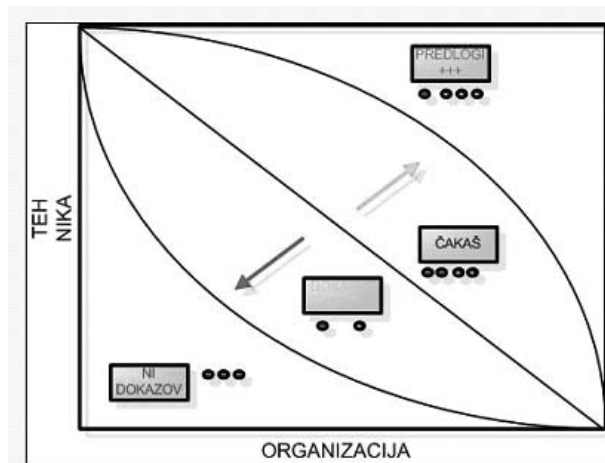
- jasno dogovorjenih in po potrebi dokumentiranih zahtev:
 - za rezultate in način dela
 - način preverjanja izpolnjevanja zahtev
- pogojev za izvedbo (glej poglavje 6. in 7.5)
- spremljanja in evidentiranja vseh odstopanj (glej poglavje 8.3)
- obravnave vseh odstopanj, odločanje in vodenje ukrepov izboljševanja z:

Vodene izboljšave



Slika 6: Vodene izboljšave.

Pri poročanju upravi vodja stremi k prepoznavanju pozitivnih in negativnih odstopanj glede na cilje, vendar je bistvo poročanja v predlaganju ukrepov izboljšav (odpravljanju vzrokov negativnih odstopanj, razširjanju vzrokov pozitivnih odstopanj, prilagajanju novim razmeram).



Slika 7: Vodene izboljšave.

Pri izvajanju teh nalog spoštuje skupna napisa-na pravila ter profesionalne in etične norme. Je zgled sodelavcem za odgovoren in ustvarjalen odnos do pravil, načel in etike, ki si jih bolnišnica postavi.

Osredotočenost na odjemalce

»Skrbimo za stalno usmerjenost na interese odjemalcev«

Z željo doseči usklajeno osredotočenost na odjemalce si v dokumentu „Poslanstvo“ določimo namen našega obstoja, prilagojen možnostim in potrebam časa in prostora. Določimo si

„Komu Kaj dajemo“. Trenutno veljaven zapis našega poslanstva se nahaja v 1. poglavju tega poslovnika.

Kdo so naši odjemalci:

zunanj	notranj
pacient	zaposleni
napotni zdravnik	oddelki in enote
plačnik (ZZZS, Vzajemna, Adriatik, ...)	
lastnik (MZ)	
širša lokalna skupnost	

Interese odjemalcev varujemo tako, da:

- dobro poznamo njihove potrebe, možnosti in zahteve
- izpolnjujemo dogovore in pričakovanja
- ugotavljamo in upoštevamo (ne)zadovoljstvo odjemalcev
- ugotavljamo in si prizadevamo za razumevanje bodočih potreb odjemalcev

V viziji si določamo, kako dobro želimo doseči naše poslanstvo. Sprejeta vizija nam pomaga:

- da se zaposleni pri vsakodnevnem komuniciranju zavedamo, kaj bi vsi skupaj radi dosegli
- da si vsak zaposleni s pomočjo nadrejenega in sodelavcev določi cilje, na katere ima sam vpliv in ima za njih pogoje, ki bodo doprinesli realizaciji vizije.

Vodenje politike kakovosti

S politiko kakovosti smo se dogovorili o ključnih faktorjih uspeha z razvojem katerih bomo realizirali vizijo.

Vsak vodja zagotovi:

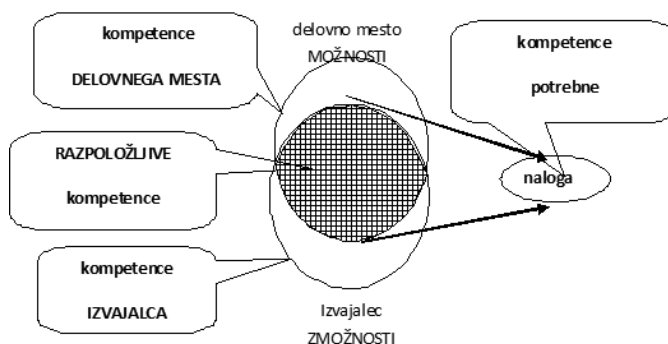
- da se njegovi sodelavci zavedajo politike kakovosti
- da se skladno z njo določa cilje izboljšav
- da se jasno dogovori o izvajalcih aktivnosti za doseganje teh ciljev spremljanje izvajanja aktivnosti in oceno rezultatov glede na cilje
- prepoznavanje nadpovprečnih rezultatov, izrekanje priznanj in razširjanje pristopov, ki so dali te rezultate
- primerno učinkovito komuniciranje s sodelavci, ki je pogoj za doseg vsega tega
- za vsak cilj si določimo način merjenja (ugotavljanja stanja) področja, na katerega želimo vplivati; metodo merjenja validiramo tako, da z njim ugotovimo in potrdimo trenutno stanje
- redno spremljamo potek izvajanja ukrepov in rezultate približevanja cilju ter po potrebi ukrepamo.

Planiranje kakovosti

»Naši cilji so konkretni in merljivi«

Na osnovi poslanstva, vizije in politike kakovosti v letnih planih za vsako leto pripravimo konkretne merljive cilje v okviru letnega načrta bolnišnice.

Izpolnjevanje postavljenih ciljev redno spremljamo, formalno pa preverimo njihovo izpolnjevanje ob pripravi letnega poročila Svetu zavoda, v Letnem strokovnem poročilu in v Letnem poročilu zdravstvene nege. Poročila vsebujejo zastavljene cilje in oceno stopnje njihove realizacije.



Slika 8: Planiranje kakovosti.

Pri določanju ciljev se zavedamo, da so potrebni tako cilji za razvoj osebnih kompetenc (ZMOŽNOSTI), kot tudi cilji za razvijanje kompetenc delovnih pogojev (MOŽNOSTI).

Dogovor o ciljih in ocena doseganja dogovorjenih ciljev se praviloma izvede v letnih razgovorih (začetek 2009).

Planiranje sistema vodenja kakovosti:

Sistem vodenja kakovosti planiramo iz dveh vidikov.

Prvič, določamo in izvajamo način razvoja in spoštovanja REDA (pravil, dogovorov).

Drugič, določamo in izvajamo način vodenja sprememb oz. RAZVOJA.

Planiranje procesov

Potek procesov bolnišnice zagotavljamo tako, da bo delo potekalo:

- varno (vgrajeni ukrepi, ki preprečujejo, da do odklonov prihaja, oziroma, da so odkloni čim prej prepoznani in odpravljeni)
- uspešno (čim boljše doseganje želenega rezultata)
- učinkovito (čim manj časa in obremenitev za končni rezultat).

Za doseganje gornjih ciljev smo v bolnišnici določili standardno strukturo opisa procesa (SOP 1). Procese načrtujemo tako, da je čimbolj onemogočeno nadaljevanje naslednje faze procesa, če je pri predhodnih prišlo do odklonov. Sestavni del uvedbe novo dogovorjenega opisa procesa je tudi ugotavljanje izvedljivosti le tega v konkretnih primerih (validacija procesa).

Dogovarjanje in komuniciranje z odjemalci bolnišnice

Kakovost in zadovoljstvo odjemalcev v bolnišnici zagotavljamo z dogovori o obojestranskih obveznostih, ki so: razumljivi, celoviti, točni, in izvedljivi. V ta namen (v okviru objektivnih možnosti) pred prevzemom kakršne koli obveznosti zagotovimo, da so z dokumenti dogovorov pred njihovim podpisom seznanjeni vsi nosilci odgovornosti v bolnišnici, ki bodo s podpisom dobili odgovornost za njihovo izvedbo.

Dokumenti, ki pri tem nastanejo so:

- zakonodaja in predpisi, ki določajo obseg in način delovanja bolnišnice (MZ)
- splošni dogovor za sklepanje pogodb za tekoče leto (ZZZS, MZ, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije)
- področni dogovor za bolnišnice (ZZZS, MZ, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije)
- pogodba o izvajanju programa dela (ZZZS, SBJ)

Vpliv na vsebino prvih treh gornjih dokumentov organizirano poteka preko Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

Pri dogovarjanju z pacienti in napotnimi/osebnimi zdravniki pa nastanejo naslednji dokumenti:

- informacije za pacienta in svojce (zloženska, navodila, plakati, internet...)
- napotnica, potrditev napotnice
- zapis dogovora s pacientom (pojasnilna dolžnost)

Uvajanje novosti

Razvoj bolnišnice in metode dela planiramo. (Strateški plan do leta 2011).

Projekte potrdi Strokovni svet, dokumenti zapisniki SS, finančno jih potrdi in ovrednoti Svet zavoda v letnem finančnem načrtu. Nad izvedbo bedi upravni kolegij, pregled nad potekom projektom ima upravni kolegij, poročila pripravlja predstavnik vodstva za SVK, ki vzdržuje seznam odprtih projektov.

Izvajanje posameznega projekta poteka:

- definiranje strokovno uporabniških zahtev
- imenovanje projektnega tima
- projektni tim pripravi plan projekta
- projektni tim izvaja kontrolne aktivnosti, ki jih določa plan projekta in redno poroča upravnemu kolegiju (UK)
- strokovna potrditev (verifikacija – izpolnjenost uporabniških zahtev) poročanje UK
- uporabniška potrditev (validacija) zahtev in pričakovanj
- usposabljanje vseh izvajalcev novih rešitev, podatke o usposobljenosti vodi oddelek, ki jih posreduje tudi v personalne mape
- projektni tim oceni uspešnost in učinkovitost poteka projekta in poroča UK.

Nabava

Proces nabave

V bolnišnici nabavljamo proizvode (medicinski potrošnji material, zdravila, drobn inventar in osnovna sredstva,...) in storitve (zdravniki, ki delajo po pogodbah, vzdrževanje opreme, čiščenje, varovanje, interni transport, pralnica, ...).

Obvladovanje kakovosti nabavljenih proizvodov in storitev izvajamo skladno z njihovo pomembnostjo glede na delovanje bolnišnice. Tiste, ki direktno vplivajo na zdravljenje in tiste, ki imajo pomemben vpliv na poslovanje bolnišnice obravnavamo prioritarno. Skladno s tem določamo merila in kriterije za ocenjevanje ob izbiri in ob letnem ocenjevanju. Izbiranje in ocenjevanje dobaviteljev poteka po postopkih, ki jih določa proces nabave.

Informacije za nabavo

Vsak zaposlen v bolnišnici naroča nabavo skladno z letnim planom. Ob naročilu izpolni obrazec Zahtevke za izdajo novega identa (lekarna) zahtevke za nabavo – za nove artikle, redno nabavo pa z uporabo računalniškega programa GO – SOFT.

Overjanje nabavljenih proizvodov

Overjanje nabavljenih proizvodov oz. storitev izvaja vodja nabavne službe v sodelovanju s strokovnim direktorjem, pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege, predstojniki oddelkov in vodji služb, vsak za svoje področje.

Obvladovanje procesa celostne obravnave pacienta

Proces obvladujemo s pomočjo opisa procesa Celostne obravnave pacienta.

To zagotavljamo z:

1. razpoložljivostjo informacij vsem izvajalcem,

ki sodelujejo v procesu celostne obravnave pacienta kot na primer: - pacientova dokumentacija, BIRPIS (bolnišnični računalniški program)

2. dostopnostjo vseh potrebnih navodil – SOP ... preko Intraneta

3. razpoložljivostjo opreme in pripomočkov (delujoča, kalibrirana, osebje usposobljeno za njeno uporabo), ki je dostopna po planirani razporeditvi vsem, ki jo potrebujejo

4. razpoložljivostjo merilnih naprav (delujoča, kalibrirana, osebje usposobljeno za njeno uporabo)

5. izvajanjem sistema nadzora po dogovorjenem planu (zunanji in notranji nadzor, pravilnik – o internem strokovnem nadzoru)

6. aktivnostjo preverjanja izpolnjevanja potrebnih pogojev kot pogoj za začetek naslednje faze procesa (preverjanje laboratorijskih izvidov pred operativnim posegom, pred analitična faza v laboratoriju, case-manager – kontrolne točke procesov).

Lastnina pacienta

Kot lastnino odjemalcev pojmuje tako materialno lastnino (obleka, vredni predmeti, ...) kot osebne podatke (medicinski in nemedicinski podatki).

Ob sprejemu pacienta prevzamemo in popišemo njegovo materialno lastnino.

Če pride do izgube ali poškodovanja lastnine pacientov, ali pa se ugotovi, da je kako drugače neprimerna za uporabo, se o tem pisno obvesti pacienta in z njim dogovori o nadomestitvi poškodovane ali izgubljene lastnine.

Varovanje pacienta

Varnost in zdravje pacienta je v času njegovega bivanja v naši bolnišnici naša najvišja skrb. Zato strokovno organiziramo potek dela tako, da maksimalno zmanjšujemo možnost poškodb ali okužb (bolnišnične okužbe, neljubi dogodki).

Navodila za preprečevanje bolnišničnih okužb

pripravlja Komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb in so objavljena na intranetu.

Obvladovanje nadzornih in merilnih naprav

Postopek Obvladovanja nadzornih in merilnih naprav zajema:

- ugotavljanje in zbiranje potreb in po nadzor-
nih in merilnih napravah
- naročanje nadzornih in merilnih naprav glede
na potrebe in izbor
- prevzem in evidentiranje nadzornih in meril-
nih naprav
- predaja naprav v uporabo
- preizkusno kontrolo – letni pregledi, tehnični
pregledi,
- periodično in intervencijsko kalibracijo

To področje neposredno podpirajo naslednji iz-
vedbeni dokumenti :

- Proces obvladovanja merilnih in kalibracij-
skih naprav – SOP 22
- Proces investicije in investicijsko vzdrževanje
– SOP 18
- Proces naročanje storitev tehnično vzdrževal-
ne službe – SOP 19
- Proces nabave – SOP NAB 1

Merjenje, analize in izboljšave

Izvajamo jih z namenom da:

- dokažemo izpolnjevanje zahtev in
 - izboljšujemo učinkovitost našega dela,
- planiramo in izvajamo nadzorovanje, merjenje,
analizo in izboljšave.

Nadzorovanja in merjenje – ugotavljanje stanja

Pri izvajanju dejavnosti bolnišnice sledimo pri-
stopu PDCA kroga:

- planiraj (P – plan)

- izvedi (D – do)
- preveri (C – check)
- analiziraj in ukrepaj (A – act)

Merjenje oziroma ugotavljanje stanja izvajamo
na štirih nivojih:

- zadovoljstvo notranjih in zunanjih odjemalcev
(8.2.1.)
- delovanje sistema (8.2.2.)
- delovanje procesov (8.2.3.)
- kakovost rezultatov (8.2.4.)

Zadovoljstvo odjemalcev, zaposlenih, partnerjev

Zadovoljstvo odjemalcev izvajamo enkrat letno
v obliki anketnega vprašalnika. Zadovoljstvo
pacientov izvajamo s pomočjo Nacionalne an-
kete o zadovoljstvu pacientov. Glede na možno-
sti merimo zadovoljstvo pacientov po posame-
znih oddelkih (zadovoljstvo porodnic, staršev
na pediatričnem oddelku ipd.). Dvakrat letno
analiziramo knjigo pohval in pritožb (v avli pri
medicinski sestri – informatorki) in predlaga-
mo možne izboljšave.

Zadovoljstvo dobaviteljev izvaja enkrat letno
vodja nabavne službe.

Zadovoljstvo zaposlenih merimo enkrat letno.

Ugotavljanje zadovoljstva pacientov, zaposle-
nih in dobaviteljev izvajamo z namenom pridobi-
vanja informacij za kurativne in preventivne
ukrepe in prilagajanje novim razmeram.

Notranja presoja

Bolnišnica izvaja notranje presoje v planiranih
intervalih (najmanj 1x letno), da bo ugotovila ali
sistem kakovosti:

- ustreza zahtevam standarda ISO 9001:2000 in
zahtevama sistema kakovosti, ki jih je sam po-
stavila,
- poteka učinkovito (izvajanje in vzdrževanja
sistema kakovosti).

Predstavnik vodstva za kakovost planira program presoj ob upoštevanju statusa in pomembnosti presojanih aktivnosti in področij, kot rezultat predhodnih presoj. Določeni so predmet presoje, pogostost in metodologija. Izbira usposobljenih presojevalcev in izvajanje presoj zagotavlja objektivnost in neodvisnost procesa presoj. Presojevalci ne presojajo lastnega dela.

Izdelan je dokumentiran postopek izvajanja notranjih presoj, ki vključuje odgovornosti za planiranje in zahteve za izvajanje presoj, da bi zagotovili njihovo strokovnost in neodvisnost, vzdrževanje zapisov in poročanje vodstvu.

Odgovorni predstavnik presojanega področja mora pravočasno izvesti korektivne ukrepe za odpravo neskladnosti, ugotovljenih med presoj.

Vodje presoj preverjajo izvedbo korektivnih ukrepov, skrbnik sistema za kakovost pa njihovo učinkovitost.

Obvladovanje odklonov

Normalni sestavni del dela so žal tudi odkloni. Zato je pomemben del sistema vodenja kakovosti usmerjen v čimprejšnje odkrivanje teh odklonov z namenom:

- preprečevanja povečevanja škode
- čim hitrejša korekcija – odprava odklona
- evidentiranja odklona, ukrepa in posledic za potrebe analize, ki se usmerja v odpravljanje vzrokov za odklon.

Obvladovanje odklonov izvajamo v vseh procesih, glavnem in podpornih procesih, tako na izdelkih kot tudi na storitvah. Odgovornost za odziv in zapis posameznih odklonov imajo skrbniki procesov, z namenom preprečitve ponovnega odklona in učenja.

V primeru, da časovne razmere ne omogočajo neoporečne uporabe storitev, vodja zdravstvenega tima določi, kaj se bo zgodilo v primeru odklona.

Primeri odklonov:

- pri procesu celostne obravnave pacienta (ni podpisana pojasnilna dolžnost, ekipa za operativni poseg ni prisotna, padec s postelje, bolnišnična okužba, pridobljena razjeda zaradi pritiska, okvara terapevtsko diagnostične aparature)
- pri podpornih procesih (temperatura hladilnika je nad dovoljeno, dobavnica ni skladna z naročilnico – nabava)

Glavni namen obvladovanja odklonov je doseganje dveh ciljev:

- zagotavljanje varnosti
- učenje.

Za doseganje teh dveh ciljev so organizirani redni sestanki na temo pregledovanja in odločanja o odpravljanju vzrokov odklonov (predaja službe, timski sestanki in razgovori o varnosti, glavne in oddelčne vizite, varnostne vizite, vodstveni pregled, mortalitetna konferenca, sestanki Komisije za obvladovanje bolnišničnih okužb ...).

Analiza podatkov

Vse dejavnosti iz plana so podprte s primernimi oblikami ugotavljanja stanja in rezultata. Vsi ti podatki so predmet analiz, ki ocenjujejo uspešnost doseganja planiranih ciljev. Postopek analize na nivoju bolnišnice in organizacijskih enot podpira proces Finančni načrt – SOP FRS 1.

Skrbniki procesov obdobjno analizirajo doseganje ciljev procesov in prepoznavajo priložnosti za izboljšave.

Izboljševanje

Nenehno izboljševanje

Svoje delovanje izboljšujemo v obliki:

- prilaganje novim razmeram,

- uvajanje novih metod (glej 7.3.)
- odpravljanje vzrokov napak, ki so se že oziroma bi se lahko zgodile (korektivni in preventivni ukrepi)

Učinkovitost sistema kakovosti izboljšujemo z izvajanjem:

- politike kakovosti in ciljev kakovosti,
- notranjih presoj kakovosti,
- analiziranje podatkov,
- korektivnih in preventivnih ukrepov,
- letnega plana izobraževanja,
- vodstvenih pregledov.

Korektivni ukrepi

V primeru, ko prepoznamo odklon, ga odpravimo po postopkih kot je to določeno v poglavju 8.3. Da pa preprečimo ponavljanje odklona je potrebno prepoznati vzrok za njegov nastanek in izvesti ukrep (korektivni ukrep), ki ta vzrok odpravi. Zato so potrebne sledeče aktivnosti:

- evidentiranje odklonov in njihovih posledic
- analiza pogosti in pomembnosti odklonov v določenem obdobju
- odločanje o ukrepih za odpravljanje vzrokov
- zagotavljanje pogojev, spremljanje ukrepov ter potrjevanje rezultatov (spremenjenih načinov dela)

Ena od oblik izvajanja oziroma preverjanja korektivnih ukrepov je tudi strokovni nadzor (pregled) in varnostna vizita.

Strokovni nadzori se ne izvajajo samo v smislu odpravljanja in odkrivanja odklonov, ampak širše v smislu ugotavljanja in vodenja izvedbe ukrepov.

Preventivni ukrepi

V postopku planiranja in priprave novih procesov, pristopov, metod..., ocenjujemo možnost nastanka odklonov in njihovih posledic. V

okviru možnosti organiziramo delo tako, da preprečimo možnost nastajanja odklonov (z opisi postopkov, usposabljanjem, verifikacija in validacija metod, ...)

Zaključek

Prenova poslovnih procesov ni modna muha ali besedičenje novodobnih gurujev managementa. Ob nenehnem težavah, ki jih zdravstvo občuti vedno bolj, je prenova poslovnih procesov nujna. Zavedati se je treba, da lahko le sami znotraj organizacije spremenimo delovanje le te. Zunanji dejavniki bistveno vplivajo na pogoje delovanja organizacije. Samo delo znotraj pa je odvisno od ljudi, njihovih možnosti in zmožnosti ter pripravljenosti za povezovanje.

Sistem kakovosti je možno vpeljati tudi hitreje in ceneje, možno ga je tudi »kupiti«, prepisati. Vendar je glavni pomen in vrednost prenove poslovnih procesov ter vpeljave sistema kakovosti ISO, da organizacija sama doreče pravila delovanja, določi vizijo, vrednote, strategijo in cilje. Šele takrat se postavijo pravi pogoji za nadaljni razvoj organizacije in posameznika. Pot vsekakor ni lahka in zahteva veliko pripravljenosti ljudi in odrekovanja, veliko prostega časa in veliko pogovorov in konstruktivnih konfliktov. Kdor zmore preseči vse te ovire, je na dobri poti učeče se organizacije.

Literatura:

- članki in gradivo z konference o MPP
- Dr. Andrej Kovačič, EF Ljubljana
- Gradivo na internetu PP
- Poslovnik kakovosti SBJ
- Zapiski sestankov pri uvedbi sistema kakovosti ISO v SBJ

Beležke

[illegible]

Beležke

[illegible]

mag. Andreja Čufar, mag. farm., spec.

Lekarniška zbornica Slovenije

Mojca Galeša, mag. farm.

Lekarna Straža

Vpliv gospodarske krize na lekarniško dejavnost

Povzetek

V prispevku je prikazana lekarniška dejavnost v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami predvsem z vidika vrednotenja dejavnosti ter vpliva takega vrednotenja na razvoj lekarniške dejavnosti. V nadaljevanju je prikazana analiza prometa z izbranimi skupinami zdravil in drugih izdelkov v izbranih lekarnah z namenom ocene vpliva gospodarske krize na obseg prometa v lekarnah. Prispevek se zaključuje s prikazom možnosti za izboljšanje kakovosti in varnosti pri uporabi zdravil kot primernim in priporočljivim ukrepom za obvladovanje stroškov za zdravstvo.

Abstract

We present the pharmacy remuneration system in Slovenia and its impact on quality and availability of pharmacy services in Slovenia in comparison to other European countries. In the article the analysis of turnover of certain groups of medicines and other products in selected pharmacies in Slovenia is presented in respect of the impact of economic crisis to financial situation of Slovenian pharmacies. In the conclusion we present options for quality improvement in the drug management process as an opportunity for cost control in health care.

Uvod

V času, ko se vlade vseh držav sestajajo in iščejo rešitve iz nastale ekonomske situacije, je treba posebej opozoriti, da mora zaščita zdravja in blagostanja naše in vseh naslednjih generacij, ostati prioriteta evropskih politik. Vsakdo pa mora po svojih močeh k temu prispevati kolikor največ lahko.

Popolnoma jasna in lahko dokazljiva je namreč tesna povezava med zdravjem in ekonomsko vzdržnostjo. Zdravstveno varstvo je zato ključni del rešitve iz sedanje krizne situacije ne glede na precej različno ureditev v različnih državah članicah.

Zdravo prebivalstvo ni samo nujni pogoj za zdravo gospodarstvo, pač pa so zdrava leta življenja tudi strukturni indikator kot del Lizbonske strategije. Zdravo prebivalstvo potrebujemo tudi za hitro okrevanje po ekonomski krizi, kateri smo priča. Samo zdravi Evropejci bodo lahko ustvarjali, iskali in ohranjali delovna mesta in se bodo lažje spoprijemali z negotovostjo in stresom. Na to nakazuje tudi evropska zaveza za mentalno zdravje, povezavo med zdravjem in blagostanjem pa so dokazale tudi številne ugledne evropske študije.

Zdravstveni sektor tvori 10 % evropskega BDP. Zdravstvene storitve in z njimi povezani organi so med največjimi delodajalci v EU. Podporne

industrije in javne službe so ključni dejavniki ekonomije vsake države. Preprečevanje boleznih skupaj s pravočasno dostopnostjo do učinkovitega zdravljenja in zdravstvenih storitev je ključna ekonomska strukturna komponenta vsake družbe in vsake države.

Zastoji in ovire pri dostopnosti do zdravstvenih storitev ter nižji standardi pomenijo podaljšanje trajanja in povečanje števila hospitalizacij. To vodi v večanje stroškov osnovnih storitev, večanje stroškov za zdravstvo kot tako, dodatno pa še v večanje socialnih in drugih stroškov. Tega si ne želi nobena država.

Lekarniška dejavnost je pomemben del zdravstvenega sistema, ki zagotavlja preskrbo z zdravili. Vse bolj pa je lekarniški farmacevt prepoznan tudi kot preslabo izkoriščen zdravstveni strokovnjak, ki lahko pomembno prispeva h kakovosti, varnosti in dolgoročni finančni vzdržnosti zdravstvenih sistemov¹.

Lekarniška dejavnost v Sloveniji in v EU

Način vrednotenja lekarniške dejavnosti v Sloveniji temelji na storitvenem sistemu in t.i. Zeleni knjigi, ki se od časa uveljavitve v osemdesetih letih ni bistveno spremenil, česar pa ni mogoče trditi za vsebine, obseg in način dela v lekarnah. Vrednost lekarniške storitve je neodvisna od cene zdravila. Cena lekarniške točke vključuje del stroškov dela, materialnih stroškov in amortizacije. Kot je razvidno iz študije, ki jo je za Lekarniško zbornico Slovenije leta 2004 izdelal prof. dr. Rasto Ovin z Ekonomsko-poslovne fakultete iz Maribora, nobeden od teh elementov ne pokriva dejanskih stroškov, ki nastanejo v lekarnah pri izdajanju zdravil na recepte v breme obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Slika 1 prikazuje delež pokritja stroškov glede na realne stroške, ki nastanejo pri opravljanju javne lekarniške službe za leti 2001 in 2002²:

	2001	2002
Število točk po programu	8.909.577	8.747.952
Povprečna vrednost točke (sit)	571,4	623,6
Vrednost lekarniških storitev (v mio sit)	5.091,1	5.455,5
Delež zdravil na recept v vrednosti prodanih zdravil po veleprodajnih cenah, brez zdravil, ki so na voljo v bolnici (%)	91,9	92,2
Amortizacija		
Amortizacija javna služba (mio sit)	365,1	433,3
Prihodki za kritje amortizacije ^a (v mio sit)	204,2	224,8
Odstotek pokritja stroškov amortizacije	55,9	51,9
Materialni stroški		
Materialni stroški - javna služba (mio sit)	1.144,2	1.316,6
Prihodki za materialne stroške ^b (mio sit)	763,7	813,9
Odstotek pokritja materialnih stroškov (%)	66,9	61,8
Stroški dela		
Stroški dela - javna služba (mio sit)	5.285,4	5.855,8
Prihodki za stroške dela ^c (mio sit)	4.123,3	4.416,2
Odstotek pokritja stroškov dela (%)	78	75,4

Opombe:

^a Za izračun smo upoštevali ocenjen delež amortizacije v celotnih stroških, ki znaša 4,01 oz. 4,12 %.

^b Za izračun smo upoštevali ocenjen delež materialnih stroškov, ki je znašal decembra 2001 okrog 15 % in decembra 2002 okrog 14,92 %.

^c Za izračun smo upoštevali delež 80, 99 % za leto 2001 in 80,95 % za leto 2002.

Slika 1: Kritje stroškov javne službe iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja

Ta delež se je v naslednjih letih še zniževal. V tem obdobju se je namreč stalno povečevalo število novih lekarn, kar vpliva tako na materialne stroške kot na amortizacijo, katerih vrednost pa se je v ceni lekarniške točke le usklajevala z inflacijo. Število lekarn v Sloveniji je v zadnjih 10 letih naraslo za 35 %, kar prikazuje diagram št. 1.

1 Wiedenmayer, THE POTENTIAL OF HEALTH PROFESSIONAL, THE PHARMACIST - A NEGLECTED WORKFORCE? (2007).

2 Ovin, NARODNOGOSPODARSKE POSLEDICE FINANCIRANJA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI (2004) STR. 52.

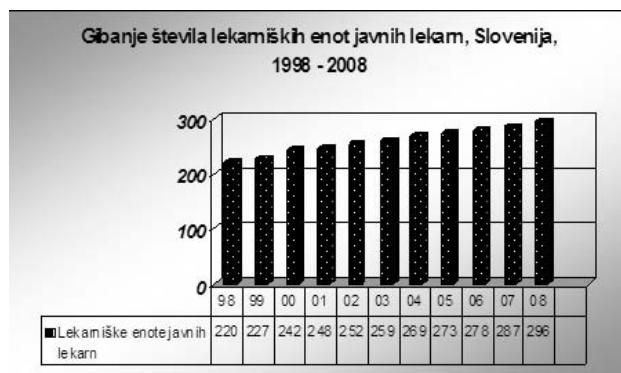


Diagram št. 1: Gibanje števila lekarniških enot (lekarn in lekarniških podružnic) javnih lekarn v Sloveniji v obdobju 1998 do 2008 (Vir: podatki LZS)

Tudi delež pokritja stroškov dela se je zniževal, saj je razkorak med številom magistrov farmacije in številom vseh delavcev, ki so vključeni v izračun lekarniške točke ter dejansko zaposlenimi v dejavnosti čedalje večji, kar prikazuje diagram št. 2.



Diagram št. 2: Gibanje deleža pokritja kadrov v vrednosti točke v lekarniški dejavnosti v Sloveniji (Vir: Podatki LZS).

Lekarne morajo vso razliko v materialnih stroških, amortizaciji in kadrih pokriti iz prihodkov, ustvarjenih na trgu.

Razlog za čedalje večji razkorak med dejanskimi stroški in deležem, ki se upošteva v izračunu vrednosti lekarniške točke je predvsem v načinu izračuna vrednosti lekarniške točke, ki ob povečanem obsegu dela ne zagotavlja tudi dodatnih sredstev. Splošni dogovor v prilogi VIII-c namreč določa, da se cena točke določi z upoštevanjem poprečne produktivnosti za obdobje predhodnih znanih 12 mesecev na dan izračuna cen za januar-junij in julij-december tekočega leta (doseženo število točk v predhodnem obdobju se deli z dogovorjenim številom

delavcev). Število delavcev je torej konstanta, povečan obseg dela vpliva na povečanje produktivnosti, posledično se ob večji produktivnosti in enakem številu delavcev zniža vrednost lekarniške točke.

Povprečna produktivnost na delavca, ki je bila za leto 2007 priznana v Področnem dogovoru za lekarniško dejavnost, je znašala 9.243 točk, dosežena produktivnost pa je bila 9.646 točk. Planiran program lekarniške dejavnosti 2007 za zdravlila na recept je znašal 10.952.375 točk, realizirano pa je bilo 11.895.404 točk. Znesek, ki lekarnam ni bil krit zaradi obstoječega sistema financiranja, ki z višjo produktivnostjo znižuje vrednost točke, predstavlja kar 8,6 odstotkov celotne vrednosti programa. To pomeni prihranek zdravstveni blagajni 2.715.923 EUR. V zadnjih štirih letih pa ta prihranek znaša okoli 4 milijone EUR, kar pomeni, da se je vrednotenje programa za lekarniško dejavnost samo v teh letih zmanjšalo za okoli 10 %. V tabeli 1 je prikazano gibanje povprečne produktivnosti in obsega dela v lekarniški dejavnosti v letih 2001 do 2008.

Tabela 1: Pregled obsega dela v lekarniški dejavnosti v obdobju 2001 do 2008

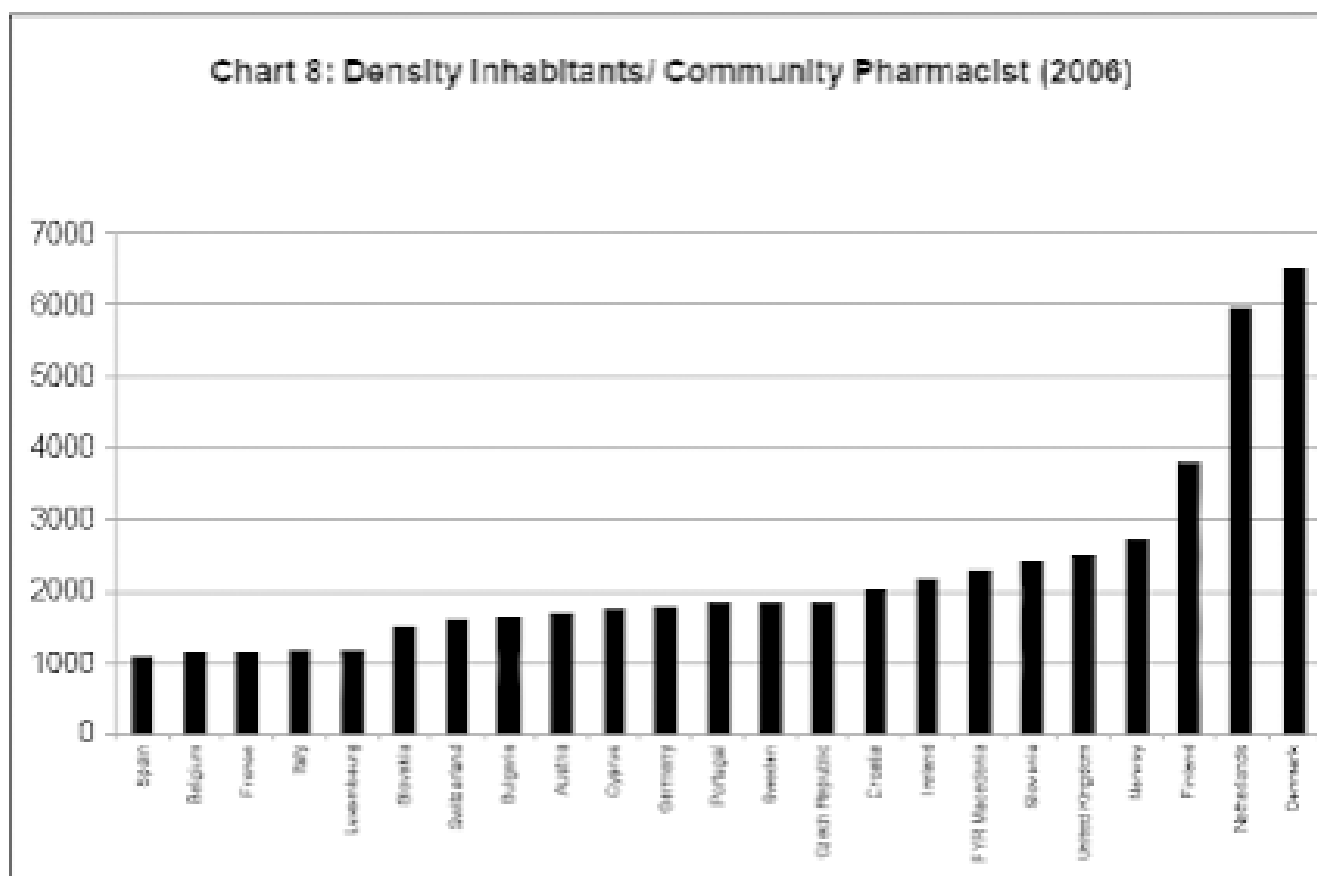
leto	pro- duk- tiv- nost	indeks	št. točk	indeks	št. rp	indeks
2001	9.210		10.533.940		12.824.463	
2002	9.286	100,93	10.669.912	101,29	13.060.930	101,84
2003	9.159	98,63	10.523.944	98,63	14.035.514	107,46
2004	9.061	98,93	10.564.865	100,39	14.461.144	103,03
2005	9.148	100,96	10.831.430	102,52	14.658.633	101,37
2006	9.243	101,04	10.952.375	101,12	14.748.476	100,61
2007	9.646	104,36	11.895.404	108,61	15.506.582	105,14
2008	10.038	104,06		0,00		0,00

Način vrednotenja lekarniške dejavnosti v Sloveniji je posebnost. Čeprav obstajajo precejšnje

razlike med državami, lahko ugotovimo, da je domala v vseh drugih državah plačilo lekarne vsaj v določenem delu odvisno od cene zdravila. V nekaterih državah je v veljavi maržni princip s fiksno ali regresivno maržo v odstotku od cene zdravila (Portugalska, Španija, regresivna maržna lestvica v Avstriji, Italiji), ponekod (npr. Švica, Nemčija) pa je v veljavi plačilo za storitve v obliki fiksnega zneska z dodatkom v odstotku glede na ceno zdravila.^{3,4,5} Predvsem pa je Slovenija posebnost v primerjavi z drugimi državami glede na višino zaslužka, saj se ta v drugih državah giblje med 14 in 44 % glede na ceno zdravila, v Sloveniji pa preračun plačila za lekarniške storitve glede na obseg opravljenega prometa z zdravili pokaže, da znaša zaslužek lekarn le okoli 8 %. Posledica tako velike razlike v vrednotenju lekarniške dejavnosti se odraža v manjšem številu lekarn, predvsem pa v manjšem številu farmacevtov na 100 000 prebivalcev v Sloveniji v primerjavi v drugimi državami. Iz slike 2 je razvidno, da je leta 2006 v Sloveniji

posamezna lekarna oskrbovala 7236 prebivalcev, medtem ko se to število v večini drugih, nam primerljivih držav giblje med 2000 in 5000. Še večje pa je odstopanje, če primerjamo število prebivalcev na farmacevta, kar je razvidno iz slike št. 3. Posebnost so le skandinavske države in sicer zaradi svojih geografskih posebnosti (velika nenaseljena področja) ter dejstva, da zdravila na recept izdaja tudi profil s triletno višjo izobrazbo, kar pa ni v skladu z evropsko direktivo o poklicnih kvalifikacijah.

Slika 2: Število prebivalcev na lekarno (Vir: PGEU database)

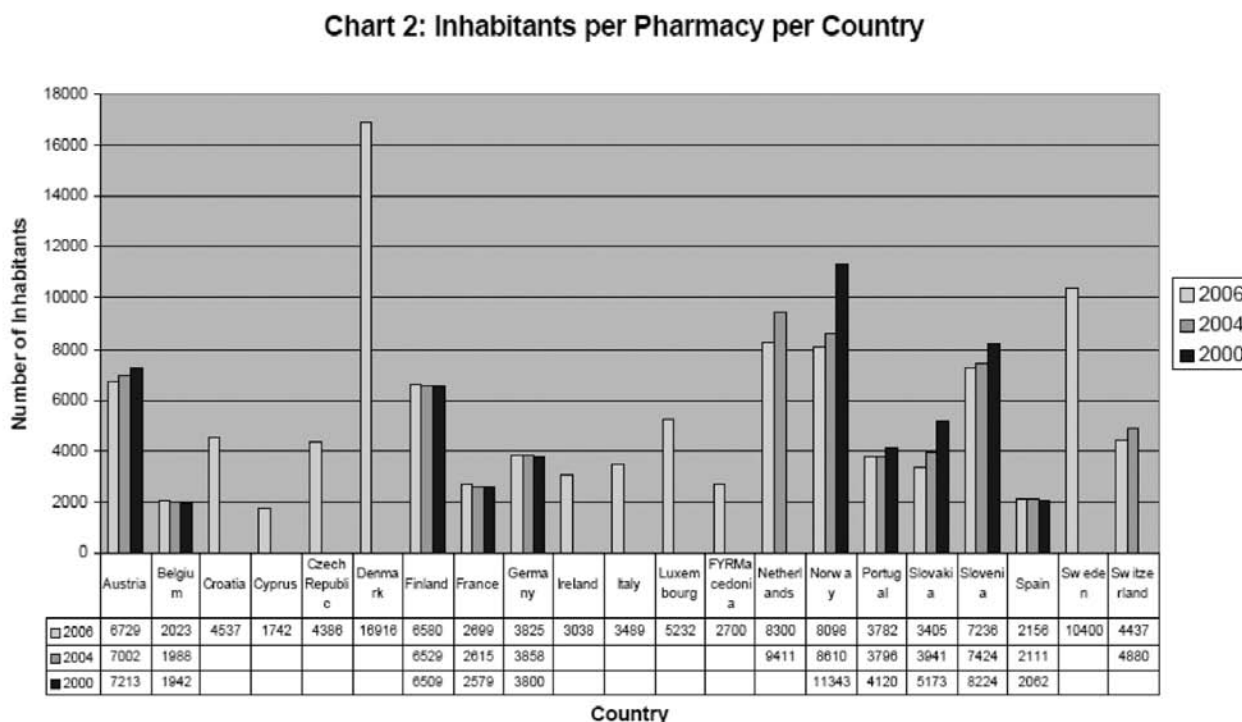


PATINET DRUGS IN PHARMACY: A COMPARISON IN SEVEN EUROPEAN COUNTRIES (2008), str. 305 – 313

4 De Pourvoirville, THE HETEROGENITY OF MARKETS FOR DRUGS IN EUROPE: THE COST OF DISTRIBUTION (2001), str. 4-10

5 Podatki LZS

Slika 3: Število prebivalcev na farmacevta (Vir: PGEU database).



Da bi dobili realnejšo sliko o vrednotenju lekarniške dejavnosti za opravljanje javne lekarniške službe, bi smeli v izračun upoštevati le število farmacevtov, ki se upoštevajo pri izračunu vrednosti lekarniške točke. Tak izračun pokaže, da na farmacevta v Sloveniji pride več kot 3320 prebivalcev. Vse ostale farmacevte, ki opravljajo dejavnost preskrbe z zdravili na recept, namreč lekarne financirajo iz prihodkov na trgu in jih ne zagotavlja država za opravljanje javne službe.

Vpliv gospodarske recesije na obseg prometa z zdravili in drugimi izdelki v izbranih lekarnah v Sloveniji

Vpliv gospodarske recesije na lekarniško dejavnost smo poskušali ugotoviti z raziskavo, ki smo jo opravili v izbranih lekarnah v Sloveniji. Predvidevali smo, da se bo recesija v lekarniški dejavnosti odrazila tako na področju zdravil na recept, kot tudi na področju zdravil brez recepta in ostalih izdelkov, ki so predmet poslovanja lekarn.

Pri zdravilih na recept smo pričakovali, da bo prišlo do povečanja predpisovanja in izdajanja zdravil iz farmakoterapevtskih skupin N05B Anksiolitiki, N05C Hipnotiki in sedativi, N06A Antidepresivi, A02B Zdravila za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealnega refluksa in drugih.

Nasprotno smo predvidevali, da bo pri zdravilih brez recepta in drugih izdelkih verjetno prišlo do zmanjšanja porabe zaradi večanja števila brezposelnih in splošnega slabšanja življenjskega standarda.

Da bi lahko potrdili ali ovrgli naša predvidevanja, smo izvedli analizo prometa v izbranih lekarnah v navedenih skupinah zdravil in drugih izdelkov v prvih treh mesecih leta 2008 in prvih treh mesecih leta 2009. Pri zdravilih (na recept in brez recepta) smo v analizo zajeli število izdanih škatlic zdravil ob predvidevanju, v tem letu ni prišlo do pomembnih sprememb pakiranja vključenih artiklov. Zaradi sprememb cen smo namreč ocenili, da primerjava finančnega obsega prometa ne bo pokazala odstopanj, ki bi bili odraz spremenjene porabe določenih artiklov. Izmed ostalih skupin izdelkov, ki so predmet poslovanja lekarn, smo v analizo

zajeli kozmetiko, saj smo ocenili, da bo ta skupina najbolj pokazala vpliv gospodarske krize na obseg nakupovanja v lekarnah. Za izdelke splošne rabe v lekarnah ni bilo mogoče dobiti podatkov o številu prodanih kosov oz. bi to zahtevalo veliko ročnega dela. Zato so podatki o prodaji kozmetike prikazani v obsegu prometa v evrih.

V raziskavi je sodelovalo osem lekarn, od katerih so štiri lekarne javnih zavodov, štiri pa zasebne lekarne. Štiri lekarne se nahajajo v mestih (več kot 10 000 prebivalcev). Od teh ima ena v bližini bolnišnico, ena zdravstveni dom, ena zasebne splošne ambulante, ena pa v bližini nima zdravstvene ustanove. Štiri lekarne se nahajajo na podeželju. Med temi imata dve v bližini zdravstveni dom, ena zasebno splošno ambulanto, ena pa v bližini nima zdravstvene ustanove. Lekarne v mestih so označene z V1, V2, V3 in V4, lekarne na podeželju pa z M1, M2, M3 in M4.

Analiza prometa v navedenih lekarnah je pokazala, da se je v prvih treh mesecih letošnjega leta v primerjavi z enakim obdobjem lani v lekarnah v mestu zmanjšal obseg izdanih zdravil na recept tako v skupini N (pripravki z delovanjem na živčevje) kot tudi v skupini A (pripravki za zdravljenje bolezni prebavil in presnove). Nasprotno pa se je v lekarnah na podeželju, razen v eni lekarni, obseg prometa z zdravili iz skupine N povečal, zdravila za zdravljenje želodčnih težav pa so bila tudi na podeželju predpisana v manjšem obsegu. Rezultati so prikazani na diagramih št. 3, 4, 5 in 6.

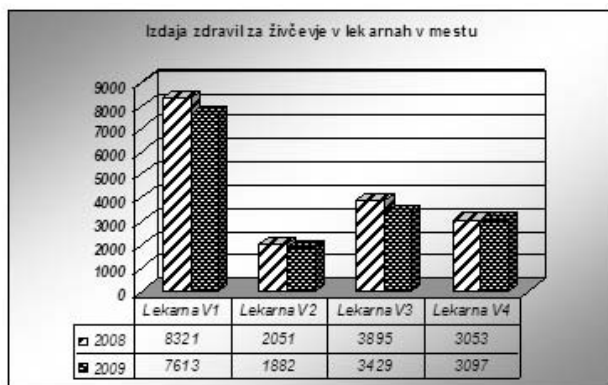


Diagram št. 3: Obseg izdaje zdravil z vplivom na živčevje na recept v lekarnah v mestu v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

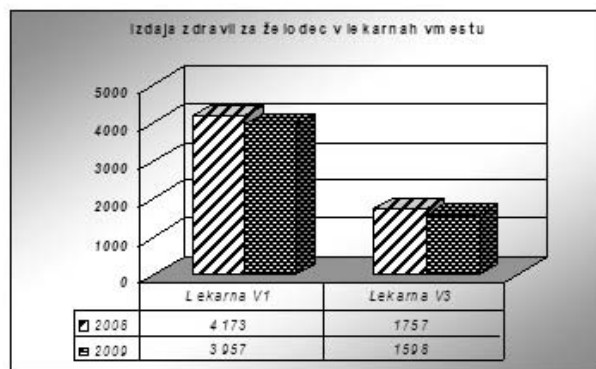


Diagram št. 4: Obseg izdaje zdravil za želodec na recept v lekarnah v mestu v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

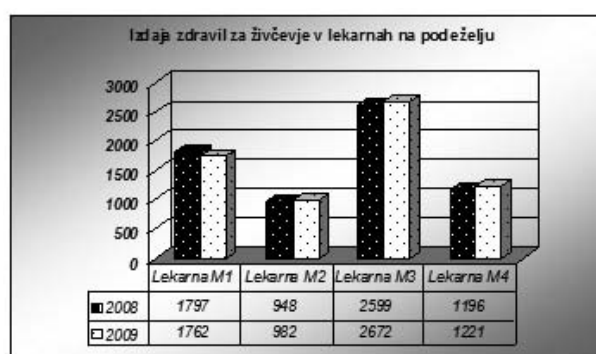


Diagram št. 5: Obseg izdaje zdravil z vplivom na živčevje na recept v lekarnah na podeželju v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

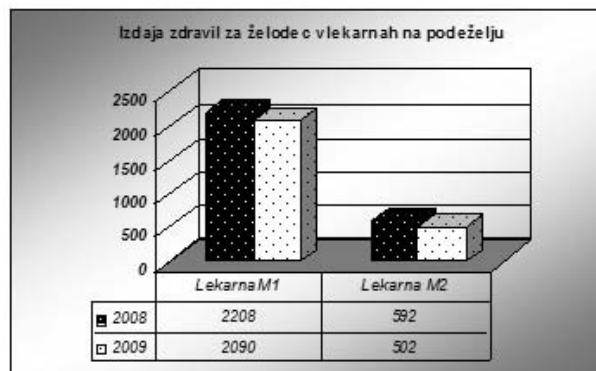


Diagram št. 6: Obseg izdaje zdravil za želodec na recept v lekarnah na podeželju v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

Izdajanje zdravil brez recepta se je v obeh farmakoterapevtskih skupinah v mestu prav tako zmanjšalo, medtem ko na podeželju ni mogoče ugotoviti enotnega trenda, saj se je v eni lekarni povečal obseg prometa v obeh farmakoterapevtskih skupinah, v eni lekarni je ostal promet z zdravili za želodec nespremenjen, v tretji lekarni pa je v tej skupini zdravil opaziti padec

prometa. Za zdravila brez recepta z vplivom na živčevje smo prejeli podatke le za eno lekarno na podeželju. Podatki so prikazani v diagramih št. 7, 8 in 9.



Diagram št. 7: Obseg izdaje zdravil z vplivom na živčevje brez recepta v lekarnah na podeželju in v mestu v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

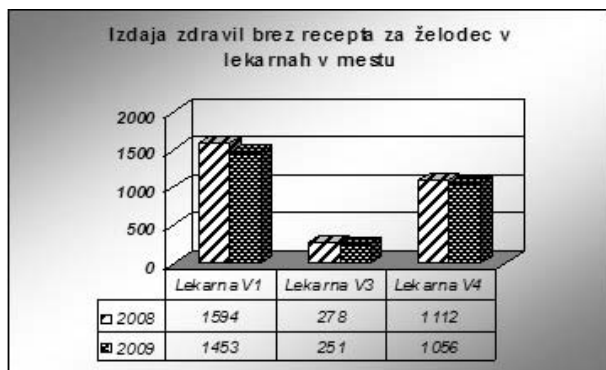


Diagram št. 8: Obseg izdaje zdravil za želodec brez recepta v lekarnah v mestu v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

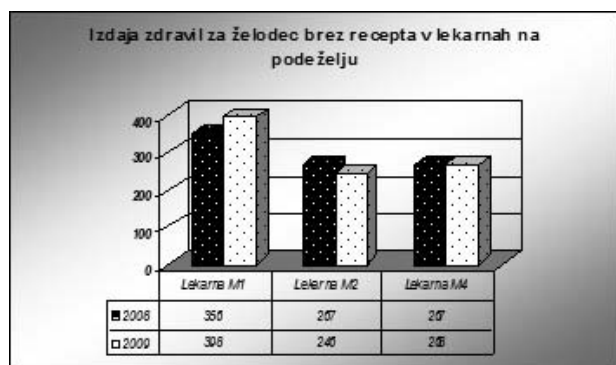


Diagram št. 9: Obseg izdaje zdravil za želodec brez recepta v lekarnah na podeželju v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

Analiza prometa s kozmetiko kaže porast v lekarnah v mestu, lekarne na podeželju pa so v letošnjem letu kljub dvigu cen kozmetike v tej

skupini blaga opravile manjši obseg prometa, kar je prikazano na diagramih št. 10 in 11.

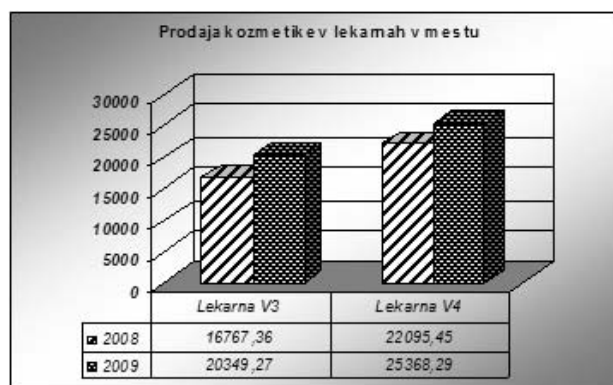


Diagram št. 10: Obseg prodaje kozmetike (€) v lekarnah v mestu v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

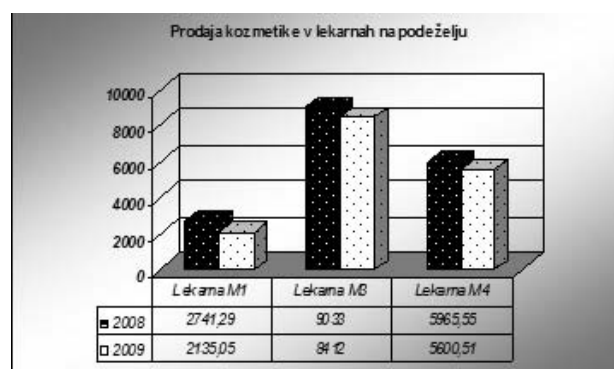


Diagram št. 11: Obseg prodaje kozmetike (€) v lekarnah na podeželju v prvem trimesečju leta 2008 in leta 2009.

Na osnovi dobljenih podatkov lahko ugotovimo, da se je v lekarnah v mestu obseg izdaje zdravil zmanjšal tako v skupini na recept kot tudi brez recepta, obseg prodaje kozmetike pa se je povečal. V lekarnah na podeželju obseg izdaje zdravil za živčevje kaže na naraščanje tako pri zdravilih na recept kot tudi brez recepta, pri zdravilih za želodec pa ni enotnega trenda. Nasprotno od lekarn v mestu pa je v lekarnah na podeželju opaziti pomemben padec prometa kozmetike.

Kljub kratkemu obdobju opazovanja lahko ugotovimo, da se posledice gospodarske krize v lekarnah že kažejo z zmanjšanjem obsega prometa, pri čemer je ta bolj izražen na podeželju. Posebej pomemben pokazatelj je obseg prodaje kozmetike, ki je najpomembnejši vir tržnega dela prihodkov lekarn, ki pa je v lekarnah na

podeželju že močno upadel.

Gospodarska kriza je lekarne tako prizadela dvakrat: na podlagi sklepa Vlade RS so se lekarnam, podobno kot ostalim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, znižale cene storitev za 2,5 %, poleg tega pa se zaradi manjše kupne moči in splošnega padanja standarda zmanjšuje tudi prodaja tistih skupin izdelkov, s katerimi so lekarne doslej ustvarjale prihodek na trgu, s katerim so pokrivale primanjkljaj pri opravljanju javne službe.

Ali je varčevanje pri stroških za lekarniško dejavnost res varčevanje?

V literaturi lahko zasledimo podatke o zdravstvenih napakah, katerih pomemben delež predstavljajo z zdravili povezani problemi. Po navedbah meta-analize, ki je zajela 15 študij, je srednja vrednost prevalence z zdravili povezanih problemov kot vzrok za hospitalizacijo 4,3 %, 59 % hospitalizacij zaradi z zdravili povezanih problemov pa bi bilo mogoče preprečiti.⁶ Prospektivna študija na Nizotemskem, ki je v obdobju 40 dni spremljala nepredvidene sprejeme v 21 bolnišnicah je pokazala, da je 5,6 % sprejemov zaradi problemov, povezanih z zdravili, 46,5 % pa bi jih bilo mogoče preprečiti.⁷

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je bilo v Sloveniji leta 2007 320 124 hospitalizacij.⁸ Ob predvidevanju, da je incidenca z zdravili povezanih problemov v Sloveniji podobna, kot v drugih državah, bi lahko z izboljšanjem kakovosti pri uporabi zdravil preprečili več kot 8000 hospitalizacij letno, oziroma več kot 2,5 %.

Odhodki za lekarniško dejavnost znašajo v celotnih odhodkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije le 1,3 % (diagram št. 12). Med vsemi zdravstvenimi dejavnostmi so manjši le odhodki za zdraviliško zdravljenje. Lekarniška

dejavnost se lahko primerja le še s strokovno službo ZZZS, katere stroški znašajo 2,3 % vseh odhodkov Zavoda.

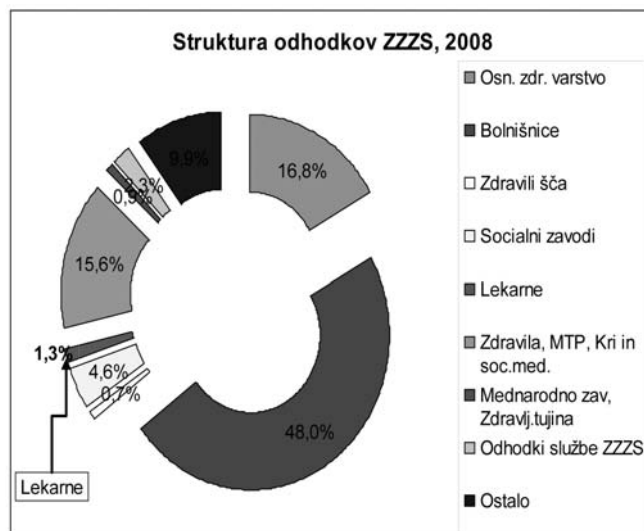


Diagram št. 12: Delež stroškov za lekarniško dejavnost v strukturi odhodkov ZZZS.

Zniževanje sredstev za lekarniško dejavnost ne more pomembno prispevati k zniževanju odhodkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Po drugi strani pa bi boljša izkoriščenost farmacevta kot strokovnjaka za zdravila v zdravstvenem sistemu lahko pomembno prispevala k zmanjšanju stroškov za zdravstvene storitve in zdravila ter obenem izboljšala kakovost zdravstvene obravnave.

Zaključek

Pritiski na zniževanje sredstev za lekarniško dejavnost so skrb vzbujajoči.

Zgodovina in izkušnje drugih držav kažejo, da države, ki so znale lekarno in lekarniškega farmacevta vključiti v zdravstveni sistem in ekspertizo farmacevta s področja zdravil uporabiti za njihovo bolj kakovostno in varno uporabo, uspešneje zagotavljajo dostopnost do zdravil in obenem obvladujejo naraščanje stroškov v zdravstvu. Zato se je na teh izkušnjah potrebno učiti in skrbno proučiti možnosti za investicije v kapacitete, znanje in infrastrukturo (vključno z e-zdravjem) lekarniške dejavnosti kot enega od vitalnih delov zdravstvenega sistema v naši državi.

6 Winterstein, PREVENTABLE DRUG-RELATED HOSPITAL ADMISSIONS, (2002), str. 1238-1248

7 Leendertse, FREQUENCY OF AND RISK FACTORS FOR PREVENTABLE MEDICATION-RELATED HOSPITAL ADMISSIONS IN THE NETHERLANDS, (2008), str. 1890-1896

8 IVZ, ZDRAVSTVENI STATISTIČNI LETOPIS, (2008), str. 454

Rešitve v smislu krčenja sredstev za zdravila in predvsem za lekarniško dejavnost so kratkovidne in uničujejo možnosti za kakovostne izboljšave zdravstvenega sistema, ki bi omogočile njegovo dolgoročno finančno vzdržnost. Bolj kot kdajkoli je zato sedaj čas za odločno akcijo in za implementacijo sistemskih ukrepov upravljanja z zdravili za zagotavljanje njihove kakovostne, varne in racionalne uporabe.

štitut za varovanje zdravja, Ljubljana, 2008.

Literatura

1. Wiedenmayer, Karin: THE POTENTIAL OF HEALTH PROFESSIONAL, THE PHARMACIST – A NEGLECTED WORKFORCE? Bulletin von Medicus Mundi Schweiz, 104, 2007.
2. Ovin, Rasto: NARODNOGOSPODARSKE POSLEDICE FINANCIRANJA LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI, Ekonomsko poslovna fakulteta univerze v Mariboru, MARIBOR 2004.
3. Garattini, Livio; Motterlini, Nicola; Cornago, Dante: PRICES AND DISTRIBUTION MARGINS OF IN-PATINET DRUGS IN PHARMACY: A COMPARISON IN SEVEN EUROPEAN COUNTRIES, Health policy, 85, 2008.
4. De Pourvoirville, Gerard: THE HETEROGENEITY OF MARKETS FOR DRUGS IN EUROPE: THE COST OF DISTRIBUTION, HEPAC 1, Springer-Verlag, 2001.
5. Podatki LZS, Ljubljana, 2009
6. Winterstein, AG; Sauer, BC; Hepler, CD; Poole, C: PREVENTABLE DRUG-RELATED HOSPITAL ADMISSIONS, The Annals of Pharmacotherapy, 36, 7, 2002.
7. Leendertse, Anne J; Egberts, Antoine C G; Stoker, Lennart j; van den Bernt, Patricia M L A: FREQUENCY OF AND RISK FACTORS FOR PREVENTABLE MEDICATION-RELATED HOSPITAL ADMISSIONS IN THE NETHERLANDS, Archives of Internal medicine, 168, 17, 2008.
8. ZDRAVSTVENI STATISTIČNI LETOPIS, In-

Beležke

[illegible]

Danijela Gorišek, univ. dipl. ekon.

Splošna bolnišnica Celje

Odnosi z javnostmi v zdravstvu

Povzetek

Odnosi z javnostmi postajajo nujni sestavni del delovanja javnih ustanov. Imajo pomemben, če ne ključni vpliv na izgradnjo in ohranitev dobrega ugleda, javne podobe ustanove. Pa tudi če to dejstvo pustimo ob strani, je Slovenija uzakonila javnost delovanja javnega sektorja in s tem tudi javnost delovanja zdravstvenih ustanov. Tako pravzaprav ni več vprašanje, ali bomo ali ne komunicirali s ciljnim javnostmi, vprašanje je le še na kakšen način. Načrtovano, profesionalno, z jasnim ciljem ali nesistematično, zmedeno, brez pravega sporočila.

V prvem delu so opredeljeni odnosi z javnostmi, za nekatere precej abstraktna stroka, ki pa ima svoja pravila in zakonitosti.

Drugi del je namenjen opredelitvi osnovnih predpostavk, na katerih danes temeljijo odnosi z javnostmi v zdravstvu. Zakon o dostopu do informacij javnega značaja je zagotovil javnost delovanja javnega sektorja. Ciljnim javnostim je dal možnost za dvosmerno komunikacijo z zdravstvenimi zavodi in te so jo sprejele. Nekoliko več težav s sprejemanjem novih dejstev imamo izvajalci javnih storitev. Morda so tudi zato vzvod za javni nadzor v večji meri kot prej postali mediji. Liberalizacija medijskega trga je vsekakor postavila nova pravila delovanja tudi v tem segmentu.

V nadaljevanju pa sta prikazana vloga praktila v odnosih z javnostmi ali PR-ovca in način dela z novinarji, ki vodi k vzpostavitvi korektnega sodelovanja med njimi.

Ključne besede: odnosi z javnostmi, komunikacija, vloga PR-ovca, delo z novinarji

Abstract

Public relations are becoming the integral part of functioning of public institutions. They have a significant, if not the key influence on building and maintaining good reputation and public image of an institution. Furthermore, Slovenia codified open functioning of the public sector including the openness of functioning of health care institutions. Therefore it is no longer a question whether or not to communicate with target public but rather how to communicate. In a planned professional way with a clear goal or with a piecemeal, confused approach without a real message.

The first part of the paper defines public relations which some people consider to be a pretty abstract profession but which in fact has its own rules and legality.

The second part describes the basic assumptions which today serve as the grounding for public relations in health care. Act on the Access

to Information of Public Character has provided the openness of functioning of the public sector. It gave the target public the possibility to establish a two-way communication with health care institutions and they have accepted it. We, public service providers, are having some more difficulties with accepting new facts. This might also be the reason why the media became a more powerful lever for public inspection then it used to be. The liberalisation of a media market has definitely set new rules of functioning also in this segment.

The paper then outlines the role of a practitioner in public relations or a PR and the type of work with journalists which results in appropriate cooperation among them.

Key words: public relations, communication, the role of a PR, working with journalists

Odnosi z javnostmi in komuniciranje

Odnosi z javnostmi so stroka, ki se ukvarja z odnosi med nekim subjektom (podjetjem, organizacijo, celo posameznikom) in njegovimi javnostmi. So sistematičen proces urejenega dolgoročnega notranjega in zunanjega komuniciranja organizacije in njenih ciljnih javnosti z namenom, da se ohrani in izboljša ugled organizacije. Ta proces poteka z obojestransko zadovoljivim, interaktivnim komuniciranjem.

Pri odnosih z javnostmi komuniciramo torej stalno, s številnimi in različnimi skupinami. Cilji te komunikacije so jasno opredeljeni in določeni, prav tako strategije za doseg ciljev. Ne glede na morebitno lektorsko pripombo, da beseda javnost že z edninsko obliko izraža množino, jo slovenska komunikološka stroka uporablja v množinski obliki – javnosti. S tem želi poudariti dejstvo, da imajo komunikatorji opravka z različnimi ciljnimi skupinami, ki imajo različne cilje in interese. Prav zato se razlikujejo tudi načini in orodja, s katerimi se različnim ciljnim skupinam lahko približamo.

Praktiki odnosov z javnostmi torej načrtujejo, vzpostavljajo in vzdržujejo dobro ime organi-

zacije in medsebojno razumevanje med organizacijo in njenimi javnostmi. Osnovni cilj je obveščati, izobraževati in javno predstavljati z namenom, da na tak način dosežemo medsebojno razumevanje in sprejemljivost organizacije v okolju. Predpogoj za to je dvosmerna komunikacija med virom informacij na eni in prejemnikom informacij na drugi strani.

Z upravljaljskega stališča so odnosi z javnostmi upravljanje s spremembami, saj pomenijo stalen in načrtovan proces vodenja in upravljanja nenehnih sprememb v organizaciji in okolju. Gre za spreminjanje negativnih mnenj in zaznavanj (odbojnost, predsodki, apatija, ignoranca, neznanje) v pozitivna (sprejetost, sprejemljivost, simpatija, zanimanje, znanje). Odnosi z javnostmi so torej sestavina upravljanja, ki odgovarja za uspešnost, učinkovitost, utemeljenost, ustvarjalnost in upravičenost odnosov med organizacijo in njenim družbenim okoljem.

Komuniciranje je dosti več kot sporočanje in obveščanje, saj je proces, v katerem vsi udeleženci sprejemajo, pošiljajo in razlagajo sporočila. Za razliko od enosmernega obveščanja je komuniciranje dvosmeren proces. Sporočila, s katerimi komuniciramo, morajo zato biti razumljiva, njihov pošiljatelj mora biti zaupanja vreden, pomembna pa je tudi povratna informacija o tem, kako je sporočilo vplivalo na prejemnika. Komunikacija nam namreč omogoča usklajevanje mnenj, doseganje različnih ciljev, pa tudi vzpostavljanje, vzdrževanje in spreminjanje medsebojnih odnosov.

Temeljne predpostavke odnosov z javnostmi v javnih zdravstvenih zavodih

Pred deset in več leti so bili odnosi z javnostmi v javnih zdravstvenih zavodih povečini omejeni na obveščanje javnosti o novih strokovnih medicinskih dosežkih, o novih tehničnih in tehnoloških pridobitvah ter o poslovnih rezultatih. Z uvedbo demokracije in tržnega gospodarstva pa so se v procesu komunikacije precej hitreje kot oddajniki (v našem primeru zdravstveni zavodi) začeli spreminjati njihovi prejemniki

(različne ciljne javnosti od pacientov, njihovih svojcev, lokalnih skupnosti, itd.).

Svetovni splet je omogočil dostopnost do velike množice podatkov in informacij, pot do njih pa skrajšal na klik ali dva. Uporabniki zdravstvenih storitev so postajali z leti vse bolj ozaveščeni, opremljeni z množico informacij in znanja ter zavedanjem o svojih pravicah in malo manj tudi dolžnostih. Urejenost zdravstva, delovanje zdravstvenega sistema in dogodki, povezani z njim, pa so pravzaprav zanimivi za najširšo možno javnost. Vsak izmed nas se namreč prepozna kot morebitni uporabnik storitev sistema, zato nam je ta toliko bližji in zanimivejši.

Demokracija je prinesla javno razpravo in večji javni nadzor nad delovanjem sektorja, ki opravlja javne funkcije in službe ter izvaja javna pooblastila. Zakonodaja, sprejeta v prvih letih tega tisočletja, je ta nadzor omogočila. Vlogo javnega očesa so tako lažje kot prej nadaljevali uveljavljeni mediji, novo nastajajoči pa so v njej prepoznali priložnost za svojo popularizacijo. S spremenjenimi pogoji so začeli padati tabuji.

Leta 2003 je bil sprejet Zakon o dostopu do informacij javnega značaja (ZDIJZ), katerega namen je bil zagotoviti javnost in odprtost delovanja državnih organov, organov lokalnih skupnosti, javnih agencij, javnih skladov in drugih oseb javnega prava, nosilcev javnih pooblastil in izvajalcev javnih služb. Opredelil je načelo prostega dostopa do informacij javnega značaja za vse pravne in fizične osebe ter izjeme, ko informacije, ki izvirajo iz delovnega področja organa, bodisi niso dostopne bodisi so zaradi prevladujočega javnega interesa dostopne navkljub temu, da bi jih lahko opredelili kot izjeme.

Dikcijo ZDIJZ je v opredelitvi dostopa do informacij za medije povzel tudi Zakon o medijih (Zmed). Ta je poleg obveznosti posredovanja določil tudi precej krajše roke, v katerih mora organ mediju posredovati svoj odgovor oz. odgovor zavrniti ali delno zavrniti.

Odnose z javnostmi v zdravstvenem zavodu pa poleg zgoraj omenjenih v veliki meri določa še en zakon – Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Z njim so določene pravice, obvezno-

sti, načela in ukrepi, s katerimi se preprečujejo neustavni, nezakoniti in neupravičeni posegi v zasebnost in dostojanstvo posameznika oz. posameznice pri obdelavi osebnih podatkov. Osební podatek je katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na obliko, v kateri je izražen. Posameznik pa je določena ali določljiva fizična oseba, na katero se nanaša osebni podatek. Zdravstveno stanje posameznika spada med občutljive osebne podatke, katerih obdelava je še posebej zavarovana.

Kot rečeno, se je v obdobju po osamosvojitvi zelo spremenil in liberaliziral tudi slovenski medijski prostor. Če so na medijskem trgu še pred desetimi leti obstajali dve televiziji, trije večji tiskani dnevnik in nekaj radijskih postaj, je danes slika precej drugačna. Novi mediji se pojavljajo kar naprej, med njimi vlada velika konkurenca, pojavljajo se v različnih oblikah, nove tehnologije pa jim omogočajo zelo hiter prenos informacij. Boj za gledalce, bralce in poslušalce je neusmiljen in konkurenčno prednost imajo tisti, ki so hitri, in tisti, ki znajo svojemu ciljnemu občinstvu zagotoviti informacijo, ki ga zanima. In ker senzacij ni mogoče ustvarjati dnevno, se je slovenska uredniška politika začela vse bolj usmerjati v senzacionalistično novinarstvo. Tako je danes večina vsebin, tako političnih kot ekonomskih, v medijih predstavljenih senzacionalistično. Takšne novice imajo praviloma negativen poudarek, njihov cilj pa je pritegnitev pozornosti bralcev, gledalcev, poslušalcev in s tem večjega tržnega kolača pri oglaševalcih. Pri ustvarjanju takšnih »novic« si novinarji pomagajo z napihnjjenimi dejstvi, s pretiravanjem, nekritičnim objavljanjem informacij in mnenj. V želji, da bi objavili senzacijo, v ospredje postavljajo družbeno nebitvene vsebine, ki temeljijo na čustvenem odločanju in dramatičnem zapletu. Žal jih vse pogostejše srečujemo tudi v vsebinah kakovostnih medijev.

Vloga službe za odnose z javnostmi oziroma PR-ovca

Na nove zahteve ciljnih javnosti, kot tudi na nove pogoje za komuniciranje so se različne javne zdravstvene ustanove različno odzvale. Nekateri so ohranili nekdanji način, ko je bilo

obveščanje javnosti ena izmed nalog in pristojnosti najvišjega vodstva, spet drugi pa so v svoje delovanje uvedli praktike odnosov z javnostmi, komunikatorje oz. PR-ovce (kratica izhaja iz angleškega izraza Public Relations ali odnosi z javnostmi).

Vloga PR-ovca v ustanovi je zbiranje, priprava in posredovanje informacij, komuniciranje z notranjimi in zunanjimi javnostmi, med njimi najpogosteje z mediji, prepričevanje in svetovanje. Skozi vse te funkcije lahko načrtno in sistematično izgrajuje ugled ustanove. Za doseg tega cilja mora komuniciranje prilagajati javnostim, s katerimi komunicira. Njegovemu znanju in vedenju mora znati prilagoditi vsebine in oblike informacij, tako, da so razumljive, natančne in da dosežejo svoj namen.

Da bi svoje delo lahko kakovostno in učinkovito opravljal, mora imeti PR-ovec poleg znanja in sposobnosti za učinkovito komuniciranje tudi podporo najvišjega vodstva v ustanovi. Brez tega ne gre. Pretok informacij, sodelovanje na kolegijih, vključevanje PR-ovca v razprave o spremembah, usmeritvah in načrtovanju strateških ciljev mu dajo bazo podatkov, na podlagi katerih lahko v danem času pripravi optimalne informacije za različne ciljne javnosti. Hkrati lahko PR-ovec kot član vodilne skupine v organizaciji pomaga pri odločanju o pomembnih vprašanjih s svojim razumevanjem družbenega okolja ter z opozarjanjem na nevarnosti in priložnosti, ki izhajajo iz posameznih odločitev.

Delo z novinarji

Najpogostejša ciljna javnost, s katero se danes ukvarjajo PR-ovci v zdravstvu, so mediji. Po zakonu o medijih (ZMed) so to časopisi in revije, radijski in televizijski programi, elektronske publikacije, teletekst ter druge oblike dnevnega in periodičnega objavljavanja uredniško oblikovanih programskih vsebin s prenosom zapisa, glasu, zvoka ali slike na način, ki je dostopen javnosti.

Novinarji so torej osebe, ki so najpogostejši prejemniki naših informacij. Zaradi narave svojega dela in uredniške politike, ki sledi interesu ka-

pitala s čim hitrejšim ustvarjanjem za javnost zanimivih novic, so vseskozi v časovni stiski.

Po Zakonu o medijih mora organ, če bo odgovor na zastavljeno pisno vprašanje medija zavrnil ali delno zavrnil, o tem pisno obvestiti medij do konca naslednjega dne od prejema vprašanja. To lahko stori takrat, ko so zahtevane informacije izvzete iz prostega dostopa po zakonu, ki ureja dostop do informacij javnega značaja. Rok, ki ga za pripravo odgovora na vprašanje medija predpisuje isti zakon, znaša sedem delovnih dni od prejema pisnega vprašanja. Dodatna pojasnila, tako na zavrnilni, delno zavrnilni ali dani odgovor lahko medij postavi v roku treh dni od prejema odgovora. V tem primeru mora organ dodatna pojasnila mediju poslati nemudoma, vendar najkasneje v treh dneh od prejema zahteve.

Roki, opredeljeni v zakonu, so v praksi le redko upoštevani. Aktualne zgodbe so ponavadi kljub temu, da medij ni dobil odgovora, objavljene. V njih je navedena ena plat medalje s kopico vprašanj in namigovanj o vzrokih molka. Zato je vsekakor najbolje, da novinarje takoj obvestimo o tem, ali jim bomo odgovorili in kdaj, in če ne, zakaj ne. Članki, v katerih je kot protiutež zgodbi objavljena informacija o nesodelovanju ustanove, namreč praviloma, po vzoru domin, povzročijo celo serijo nadaljnjih ugibanj, kje se skrivajo razlogi.

Komunikacija z novinarji se razlikuje glede na njihovo znanje in poznavanje tematike, o kateri poročajo. Za vzpostavljane in vzdrževanje ugleda ustanove pa so pomembni vsi, saj vsak skozi svoj medij krojijo delček javnega mnenja. Stalni oz. usmerjeni novinarji so običajno specializirani za posamezna področja delovanja družbe, poznajo področje dela ustanove, ozadja in pretekle dogodke, zato potrebujejo le nadgradnjo z novimi tekočimi informacijami in načrti. Novinarji, ki le občasno spremljajo delovanje ustanove, področje običajno vsaj približno poznajo, zato poleg tekočih informacij potrebujejo še obrazložitve ozadja, preteklih dogodkov ipd. V času medijskih muh enodnevnice pa imamo vse več opravka tudi z naključnimi novinarji, ki so bodisi »deklice za vse«, povsem novi in neizkušeni, ali pa so vskočili kot nadomestilo

usmerjenih novinarjev. Ti praviloma slabše ali pa sploh ne poznajo tematike, o kateri bodo poročali, ne poznajo delovanja ustanove, zakonske ureditve področja in zato potrebujejo veliko več informacij in komunikacije. Pomembna prednost dobrega PR-ovca so zato vsekakor izkušnje v novinarstvu. Na njihovi podlagi namreč lažje prepozna in predvidi pričakovanja novinarjev, bližji mu je način njihovega dela, razumevanje lovljenja časovnih rokov, razmišljanje urednikov ipd.

V današnjem boju medijskih hiš za delež bralca, poslušalca ali gledalca morajo biti novinarji vedno bolj iznajdljivi. Za pripravo novice potrebujejo sogovornika in iskali ga bodo na vseh tistih naslovih, na katerih pričakujejo uspeh v čim krajšem možnem času. Ista vprašanja pošiljajo več osebam v različnih delih podjetja, iščejo »off the record« komentarije, mnenja različnih, npr. izobrazbenih, poklicnih struktur ipd. V ustanovi, ki nima dogovorjenega in urejenega načina komuniciranja in »enih vrat« za pridobivanje in posredovanje informacij, lahko tako na eno in isto vprašanje dobijo več, tudi nasprotujočih si odgovorov ali mnenj. Hvaležna tema za zgodbo, ki govori o neusklajenosti znotraj ustanove ali celo morebitnih notranjih trenjih, nesoglasjih, nesodelovanju in še čem. Usklajenost in dogovorjen sistem komuniciranja z javnostmi skozi »ena vrata« sta zato zelo pomembna.

Čeprav naj bi PR-ovec predstavljal učinkovit komunikacijski vmesnik med imetniki informacij in novinarjem, ga, zanimivo, včasih oba dojemata kot nepotrebno zlo. Novinarjem se velikokrat zdi škoda časa, ki ga morajo nameniti razlagi svojih vprašanj, zahtev ali želja, ko bi v tem času z imetnikom informacije že opravili svoje delo. Imetnik informacije pa v PR-ovcu včasih vidi podaljšano roko medija oziroma vzrok, da se mora z mediji sploh ukvarjati in odgovarjati na včasih tudi neprijetna vprašanja. Dojema ga tudi kot nekakšen povsem nepotreben nadzor nad svojim delom ali izraženo kritiko svojih komunikacijskih sposobnosti.

Vsekakor je takšen pogled na praktike odnosov z javnostmi napačen in k sreči z uveljavljanjem te stroke izgublja svoje pristaše. Dejstvo je, da

je dober PR-ovec novinarju pomoč in ne ovira, preko katere se mora prebiti na poti do cilja. Da ga bodo kot takšnega tudi dojemali, mora z njimi ustvariti odnos. Ta se ne ustvari od danes na jutri, ampak je dolgotrajen proces, v katerem s »fair play«, jasnim, točnim in hitrim informiranjem dosežemo veliko. Tudi to, da bodo razumeli, da cilja, ki so si ga zadali, iz takšnih in drugačnih tehtnih razlogov ne morejo vedno doseči.

Prav tako dolgotrajen proces samouveljavitve očitno čaka PR-ovce tudi v ustanovah, v katerih delujejo. Tudi sodelavce je žal marsikdaj treba, nelogičnosti navkljub, prepričevati, da je PR-ovec njihova podpora, orodje za izpeljavo optimalne komunikacije v danem trenutku in danih okoliščinah. Veliko napora bodo zato še naprej morali vlagati tudi v pridobivanje zaupanja znotraj ustanove in vzpostavitev popolnega sodelovanja s sodelavci. To bo mogoče takrat, ko se bodo imetniki informacij v ustanovi začeli v polnosti zavedati pomena komunikacij, hitrega odziva in prednosti, ki jih v proces prinaša s strokovnimi znanji podkovani komunikator.

Zaključek

Praktične izkušnje kažejo, da odnosi z javnostmi niso več le pomemben, ampak nujni sestavni del delovanja javnih ustanov. Sprejeta zakonodaja je opredelila javnost in odprtost delovanja javnega sektorja, državljanke in državljani pa so izkazali interes za širok javni nadzor nad njim. Izvajajo ga tudi s pomočjo medijev, ti pa zaupano jim nalogo učinkovito opravljajo in včasih tudi izrabljajo za pridobivanje dodatnega tržnega deleža.

Tako kot je javnost delovanja postala dejstvo, je dejstvo postala tudi komunikacija z novinarji. Zato se ne izplača več ukvarjati z mislijo, ali sploh komunicirati z njimi, ampak je treba vso pozornost usmeriti v iskanje pravega načina. S sistematičnim in načrtovanim delom ter izpolnjevanjem dogovorov je mogoče vzpostaviti korektno sodelovanje, koristno za obe strani. Če namreč novinarjev ne »vlečemo za nos« in jim v najkrajšem možnem času zagotovimo informa-

cije, ki jih želijo in so jim dostopne, bodo v primeru, ko tega ne bomo mogli storiti, razumeli, s poročilom počakali ali poiskali drug ustrezen vir. In prav to je, poleg priprave primernih, ustreznih in celovitih informacij za posamezne ciljne javnosti, poglavitna naloga praktika odnosov z javnostmi. Žal je ta del velikokrat prepuščen naključju in ljudem, ki nimajo pravih znanj.

Čeprav je večšina komuniciranja najpomembnejša izmed vseh, saj nam omogoča usklajevanje mnenj, doseganje različnih ciljev pa tudi vzpostavljanje, vzdrževanje in spreminjanje medsebojnih odnosov, se je le malokrat načrtno učimo. Še večkrat pa spregledamo njen pomen.

Literatura:

- Zakon o medijih (uradno prečiščeno besedilo) (Zmed-UPB1), Uradni list RS, št. 110/2006 z dne 26. 10. 2006
- Zakon o dostopu do informacij javnega značaja (uradno prečiščeno besedilo), Uradni list RS, št. 51/2006 z dne 18. 5. 2006
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), Uradni list RS, št. 94/2007 z dne 16. 10. 2007
- Gruban Brane, Dejan Verčič, Franci Zavrl, ur.: Pristop k odnosom z javnostmi – Ljubljana, Pristop, 1997
- Jernejčič Andreja, Kako uspešno sodelovati z mediji: priročnik za vsakogar, Ljubljana, Planet GV, 2007

Beležke

[illegible]

Beležke

[illegible]

**Dorjan Marušič, dr. med., spec. int. med.,
dipl. ing. mat.,**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

mag. Jakob Ceglar, univ. dipl. ekon.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Izziv slovenskega zdravstvenega sistema: Kako od zahtev zdravstvenega sistema do realnih potreb?

Povzetek

Izzivi zdravstvenih sistemov se premikajo od iskanja ravnovesja med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah k bistvu problemov, pretvorbi pričakovanj in zahtev v realne potrebe zdravstvenega sistema v najširšem smislu. Integralno proučevanje demografskih, epidemioloških, razvojnih in finančnih premikov v zdravstvu bo omogočilo erupcijo znanja, globalnega znanja kot največjega sovražnika bolezni in obenem zaveznika pozitivnega zdravja.

Abstract

The challenges of health systems are shifting from constantly searching a balance between financial sustainability and growing demands for health services to dealing with the essence of problems, that is, the conversion of the expectations and requirements to the real needs of the healthcare system in the broadest sense. An integrated study of demographic, epidemiological, developmental and financial movements in health care will allow for an eruption of knowledge, global knowledge as the greatest enemy of disease and at the same time an ally of positive health.

3. Uvod

Tudi v Sloveniji večina ljudi postavlja zdravje na prednostni seznam vrednot. Na drugi strani pa so dokaj neuspešni poskusi postavitve zdravja na vrh družbenega prioriteteznega seznama. Svetovni ekonomisti so nas vizonarsko potisnili v recesijo, prodorni zdravstveniki pa hitijo z rešilnimi ukrepi za zdravstveni sistem. Zakaj se ustvarja okolje krize? V takem okolju se zanesljivo ni možno spopasti z izzivi prihodnjih desetletij, saj se ponuja le rešitve popravkov preteklosti s pogledi nazaj in ne naprej, v prihodnost. Nastopil je čas, ko morajo v ospredje stopiti tisti, ki so sposobni s prepletom imaginacije in intuicije poroditi inovacijo. Izdelati moramo orodja, ki bodo pomagale pretopiti zahteve in pričakovanja zdravstvenega sistema v potrebe po nacionalnih prioritetah, torej realne potrebe. Pri tem mislim na zdravstveni sistem v najširšem smislu: od državljanov in izvajalcev do plačnikov in regulatorjev! Pristopiti bo potrebno k proučitvi demografskih in epidemioloških trendov, razvoja kapacitet kadrov, tehnologij in infrastrukture. Spremeniti vizijo, prilagoditi izrazoslovje in opraviti preobrat: državljan namesto bolnika, zdravje namesto bolezni, procesi

namesto strukture, mreženje bolnišnic namesto mreže, znanje v ospredje. Skratka s procesi pretopiti zahteve v potrebe!

4. Vzdržnost zdravstvenega sistema

Vsi zdravstveni sistemi se soočajo z iskanjem ravnovesja med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Ob tem je potrebno poudariti, da pojem vzdržnosti zdravstvenih sistemov pomeni zadržati ali izboljšati obstoječo raven kakovosti, varnosti in dostopnosti javnih storitev v splošno sprejemljivi obliki. V tem smislu se želi preseči sam pojem finančne vzdržnosti.

Ob zaostrenih razmerah pospešene rasti izdatkov zdravstvenega varstva zaradi hitrega širjenja in razvoja medicine, spremenjene patologije, staranja prebivalstva, večje zahtevnosti in povpraševanja po zdravstvenih storitvah predstavlja najučinkovitejši način večje dostopnosti širitev programov na podlagi realnih potreb državljanov in uvajanje novih metod zdravljenja v skladu z razvojem medicinske znanosti v ravnovesju z razpoložljivimi finančnimi sredstvi in principi vrednotenja zdravstvenih tehnologij.

5. Potrebe po zdravstvenih storitvah

Naraščajoče potrebe po zdravstvenih storitvah bodo pomembno zaostri demografski in epidemiološki pritiski, nagli razvoj medicinske tehnologije, ustreznejše vrednotenje kakovostno opravljenega dela in večja osveščenost prebivalstva.

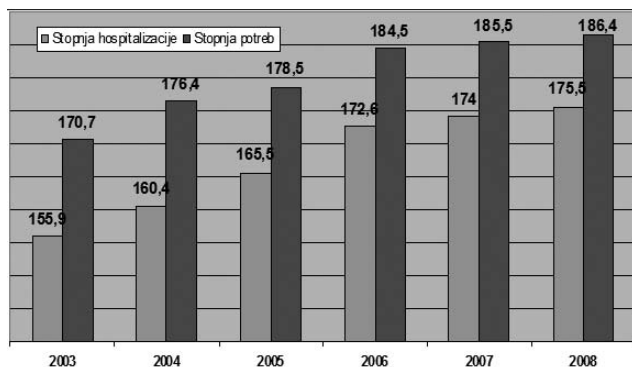
Do leta 2025 se bo delež starejših od 65 let v Sloveniji povečal iz sedanjih 15 % na 22,8 %, do leta 2050 pa bo za 31,2 % višji kot bo povprečje v dosednji petindajseterici Evropske unije (EU-25). V vsakem primeru se bodo projekcije skupnih deležev EU znižale, kar bo le še povečalo razkorak Slovenije od povprečja. Slovenija bo izstopala po problematiki starejše populacije,

zato moramo najprej iskati rešitve doma. Večji delež starostnikov pomeni tudi primerno večje breme kroničnih in nenalezljivih bolezni, kar bo ob naraščajoči osveščenosti in visokih pričakovanjih prebivalstva vodi do potencialne rasti zdravstvenih storitev. Napovedi o 2 % letnem porastu števila obravnav na različnih ravneh zato niso pretirane, prej realne. Vse napovedi so sicer tvegane, saj slonijo na dosedanjih podatkih in ne morejo vključevati popolnoma nepredvidljivih dogodkov kot so grožnje epidemij, pandemij, naravnih nesreč ter morebitnih revolucionarnih odkritij vzrokov in vzročnega zdravljenja bolezni kroničnih bolezni. Znano je dejstvo, da dobra stotina celotne populacije porabi do tretjine vseh sredstev oziroma desetina skoraj tri četrtine zdravstvenih sredstev. Zato se nujno postavlja potreba po določanju potreb državljanov po zdravstvenih uslugah preko ocen tveganja njihovega zdravstvenega stanja. Večino zdravstvenih sredstev namreč še vedno namenjamo kroničnim bolnikom, zato je potreben procesni pristop manageriranja na osnovi ocene tveganj, vpeljevanje medicine, podprte z dokazi preko kliničnih smernic in poti ter uvajanje timskega dela in partnerstva v samo obravnavo. Zanesljivo bomo morali pogosteje uporabljati nove organizacijske in tehnološke pristope. Tako bo zagotovljena višja kakovost ob nižjih stroških. Aktivnejše sodelovanje in izmenjava vedenja med kurativnim in javno-zdravstvenim delom zdravstvenega varstva bosta pripeljala do celovitejšega in popolnejšega pristopa obravnave individualnih in skupinskih zdravstvenih problemov.

Zanesljivo vemo kako so naraščale "potrebe" po akutnih obravnavah v Sloveniji za obdobje od leta 2003 do 2008 (Prikaz št.1). Trenutno najboljšo oceno diagnosticiranih potreb obolelih lahko določimo kot število realiziranih akutnih obravnav pri vseh izvajalcih javne zdravstvene mreže v določenem letu in čakajočih na te obravnave ob začetku naslednjega leta na število prebivalcev v Sloveniji. Ker akutne bolnišnične obravnave predstavljajo najpogostejše končno stopnjo obravnave, so najboljši indikator tako določenih potreb državljanov oziroma odzivnosti zdravstvenega sistema v celoti. Od

leta 2003 do 2008 (primerjave pred tem obdobjem bi bile nezanesljive, saj je bil model spremljanja in plačevanja obravnav na podlagi SPP uveden šele leta 2003) so se ugotovljene potrebe državljanov po akutnih bolnišničnih storitvah povečale za 9,2 %. Povprečna letna stopnja rasti je v povprečju znašala 1,56 %. Porast gre pripisati predvsem povečanemu obsegu realiziranih akutnih obravnav, ki so v enakem obdobju porasle za 12,6 %. Povprečna letna stopnja rasti je znašala 1,66 %. Ob upoštevanju enake dinamike sledenja potreb prebivalcev in enakih zunanjih epidemiološko-demografsko-finančnih vplivih bodo potrebe zadovoljivo realizirane v letu 2013. Takrat naj bo stopnja hospitalizacije znašala kar 203 obravnavanih na 1000 prebivalcev. To pomeni skoraj 66.000 več akutno obravnavanih bolnikov v primerjavi z letom 2006 ali 19,1 % več kot leta 2006 ali v povprečju za 1,5 % letno! Po teh projekcijah naj bi bilo leta 2010 v bolnišnicah obravnavanih skoraj 37.000 bolnikov več kot leta 2006, število čakajočih bolnikov na akutno obravnavo pa naj bi padlo pod 10.000. Realizacija izvajalcev bi morala v povprečju naraščati za 1,8 % letno, potrebe prebivalcev pa bi potem v povprečju naraščale le za 1,6 % letno. Stopnja hospitalizacije bi bila leta 2010 189,7 na 1.000 prebivalcev. Trendi so se v letu 2007 in 2008 le rahlo umirili. Stopnja hospitalizacije se je povečala za 1,3 % (175,6), potrebe pa za 1 %. Tako bi za absolutno dostopnost v letu 2008 morali doseči stopnjo hospitalizacije 186,4.

Prikaz št. 1: Stopnja hospitalizacije in stopnja potreb prebivalcev po akutni bolnišnični obravnavi po posameznem letu v obdobju 2004-2008.



Vir: Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2003, 2005, 2006, 2007, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije; Plan in realizacija programa po posameznih dejavnostih (www.zzzs.si), ZZZS; Poslovno poročilo ZZZS za 2008, ZZZS.

Zaradi odsotnih podatkov o čakajočih bolnikih na neakutno obravnavo, rehabilitacijo in psihiatrično obravnavo so podobne napovedi tvegane, saj slonijo le na številu obravnavanih bolnikov oziroma bolnišnično oskrbnih dni (v nadaljevanju: BOD). Znani so podatki o naraščajočem številu bolnikov v akutni in neakutni dejavnosti. Ti podatki le delno odsevajo potrebe prebivalcev po bolnišnični obravnavi, saj nanje vplivajo različni dejavniki: finančni, infrastrukturni, kadrovski ipd. Tako je od leta 2003 do leta 2006 število realiziranih BOD v akutni in neakutni obravnavi povečalo za 85.484, iz 1.845.589 na 1.931.073, kar pomeni 4,6 % oziroma 1,7 % povprečno letno stopnjo rasti.

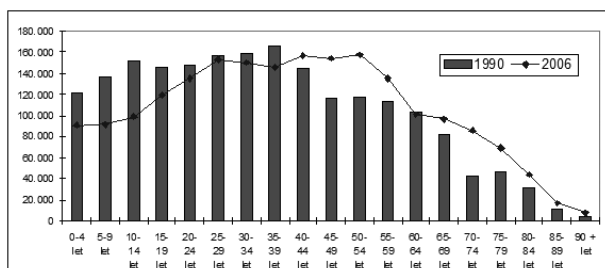
Natančnejše napovedi za specialistično-ambulantno obravnavo in diagnostične preiskave je nemogoče ali tvegano pripraviti, saj baze podatkov niso standardizirane v procesu zbiranja, poročanja in analize. Navkljub vsemu pa lahko ugotovimo, da se je število pregledanih bolnikov od leta 2004 do leta 2007 povečalo od 3.696.968 na 3.898.121, kar pomeni za 201.153 obiskov oziroma 5,4 %. Povprečna letna stopnja rasti je znašala 1,8 %. Struktura obiskov v obdobju od leta 1990 do leta 2006 kaže hiter porast števila obiskov v interni medicini (za več kot trikrat), manjše povečanje je pri kirurgiji (za približno 50 odstotkov) in v okulistiki (za dobro tretjino). V dejavnostih, kjer je število obiskov absolutno manjše, pa je do največjega povečanja prišlo v psihiatriji, za kar dvainpolkrat. Prav slednje nakazuje na izjemno velik porast potreb državljanov na področju interne medicine in psihiatrije. Podatke lahko razložimo z naraščajočimi potrebami državljanov, staranjem slovenske populacije in širitvijo specialistično-ambulantne mreže. Ob tem ne gre pozabiti splošnega prepričanja, da se bistveno večje število državljanov zateka k obravnavi izven javno-zdravstvene mreže v specialistično-ambulantni obravnavi v primerjavi z bolnišnično obravnavo.

6. Demografsko - epidemiološki trendi

Demografsko-epidemioloških trendi predstavljajo za Slovenijo v okolju EU največji izziv

zdravstvenega sistema. Najznačilnejša demografska pojava v Sloveniji sta negativni naravni prirastek in staranje prebivalstva. Kako se odraža premik kontingentov prebivalstva med letoma 1990 in 2006 iz mlajših v starejše kategorije prebivalstva, je razvidno iz prikaz št. 2. Takšni dolgoročni gibanji predstavljata stalno grožnjo finančni vzdržnosti zdravstvenega sistema v prihodnjem razvojnem obdobju, saj manjšanje aktivne populacije poslabšuje njegove prihodkovne zmožnosti, staranje prebivalstva pa krepi pritiske na rast izdatkov sistema.

Prikaz št. 2: Staranje prebivalstva v Sloveniji v obdobju 1990-2006.



Vir: Statistični podatkovni portal Statističnega urada Republike Slovenije po popisu prebivalstva leta 2006, Statistični urad Republike Slovenije.

Vodilni vzroki obolevnosti v Sloveniji so podobni kot v državah EU-15. Na prvih treh mestih so nevrolško-psihiatrične bolezni (26 %), bolezni srca in ožilja (16 %) in rak (14 %). Glavni vzroki umrljivosti v Sloveniji so podobni kot v državah EU-15: na prvih treh mestih so bolezni srca in ožilja (41 %), rak (26 %) in poškodbe (8 %). Te skupine so vodilne tudi med vzroki prezgodnje smrti: rakave bolezni, bolezni srca in ožilja ter zunanji vzroki obolevnosti in umrljivosti. Skupaj tvorijo skoraj tri četrtine vseh prezgodnjih smrti.

V razvitem svetu pripisujejo kroničnim nenalezljivim boleznim največje breme bolezni. Te bolezni so osnovni vzrok prezgodnje umrljivosti in glavno breme bolezni in invalidnosti tudi v Sloveniji. Po podatkih poročila WHO iz leta 2005 v Sloveniji je breme bolezni porazdeljeno med naslednjimi bolezenskimi stanji (depresija 9,5 %, ishemična bolezen srca 6,3 %, možgansko-žilne bolezni 6,1 %, alkohol 4,5 %, ciroza

jeter 4,4 %, samopoškodbe 3,7 %, rak dihal 3,2 %, naglušnost 3,1 %, poškodbe v cestnem prometu 2,9 %, KOPB 2,8 %) in dejavniki tveganja (tobak 13,7 %, alkohol 11,4 %, zvišan krvni tlak 8,2 %, debelost 6,8 %, zvišan holesterol 6,3 %, telesna nedejavnost 2,8 %, premalo zelenjave in sadja 2,1 %, nedovoljene droge 1,1 %, nezaščiteni spolni odnosi 0,8 %, spolna zloraba otrok 0,5 %).

Po podatkih nacionalne raziskave o dejavnih tveganja za kronične nenalezljive bolezni je prevalenca tveganega vedenja praviloma višja v regijah vzhodne Slovenije. Vsa območja zahodne Slovenije imajo nižjo socialnoekonomsko kazalnike, prevalenca tveganja za kronične nenalezljive bolezni in seveda tudi boljše zdravstveno stanje. Prevalenca bolezni srca in ožilja, možganske kapi in sladkorne bolezni narašča v regijah od zahoda proti vzhodu Slovenije. Leta 2001 opravljena raziskava "Regionalne razlike v zdravju in iskanje rešitev za njihovo zmanjševanje" iz leta 2001 je ugotovila, da se po prevalenci kroničnih nenalezljivih bolezni na prvih petih mestih izmenjujejo regije vzhodne Slovenije (Celje, Novo mesto, Ravne na Koroškem, Maribor in Murska Sobota), le v primeru srčne in možganske kapi se mednje vrine še Ljubljanska regija. Samo v skupini srčno-žilnih obolenj pa je ta vzorec še bolj izrazit. Najbolj obremenjeni regiji sta Celje in Ravne na Koroškem, sledijo regija Novo mesto (33,2 %), Murska Sobota (32,8 %) in Maribor (31,7 %). V regiji z najnižjo prevalenco bolezni srca in žilja je število obolelih skoraj dvakrat manjše (19,5/100) kot v najbolj obremenjenih regijah. Tudi v drugih regijah, v zahodni in osrednji Sloveniji, je razširjenost teh bolezni manjša. Še največja je v ljubljanski regiji (28,2 %). Po podatkih raziskave "Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije" iz leta 2001 je bila ocenjena prevalenca sladkorne bolezni med odraslimi prebivalci Slovenije v starostni skupini 25 do 65 let na 4,3 %. Med tri regije z najvišjo vrednostjo sodijo regije Maribor, Celje in Ljubljana. Kot kažejo rezultati omenjene raziskave, je prevalenca sladkorne bolezni relativno nizka do starostne skupine 40 do 44 let, vključno s to starostno skupino in pri starejših pa hitro narašča do starostne skupine 60 do 64 let. Ker se pogostnost sladkorne bolezni tipa 2 s starostjo strmo povečuje, je najverjetneje skupna preva-

lenca sladkorne bolezni med odraslim prebivalstvom tudi v Sloveniji podobna kot v razvitem delu sveta, to je med 5 in 6 %.

Tudi razlike v umrljivosti so povezane s socialnoekonomskimi dejavniki in izobrazbo, saj so stopnje umrljivosti v posameznih regijah obratno sorazmerne z bruto domačim proizvodom na prebivalca, z deležem študentov med prebivalci, starimi od 19 do 26 let, deležem prebivalcev z visokošolsko izobrazbo in neto plačo na zaposlenega ter premo sorazmerne z registrirano in dolgotrajno brezposelnostjo, stopnjo prejemnikov denarne socialne pomoči ter indeksom ogroženosti. Stopnje umrljivosti, ki pomenijo najtežjo obolenost med prebivalci, so bile v obdobju 2001 do 2005 v zahodnem delu Slovenije nižje kot v vzhodnem delu. Razlika med regijami z najnižjo (Gorenjska, Goriška in Primorska) in najvišjo (Pomurje in Notranjska) stopnjo umrljivosti je znašala pet umrlih na 1.000 prebivalcev.

Tako ne preseneča demografska porazdelitev prebivalcev v skupini nad 65 let po statističnih regijah (Prikaz št. 3).

Prikaz št. 3: Število in delež prebivalcev po regijah, število prebivalcev nad 65 let in njihov delež po statističnih regijah po popisu prebivalstva leta 2002.

Regija	Vsi prebivalcev	Delež	Prebivalci nad 65 let	Delež
Osrednjeslovenska	488.364	24,9	69.857	14,3
Podravska	310.743	15,8	46.780	15,1
Savinjska	253.574	12,9	34.719	13,7
Gorenjska	195.885	10,0	27.938	14,3
Jugovzhodna Slovenija	136.474	6,9	19.545	14,3
Pomurska	120.875	6,2	18.757	15,5
Goriška	118.511	6,0	19.445	16,4
Obalno-kraška	102.070	5,2	16.222	15,9
Koroška	73.296	3,7	9.632	13,1
Spodnjeposavska	68.565	3,5	10.925	15,9
Notranjsko-kraška	50.243	2,6	8.058	16,0
Zasavska	45.436	2,3	7.103	15,6
Slovenija	1.964.036	100,0	288.981	14,7

Vir: Statistični podatkovni portal Statističnega urada Republike Slovenije po popisu prebivalstva leta 2002, Statistični urad Republike Slovenije.

Staranje prebivalstva dodatno negativno vpliva na obolenost in umrljivost za posledicami kroničnih bolezni, na obremenjenost zdravstvene službe in na rast stroškov, ki so s tem povezani. Že nekaj desetletij se v starostni strukturi prebivalstva povečuje delež ljudi, starejših od 65 let. Družbeno drevo življenja nima več oblike trikotnika, ki je znak naraščanja prebivalstva, ampak ima obliko gobe, ki predstavlja družbo z nizkim številom otrok in visokim številom dolgo živečih starih ljudi. Govorimo o staranju prebivalstva, ki se bo po projekcijah Urada za makroekonomske analize in razvoj (v nadaljevanju: UMAR) do leta 2050 le še stopnjevalo. Če je bila Sloveniji z deležem starejših od 65 let s 15 % pod povprečjem EU (EU-15 17 %, EU-25 16,4 %), pa se bo leta 2025 z 22,5 % ta delež izenačil. Izjemno zaskbljujoči pa so podatki za leto 2050, ko bo v Sloveniji kar 31,2 % prebivalcev starejših od 65 let. Povprečje EU-15 in EU-25 pa bo znašalo 30 %.

Skupina prebivalcev nad 65 let potrebuje več zdravstvenih storitev, predvsem obravnav kroničnih bolezni. Med temi v Sloveniji izstopajo predvsem bolezni srca in ožilja, dihal, gibal, presnove, raka. V tej starostni skupini so številne poškodbe, zlasti zlomi in padci, zelo pogoste so tudi različne oblike demenc in depresij. Tu naj izpostavimo, da po podatkih Evropske komisije kar 27 % odraslih Evropejcev trpi za eno od oblik duševnih motenj. Med številnimi oblikami duševnih motenj je najbolj razširjena depresija, saj je v svetu glavni vzrok invalidnosti in je na četrtem mestu bremena bolezni. Trendi kažejo na naraščanje depresivnih motenj. Po projekcijah bo depresija do leta 2020 postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu.

Zahtevnost in stroški obravnav se s staranjem prebivalstva povečuje. Tako naj bi bil po navedbah Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 do 2013 (v nadaljevanju: RNPZV) bili stroški državljana starejšega od 65 let bili 4,5-krat višji od stroškov povprečnega državljana, tistih nad 80 let pa kar 6-krat. V sprejeti RNPZV za izzive epidemiološko-demografskih trendov ni postavljenih projekcij bremen kroničnih bolezni, demografskih trendov in meril ali kriterijev za doseg specifičnih ciljev. Med ukrepi za to problematiko pa RNPZV predvi-

deva sprejem številnih nacionalnih planov, programov in strokovnih smernic.

Predpostavka o hitrem, nevzdržnem in neizogibnem porastu zdravstvenih izdatkov je bila izpodbita z ugotovitvami, da stroški zdravljenja v zadnjem letu življenja (Proximity To Death costs ali PTD costs) padajo z naraščajočo starostjo. Na same stroške zdravljenja namreč bolj vpliva ireverzibilnost bolezni oziroma zdravstvenega stanja kot pa sama starost. Starost pomembno vpliva na zdravstvene stroške v zadnjem letu življenja, vendar PTD predstavlja najpomembnejši demografski kriterij za določanje zdravstvenih stroškov odrasle populacije vse tja do zadnjih 15 let pred smrtjo.

7. Razvoj medicinske znanosti

Večletne napovedi bremena razvoja medicinske tehnologije so nevhvaležne, predvsem pa dvorezne. Nemogoče si je namreč predstavljati učinkovito in kakovostno zdravstveno varstvo brez sprotnega vrednotenja, vpeljevanja in ocenjevanja novih principov obravnav od diagnostike, zdravljenja do rehabilitacije. Po grobi oceni velja prepričanje, da bi bilo potrebno zagotavljati do 2 % globalnega zdravstvenega proračuna na letni ravni za razvoj. V letu 2007 je samo Zdravstveni svet potrdil za 0,9 % letnega zdravstvenega proračuna novih programov, pri čemer niso upoštevane širitve seznama zdravil za izdajo na recept. V letu 2006 je bilo teh širitiv v absolutnem smislu za polovico manj, kar govori o hitro rasti in približevanje napovedi rasti tudi v Sloveniji.

Zanesljivo vemo, da so v Sloveniji izdatki za nova zdravila v letu 2004 predstavljali 2 % (6,5 milijonov EUR) izdatkov za zdravila, do leta 2011 pa naj bi zaradi uvajanja inovativnih in bioloških zdravil narasli na 8 % (50 milijonov EUR). V letu 2007 je delež obveznega zdravstvenega zavarovanja za biološka in druga draga zdravila znašal 9,9 % vseh izdatkov za zdravila. Povprečna cena recepta za klasično zdravilo je znašala 26 EUR, za biološko zdravilo pa 1.183 EUR. Povprečni letni strošek na bolnika za klasično zdravilo je tako znašal 256 EUR, za biološko zdravilo pa kar 5.540 EUR.

8. Stroški dela

Potrebe po zdravstvenem kadru, predvsem zdravnikih, so izjemno relativne. Dodatne potrebe po izvedenih anketah med izvajalci v javni zdravstveni mreži in projekcijah Zdravniške zbornice Slovenije se gibljejo med 500 in 1000 zdravnikov. Večina teh ocen pa ni zasnovana na nacionalnih prioritetah glede na epidemiološke podatke, obolevnost in umrljivost. Glede na povprečje števila zdravnikov v EU, kjer je 3,2 zdravnikov na 1.000 prebivalcev bi lahko preprosto sklenili, da v Sloveniji (2,4 zdravnikov na 1.000 prebivalcev) primanjkuje 1.600 zdravnikov. Tako preprosto le ne gre sklepati, saj zanesljivo ne upoštevamo zmogljivosti, učinkovitosti in produktivnosti zdravstvenega sistema. Ob tem pa v primerjavi z EU v Sloveniji dosegamo zavidljive zdravstvene kazalnike, kar odpira vprašanje o optimalni preskrbljenosti z zdravniki v večji širini.

Zanimiv je podatek iz leta 2007 z Ministrstva za zdravje o primerjavi števila subspecialistov na 1.000 prebivalcev in povprečje 15 evropskih držav pred širitvijo EU leta 2004. Prav na področju interne medicine je razlika največja, saj imamo v Sloveniji le 0,27, v skupini 15 evropskih držav 0,41 specialistov interne medicine na 1.000 prebivalcev. Uporabljen pristop nekaterih strokovnjakov, ki bi s preprostim upoštevanjem omenjene razlike, izpostavil potrebo po dodatnih 280 specialistih interne medicine, je gotovo nerealen. Bodoči načrti in strategije zdravstvenega varstva bodo morale vpeljati orodja za ustrezno kadrovsko strukturo specialistov za učinkovito pokritje potreb državljanov.

Število zdravnikov je v zadnjih letih naraščalo z 1,1 % povprečno letno stopnjo rasti, kar je bistveno manj kot v večini držav EU. V vseh bolnišnicah se je število specialistov od leta 2004 do leta 2007 povečalo za 209 ali za 10,9 %. Povprečna letna stopnja rasti je znašala 2,2 %. Še ugodnejši pa je trend vseh zdravnikov (specialisti, zdravniki, specializanti in sekundariji), kjer se je v opazovanem obdobju število povečalo za 387 ali 13,9 %. Povprečna letna stopnja rasti je znašala 2,4 %. Po sprejeti dinamiki naraščanja zdravnikov na Zdravstvenem svetu naj bi do konca leta 2010 imeli v Sloveniji 700 zdravnikov

več kot danes, do konca 2020 pa še za 300 več. Porast bi dosegli z večjim številom diplomantov obeh medicinskih fakultet. Tako bi sledili navedeni rasti povpraševanja po zdravstvenih storitvah. To bo zelo verjetno povzročilo absolutno rast stroškov dela, zanesljivo pa relativno.

Tudi v prihodnje gre pričakovati zahteve zdravstvenega kadra po ustrežnejšem vrednotenju kakovostno opravljenega dela ali višjih plačah. Stroški dela so v celotnih zdravstvenih izdatkih leta 2002 znašali 60 % ali 20 % več kot pred desetimi leti, vendar še vedno do 10 % manj kot v nekaterih državah EU. Po izvedeni plačni reformi v letu 2008 je na začetku leta 2009 strošek dela v osnovni dejavnosti znašal 75 %, v bolnišnicah pa 55,6 %. Neizogibno je izpostaviti in poudariti problem same produktivnosti, učinkovitosti in obremenitve kadra. V zdravstvenih sistemih je učinkovitost, ki predstavlja razmerje med vrednostjo vnosa in produkta, prepogosto sinonim za produktivnost. Pri slednji gre za vrednost produkta na časovno enoto ali izvajalca. Merjenje in predstavljanje produktivnosti in učinkovitosti sta potrebna, vendar pomanjkljiva ali celo nevarna brez vzporednega spremljanja indikatorjev kakovosti in varnosti obravnave. Zadnje primerjave v poročilu o statistični analizi podatkov uvajanja izboljševanja kakovosti poslovnega dela bolnišnic so na primerljivih specialnostih znotraj akutne obravnave pokazale celo do 50 % večjo produktivnost ali obremenitev povprečnega zdravnika. Odklone je težko razložiti, še manj jih opravičita veljavni plačni sistem in nagrajevanje.

9. Finančna vzdržnost

Po podatkih za leto 2006 so izdatki za zdravstvo v Sloveniji znašali 2,428 milijarde EUR ali 8,35 % BDP, kar je pod povprečjem EU s 8,7 % BDP. Pri tem je bilo v Sloveniji 79,7 % izdatkov iz javnih virov. V letu 2004 je bil delež javnih sredstev v Sloveniji z 79,9 % celo nekoliko višji, zanesljivo pa pomembno višji kot povprečje v EU, kjer je znašal 77,4 %. Po napovedih UMARja naj bi leta 2010 ob nespremenjeni zdravstveni politiki in upoštevanih epidemiološko-demografskih potrebah prebivalcev javni izdatki za zdravstvo znašali 6,7 % BDP. Leta 2006 pripra-

vljene projekcije prihodkov in (ob izjemno učinkoviti porabi tudi) odhodkov ZZZS so znašale 6,0 % BDP. Delež javnih izdatkov iz državnega in lokalnih proračuna se v zadnjih letih ni pomembno spremenil, zato je nerealno napovedati več kot 0,4 % porabe v BDP v letu 2010. Tako sestavimo realno projekcijo javnih izdatkov v letu 2010 na 6,4 % BDP ali 0,3 % BDP pod projekcijami UMAR! V kolikor upoštevamo še zahteve leta 2005 sprejetega Konvergenčnega programa, da bo financiranje zdravstva potekalo brez spremembe prispevne stopnje in brez primanjkljaja plačnika in izvajalcev, se ponujata dve oziroma tri napovedi. Manjkajoči delež bo potrebno zagotoviti z ustreznim dvigom stroškovne učinkovitosti izvajalcev ali iz zasebnih virov. Tretja napoved pa je ustrezna kombinacija obeh, saj si finančnega zloma zdravstvenega sistema po direktivah EU ne smemo ali ne moremo več privoščiti. V nasprotnem primeru bo Slovenija med redkimi državami EU s padajočim deležem BDP za zdravstvo. Ob tem so v Sloveniji že danes izdatki za zdravstvo v deležu BDP pod povprečjem EU25. Večina držav v svojih reformnih programih poskuša vsaj zadrževati izdatke na doseženem deležu BDP.

Vsekakor pa bo potrebno upoštevati spremenjene globalne gospodarske razmere in izjemno zmanjšanje gospodarske rasti, kar lahko olajša doseganje zastavljenega cilja glede deleža javnih izdatkov za zdravstvo v višini 6,7 % BDP v letu 2010. To dejstvo dodatno podkrepi predvidena rast izdatkov za zdravila in visok delež fiksnih stroškov. V kolikor bo cilj dosežen, ne bo prave koristi za državljane, saj se namreč obseg storitev ne bo približal realnim potrebam! Ciljni in potrebni delež BDP za javne zdravstvene izdatke je bil namreč določen ob popolnoma drugačnih predpostavkah in okoliščinah. Te so upoštevale vpliv demografskih in epidemioloških trendov, nikakor pa ne recesije.

Potrebno bo iskati in sprejeti nove možnosti. Nekaj se jih ponuja z javno-zasebnim sodelovanjem, saj je nujno potrebno preseči in nadgraditi koncesionarstvo kot edini sprejet model na področju zdravstvenega varstva. Poznani in uveljavljeni so različni modeli na vseh ravneh zdravstvenega sistema: dodatna zasebna zavarovanja, vlaganja v zdravstveno infrastrukturo

in opremo, podjetizacija top in srednjega managementa. Sicer bo ravnovesje med potrebami zdravstvenega sistema in omejenimi finančnimi zmožnostmi ob današnji rigidnosti zdravstvenega sistema, sprejetim plačnim sistemom in nejasno strategijo izjemno težko dosegljivo. Omogočiti hitrejši razvoj pravih dodatnih zavarovanj, zagotoviti tekmovalnost in konkurenčnost je nuja v širšem prostoru EU.

Tako bo v prihodnjih letih v Sloveniji morale priti do jasnejše opredelitve košarice zdravstvenih pravic v odvisnosti od zbranih sredstev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja in odpravljanja tesne povezave z dopolnilnim prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Ta odvisnost je onemogočila razvoj ponudbe zdravstvenih zavarovanj in iskanja novih rešitev zagotavljanja solidarnosti, dostopnosti ter varnosti v zdravstvu. To so vrednote, katerim so se zavezale vse članice EU s podpisom dogovora ministrov za zdravje leta 2006. V nasprotnem bo Slovenija s to shemo ostala osamljeni otoček v EU, kar bi lahko pripeljalo do zaostajanja v razvoju, saj velja: vlaganje v zdravje zagotavlja večjo blaginjo in hitrejši razvoj.

10. Zaključek

Na izzive našega zdravstvenega sistema bo potrebno pristopiti s poznanimi orodji v ustreznem družbenem okolju. Nujna bo implementacija globalnega znanja, saj je prav globalno znanje največji sovražnik bolezni. Tako bo možno zagotavljati najkakovostnejše zdravljenje tistim, ki ga potrebujejo in pristopiti k aktivni promociji preventive za pozitivno zdravje. Postavitev prebivalca v središču zdravstvenega sistema, opolnomočen management, razvoj procesov in prodorna uporaba informacijsko-komunikacijskih tehnologij predstavljajo glavne usmeritve za preskok iz strukturnega na procesno zdravstveno varstvo. Slediti je potrebno ciljem integralne obravnave, integrirati in ne ločevati različne ravni zdravstvene obravnave. Uvedba novih organizacijskih in funkcionalnih povezav bo omogočila večjo odzivnost pri pretvorbi primarnih zdravstvenih pričakovanj in zahtev prebivalcev v njihove realne potrebe v skladu z nacionalnimi prioritetami.

Predpogoj predstavlja ločitev sistema financiranja in sistema izvajanja. Po opredelitvi osnovne košarice pravic mora financiranje odsevati zgodovinske vrednote solidarnega ravnovesja javno finančnih možnosti in zdravstvenih pravic. Šele nato lahko v sistemu izvajanja zdravstvenega varstva stremimo za večjo učinkovitost, produktivnost, konkurenčnost, varnost in kakovost preko nediskriminatornega razmerja med zdravstvenimi izvajalci. Ključnega pomena je smiselna državna regulacija celovitosti sistema zdravstvenega varstva vzpostavitev enotnih elementov in izvajanje nadzora.

Nujno bo razbremeniti javne izdatke, povečati tekmovalnost, izboljšati upravljanje, pospešiti notranjo podjetizacijo z opolnomočenim managementom in fleksibilnostjo zaposlovanja z obliko svobodnega specialista, promovirati nagrajevanje odvisno od izidov in izhodov zdravljenja ter nenazadnje z morebitnimi zasebnimi vlaganji v opremo. Preko prenosa dobrih praks različnih sektorjev, strokovnih in prodornih programov bo potrebno izvesti reinženiring bolnišnic, ki bodo naravnane na potrebe prebivalcev. Vpeljevanje procesov, učinkovitejših organizacijskih oblik in premikov k integralni obravnavi odpirajo nove možnosti. Potrebna bo promocija oddelkov neakutne obravnave, zdravljenja na domu, dnevne oskrbe, socialne institucionalne in domače oskrbe ter širitev vključene specialistične obravnave na ambulantni ravni. Zato bo moral najprej management opraviti kulturni preobrat s promocijo povezovanja in integralnosti, saj obstoječa infrastruktura zgradb, torej sama arhitekturna preživetost zdravstvenih ustanov, predstavlja izjemno velik problem.

Literatura:

Regionalne razlike v zdravju in iskanje rešitev za njihovo zmanjševanje. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 (ReNPPP). Ur l RS 39/05.

Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010 (ReNPPP). Ur l RS 39/05.

Statistični podatkovni portal Statističnega urada Republike Slovenije po popisu prebivalstva leta 2002. Statistični urad Republike Slovenije. Dosegljivo na: <http://www.stat.si/pxweb/dialog/statfile2.asp>.

Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. Dosegljivo na: <http://www.zdrzz.si/files/Podatki%20in%20kazalci%20poslovanja%20zdravstvenih%20zavodov%20Slovenije%20za%20leto%202005.pdf>.

Plan in realizacija programa po posameznih dejavnostih. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2009. Dosegljivo na:

<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/vrstagradiva/C05868FD214E157CC125702D0031A82?OpenDocument>.

Konvergenčni program. Ljubljana: Ministrstvo za finance; 2005.

Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/slov/tek-gib/konvergenčni_program_2004_dopolnitev.pdf.

World health statistics 2005. Geneva: World Health Organization; 2005.

Dosegljivo na: <http://www.who.int/whosis/whostat/2005/en/index.html>.

World health statistics 2006. Geneva: World Health Organization; 2006.

Dosegljivo na: <http://www.who.int/whosis/whostat/2006/en/index.html>.

Program stabilnosti. Ljubljana: Ministrstvo za finance; 2006.

Dosegljivo na: http://www.mf.gov.si/slov/tek-gib/program_stabilnosti_2006.pdf

OECD Health Data 2007. Paris: Credes; 2007.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 do 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (ReNPZV). Ur l RS 72/08.

Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za 2008. Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2009. Dosegljivo na: <http://www.zzzs.si/>.

Weaver F, Stearns SC, Norton EC, Spector W. Proximity to death and participation in the long-term care market. Health Economics, Published Online: 4 Sep 2008; doi 10.1002/hecl.1409.

Beležke

[illegible]

Beležke

[illegible]