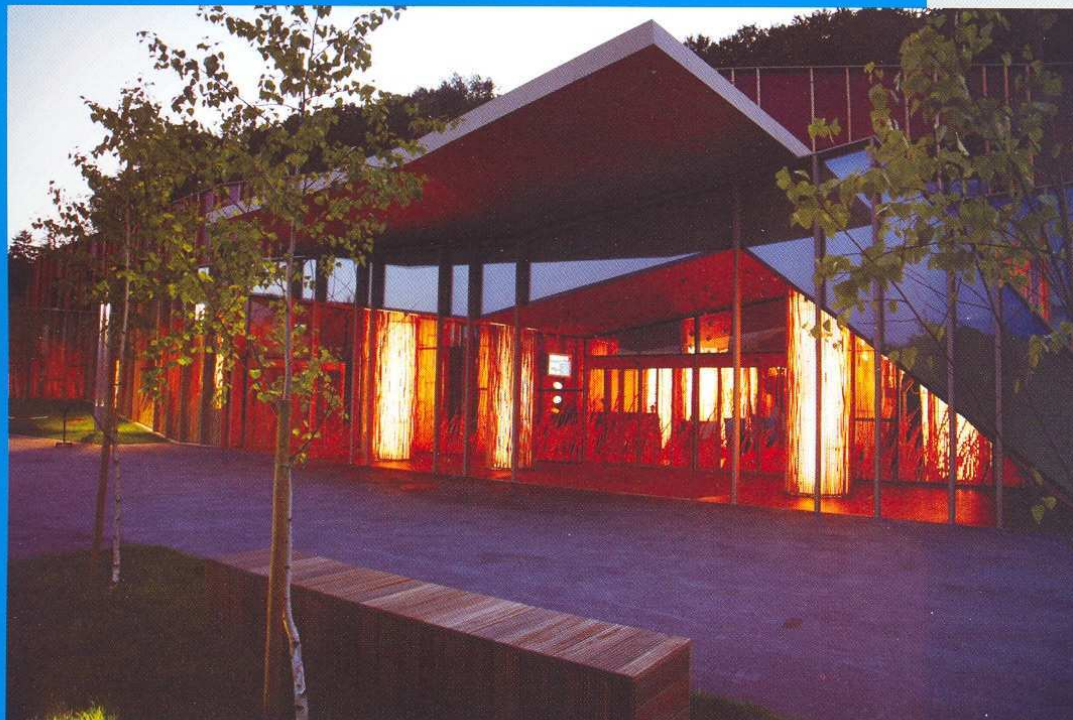


ZVEZA EKONOMISTOV
SLOVENIJE
**DRUŠTVO EKONOMISTOV
V ZDRAVSTVU**
1000 Ljubljana, Njegoševa 8
Tel./fax: 01/23 12 086

9.

**JESENSKO
SREČANJE
ČLANOV
DRUŠTVA
EKONOMISTOV
V ZDRAVSTVU**



**TERME OLIMIA
PODČETRTEK
HOTEL SOTELIA
12. in 13. oktober 2006**

Kazalo

Vpliv uvedbe eura na poslovno-informacijske sisteme organizacij	3
Borut Jureš, Multum d.o.o.	
Uvedba eura in obračunavanje zdravstvenih storitev	11
Marina Sencar, ZZZS - Območna enota Celje	
Zapis zdravil na kartico - lažja, racionalnejša in bolj kakovostna obravnava bolnikov	17
Martina Zorko in Marjan Sušelj, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	
Pregled poročanja o poslovanju zunanjim institucijam	25
Biserka Simčič, Splošna bolnišnica Novo mesto	
Kazalniki kakovosti strokovnega in poslovnega sistema slovenskih bolnišnic	45
Samo Fakin, Ministrstvo RS za zdravje	
Kakovost je tudi sodelovanje strokovnega in poslovnega managementa	59
Mira Retelj in Biserka Simčič, Splošna bolnišnica Novo mesto	
Predstavitev uvedbe standarda Vlagatelji v ljudi v Bolnišnici Golnik KOPA	69
mag. Suzana Štular, O.K. Consulting d.o.o.	
Trendi v moderni organizacijski kulturi	77
Niko Mejaš, O.K. Consulting d.o.o.	
Nagrajevanje zaposlenih – uvajanje primerljivih kazalcev za nagrajevanje delovne uspešnosti	91
mag. Robert Cugelj, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo	

Vpliv uvedbe eura na poslovno-informacijske sisteme organizacij

Borut Jureš

Multum d.o.o.

1. Povzetek

V Sloveniji bomo s 1.1.2007 uvedli evro. Predstavljen je postopek in vpliv menjave denarne enote na informacijske rešitve. Avtorji teh rešitev morajo pripraviti obdelave, ki bodo avtomatsko izvedle menjavo denarne enote v njihovih sistemih. Podane so aktivnosti, ki jih je potrebno izvesti ob menjavi.

2. Abstract

IMPACT OF EVRO ADOPTION ON ERP SYSTEMS

Slovenia will adopt euro as its currency on January 1st 2007. Recommendations on the practical aspects of the introduction of the euro are presented. Much technical effort is needed to prepare ERP systems for the changeover. Required activities are described.

3. Prihod evra

V Sloveniji bomo s 1.1.2007 uvedli evro. Menjava denarne enote vpliva tudi na podatke v informacijskih sistemih podjetij. Pred avtorji teh sistemov je zahtevna naloga. Pripraviti morajo obdelave, ki bodo avtomatsko izvedle menjavo denarne enote v njihovih sistemih.

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

V nadaljevanju prispevka bo predstavljen predviden postopek menjave denarne enote in vpliv na informacijske rešitve. V zadnjem poglavju so podane aktivnosti, ki jih je potrebno izvesti.

4. Pravna podlaga

Zakonodaja za uvedbo evra je s strani organov Evropske unije že sprejeta. Gre predvsem za Uredbo Sveta (ES) št. 1103/97 in Uredbo o uvedbi evra (ES) št. 974/98. Dodatno bo sprejet še slovenski zakon ob zamenjavi tolarja z evrom. Besedilo tega zakona je že na voljo.

Objavljene uredbe Evropske unije se v državah članicah uporabljajo neposredno in z notranjo zakonodajo ni dovoljeno urejati vprašanj, ki jih že urejajo uredbe. Zato bo slovenski zakon, ki bo spremljal uvedbo evra v Sloveniji uredil le tista vprašanja, ki še niso podrobneje urejena s pravnimi viri Evropske unije. To seveda pomeni, da se je potrebno seznaniti s pravnimi viri Evropske unije, ki urejajo evro, in določbami slovenskega zakona.

Slovenski zakon o uvedbi evra bo tako pretežno urejal postopek zamenjave tolarja za evro, obdobje dvojnega obtoka in jemanje tolarja iz obtoka.

5. Postopek menjave

Potrebna navodila za preračun menjalnega tečaja za en evro v nacionalni valuti in pravila zaokroževanja so tako že znana. Zaradi zahtevnosti spremembe valute v obstoječih podatkih informacijskih sistemov, je potrebno čim prej pripraviti potrebne rešitve v programski opremi.

5.1. Scenarij menjave

Uredba (ES) št. 974/98 omogoča menjavo nacionalne valute po treh scenarijih: s prehodnim obdobjem, brez prehodnega obdobja (scenarij velikega poka) ali z obdobjem postopnega opuščanja.

Slovenija je izbrala scenarij velikega poka, kar bo poenostavilo prehod na evro v primerjavi z državami, ki so to storile pred nami. Po tem scenariju bo evro kot edina denarna enota zamenjal tolar ob prehodu v novo leto.

5.2. Definiciji

Dan uvedbe evra je dan, ki ga je kot dan njegove uvedbe kot denarne enote Republike Slovenije določil Svet Evropske unije. Ta dan je 1.1.2007.

Tečaj zamenjave je nepreklicno in trajno menjalno razmerje med tolarjem in evrom, ki ga določi Svet Evropske unije. Tečaj je bil določen z dopolnitvijo Uredbo Sveta (ES) št. 2866/98 o tečajih zamenjave med evrom in denarnimi enotami državami članicami, ki uvajajo evro. Kot pove ime, ta uredba določa izključno tečaj zamenjave.

5.3. Poslovanje s fizičnimi osebami

Pri poslovanju s fizičnimi osebami je potrebno upoštevati, da se bodo v obdobju dvojnega obtoka, kot plačilno sredstvo lahko uporabljali tudi tolarji. To obdobje bo trajalo štirinajst dni.

Razlika med vrednostjo, zaračunano za storitev ali blago, in prejetim zneskom, se lahko vrača le v bankovcih in kovancih, ki se glasijo na evro. Preračun se opravi tako, da se od v evro preračunanega zneska, prejetega v tolarjih, odšteje vrednost v evrih.

Večina programov za prodajne terminale (POS) izračuna znesek za vračilo. To opravi na osnovi vnosa prejetega zneska. Sedaj je ta vnos večinoma možen le v eni valuti. V obdobju dvojnega obtoka je priporočeno omogočiti vnos vsaj v dveh valutah. Tako bo prodajalec lahko vnesel prejeti znesek ali v evrih ali v tolarjih, program pa mu bo izračunal znesek za vračilo v evrih.

Primer: blago stane 8,50 evra, tečaj zamenjave za 1 evro je 239,640 SIT, kupec izroči 3 bankovce za 1000 SIT. Pravilen izračun je: $3000 \text{ SIT} / 239,640 = 12,5187$ evra. Od (zaokroženega) prejemka 12,52 evra odštejemo vrednost blaga 8,50 evra, in za vračilo stranki ostane 4,02 evra.

V obdobju dvojnega obtoka lahko fizične osebe plačajo zaračunano storitev ali blago v delnih zneskih v različnih valutah; delno v tolarjih, delno v evrih. Večina programov za prodajne terminale omogoča plačilo zaračunanega zneska v različnih plačilnih sredstvih (npr. gotovina in kartica). Po potrebi je potrebno dodati podporo za vsaj dve valuti za gotovino.

5.4. Posebne položnice

Bsedilo predloga Zakona o uvedbi evra vsebuje zahtevo, da morajo izdajatelji posebnih položnic, ki položnice izdajajo zadnja dva meseca pred uvedbo evra, na posebni položnici navesti znesek, ki se glasi na tolar, in znesek, ki se glasi na evro, preračunan po tečaju zamenjave.

Podan je bil predlog, po katerem bi banke sprejemale položnice z zneski v tolarjih do konca februarja. V okencu za namen nakazila naj bi se natisnil znesek v evrih.

V obeh primerih je programe za izpis posebnih položnic potrebno (začasno) prilagoditi tako, da izpisujejo zneske v tolarjih in evrih. Sprememba je v primeru predloga iz prejšnjega odstavka lažja, saj ne predvideva oblikovnih sprememb izpisa.

Odgovornost za pravilnost preračuna je prenesena na plačnika. Z dogovorom je mogoče odgovornost za pravilnost preračuna prenesti na drugo stranko (npr. banko).

5.5. Plačilni promet pri bankah

Banke bodo z dnem uvedbe evra pretvorile stanja na računih iz tolarjev v evre. Pri tem bodo banke in podjetja verjetno združila obstoječe račune v evrih, s tistimi v tolarjih. Takšna združitev je v večini programskih rešitev že podprta in se ponavadi izvede z uporabo temeljnice. Pred združitvijo je potrebno opraviti menjavo nacionalne valute. Ta menjava kasnejšo združitev poenostavi, saj v vknjižbah nastopajo zneski v isti valuti.

Z dnem uvedbe evra se plačilni promet preneha opravljati v tolarjih.

5.6. Poročanje

Trenutno besedilo predloga Zakona o uvedbi evra ne vsebuje navodil za poročanje (poročila, izkazi, obračuni) po uvedbi evra. Omenja le, da lahko minister za finance izda navodilo, s katerim določi valuto, v kateri se ob uvedbi evra poroča. Za podjetja je to navodilo pomembno zaradi priprave letnega poročila.

Letno poročilo bo potrebno oddati do konca marca za preteklo leto. Poročilo se v praksi začne pripravljati v drugi polovici januarja. V času priprave poročila bo edina denarna enota evro.

Zaradi kontinuitete analitičnih vknjižb (npr. postavke kupcev in dobaviteljev, osnovnih sredstev), bodo le-te v času priprave poročila že pretvorjene v evre.

Na osnovi navedenega, je zaželena valuta poročanja evro. Letno poročilo za 2006, bi tako bilo pripravljeno v evrih. Programov za pripravo letnega poročila ne bi bilo potrebno spreminjati, saj bi potrebne podatke pripravila že osnovna pretvorba vknjižb v evre.

Tak način poročanja je sicer v nasprotju s temeljnim vodilom, da se dogodki pred uvedbo evra izražajo v tolarjih, dogodki po uvedbi evra pa v evrih. Vendar so dopustna odstopanja od tega načela iz utemeljenih razlogov.

Na osnovi že objavljenih mnenj, se bo poročanje za leto 2006 izvajalo izključno v tolarjih.

5.7. Zaokrožanje

Zakon zahteva, da se denarni zneski za plačilo ali knjiženje kot končni obračun ne sme spremeniti kot posledica zaokroževanj, ki so se izvedla pri vmesnih operacijah. Pri tem se za vmesne operacije štejejo operacije, pri katerih takojšnji cilj operacije ni plačilo ali knjiženje.

Zakon dopušča podjetjem, da sama določijo metodologijo zaokrožanja evro zneskov. Podjetja se lahko odločijo, da se preračun iz tolarških zneskov opravi na ravni vsote ali posamezne postavke vsote. Izbrane metodologije podjetja kasneje ne smejo enostransko spreminjati.

Zahtevana je tudi objava izbrane metodologije na najmanj enega od teh načinov: na spletni strani, v splošnih pogojih poslovanja, v ceniku, z neposrednim obvestilom strankam, ki je priloženo računu ali plačilnemu instrumentu.

6. Izvedba menjave

Na osnovi opisanega postopka menjave v predhodnem poglavju, je potrebno izvesti menjavo nacionalne valute v informacijskem sistemu. Izvedba pretvorbe lokalne denarne enote v evro je lahko dolgotrajen postopek. Priporočeno je, da se pripravi terminski plan, ki namenja dovolj časa za pretvorbo in povezane aktivnosti. Poskusno konverzijo je priporočeno izvesti čim prej, tako da ostane dovolj časa za odpravljanje morebitnih pomanjkljivosti.

Prehod na evro bo nekoliko lažji zaradi upoštevanja izkušenj držav, ki so to storile pred nami. Pri tem je najpomembnejša izbira scenarija velikega poka, po kateri bo evro kot edina knjižna in denarna valuta zamenjal tolar v "trenutku".

Slovenija bo edina država, ki bo v naslednjem letu uvedla evro. S tem se izognemo negotovosti pri spreminjanju privzete valute kupcev in dobaviteljev v drugih članicah, ki bi uvedbo evra izvedle s prehodnim obdobjem (kot je to bilo v večini članic EU). Dodatno, zaradi metode velikega poka, lahko ob pretvorbi vsem domačim kupcem in dobaviteljem spremenimo privzeto valuto v evro. Enako velja tudi za vse tolarske bančne račune, saj bodo banke pretvorbo izvedle takoj ob uvedbi evra. Pri tem bodo banke in podjetja verjetno združila obstoječe račune v evrih, s tistimi v tolarjih. Posledično bo takšna združitev zahtevala izvedbo dodatnih vknjižb.

Za uspešno pretvorbo je pomembno, da se v informacijskem sistemu identificirajo vsi podatki, ki jih je potrebno vključiti v pretvorbo. To so predvsem polja z denarnimi zneski in oznakami (šiframi) valut.

Priporočeno je, da se v produkcijskem sistemu ohranijo vsi spremenjeni zneski in oznake valut. Ti se lahko shranijo kot pomožne evidence. Če to ni mogoče, je potrebno vzpostaviti vsaj vzporeden dostop do podatkov, kot so bili pred pretvorbo.

Informacijski sistemi uporabljajo različne pristope za označevanje tolarjev. Najpogosteje so zneski v tolarjih označeni z oznako valute, tako kot to velja za zneske v tujih valutah. Pogost je tudi pristop, kjer zneski v lokalni valuti niso posebej označeni z oznako (šifro) valute. Pretvorba mora poskrbeti tudi za zamenjavo teh oznak.

Nekatera podjetja zaradi poročanja tujim lastnikom, ali drugih razlogov, vodijo glavno knjigo tudi v dodatni valuti. Pri prehodu na evro imajo več možnosti, kako postopati. Če so kot dodatno valuto uporabljala evro, lahko za novo dodatno valuto izberejo tolar in tako ohranijo zgodovinske podatke v tolarjih kar neposredno v sistemu. Če dodatna valuta ni bila evro, pretvorba nima vpliva na to področje.

Pretvorbo je potrebno izvesti tudi v pomožnih knjigah kot so: postavke kupcev in dobaviteljev, knjiga DDV, evidenca osnovnih sredstev. Pri tem je potrebno paziti, da zaradi zaokrožanja delnih vsot ne pride do neuskkljenosti z glavno knjigo.

Poskrbeti je potrebno tudi za pretvorbo zneskov v še ne knjiženih naročilih, računih in dobropisih. Pri teh se ne uporabi tečaj zamenjave določen s strani Sveta EU, ampak se uporabi tečaj, ki je veljal ob kreiranju dokumenta.

Potrebne aktivnosti pred pretvorbo vključujejo tudi: knjiženje ali brisanje vnesenih temeljnic, izpis opominov in obračun obresti, obračun in knjiženje tečajnih razlik za postavke v evrih, pregled cenikov v evrih in pretvorba tistih v tolarjih, prilagoditev faktorjev za zaokrožanje denarnih zneskov, vrednotenje in knjiženje vrednosti zalog v glavno knjigo, obračun in knjiženje proizvodnje v teku in proizvodnih stroškov.

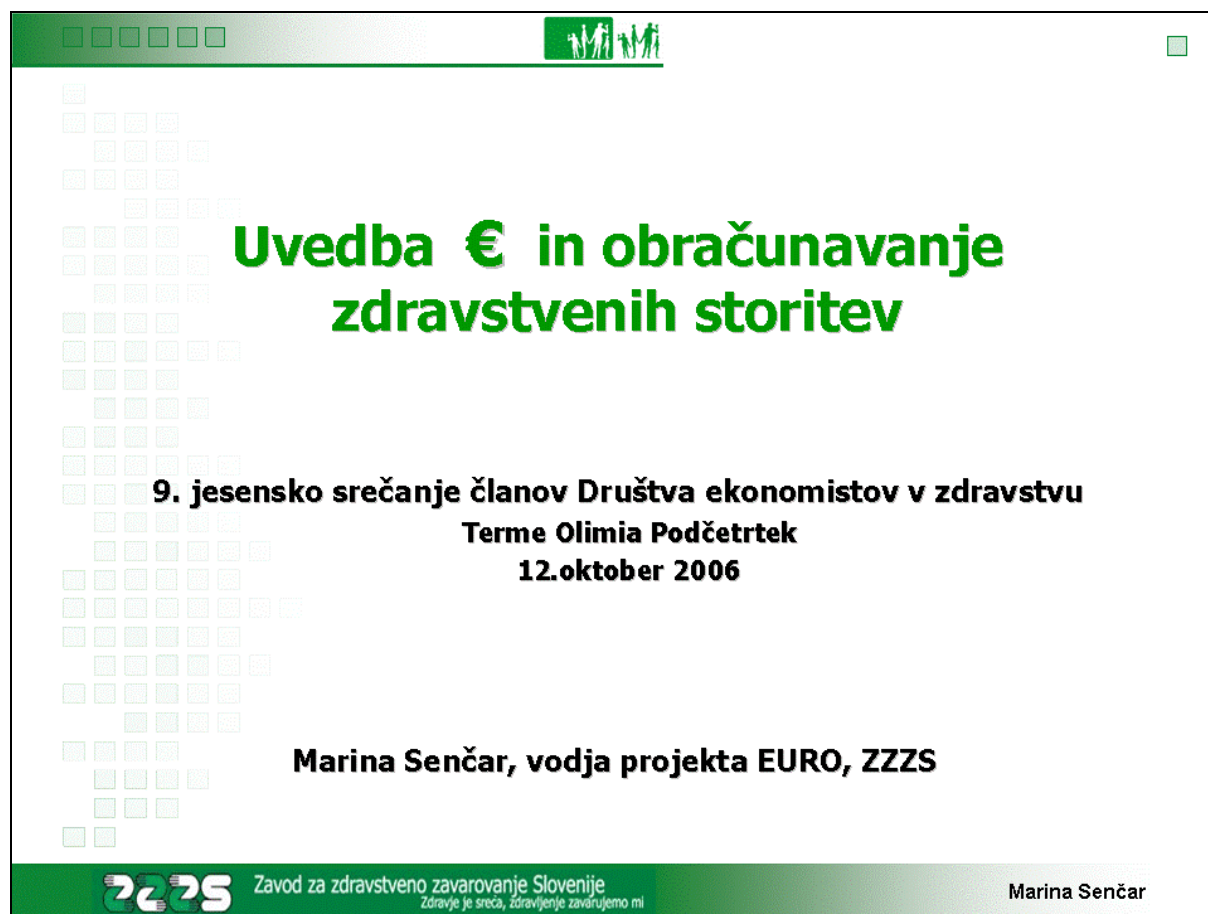
7. Sklep

Prehod na evro sicer nima "mističnega" prizvoka, kot ga je imel problem letnice 2000, je pa zato veliko bolj zahteven. Ob pravočasni pripravi potrebnih obdelav, bo menjava potekala brez zapletov. Za miren spanec, priporočam izvedbo poskusnega prehoda vsaj dva meseca pred dnevom uvedbe evra.

Uvedba eura in obračunavanje zdravstvenih storitev

Marina Senčar

ZZZS - Območna enota Celje




**Uvedba € in obračunavanje
zdravstvenih storitev**

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu
Terme Olimia Podčetrtek
12.oktober 2006

Marina Senčar, vodja projekta EURO, ZZZS

ZZZS Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi


Marina Senčar




Temeljna vodila

	do vključno 31.12.2006	od vključno 1.1.2007
Nacionalna valuta	SIT	EUR
Plačilni promet	v SIT	v EUR
Poslovni dogodki	izraženi v SIT	izraženi v EUR

- vsi računi in zahtevki, ki se nanašajo na poslovne dogodke iz leta 2006 in zapadejo v plačilo po 1.1.2007, bodo izstavljeni v tolarjih in plačani v evrih.
- vse pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev vsebujejo določilo, po katerem se s 1.1.2007 pogodbeni vrednosti programa in cene storitev preračunajo v euro na podlagi nepreklicnega tečaja zamenjave tolarjev v euro.
- navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev ne vsebujejo navedbe valute in se zaradi uvedbe evra ne spreminjajo.


 **ZSZ** Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar




Cene zdravstvenih storitev v EUR od 1.1.2007 dalje

- bodo izračunane takoj, ko bo znana višina izhodiščne plače, predvidoma okrog 22.12. 06
- objavljene bodo na spletni strani Zavoda, izvajalci bodo o njih obveščeni tudi pisno.
- vse cene zdravstvenih storitev bodo zaokrožene na 2 decimalni mesti.


 **ZSZ** Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar




Obračunavanje zdravstvenih storitev

- storitve, opravljene do vključno 31.12.06: obračunati v SIT
- storitve opravljene od vključno 1.1. 07: obračunati v EUR
- dobropisi in bremepisi za storitve, opravljene do 31.12. 06: izstaviti v SIT, datirati z 31. 12. 2006 in poslati Zavodu najkasneje 31. 1. 2007
- poročila (realizacija) za december 2006: poslati Zavodu do 8. 1. 2007
- računi za december 2006 in računi za končni letni obračun : v skladu z navodili Zavoda in z datumom izstavitve računa 31.12.2006



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar




Obračun storitev, ki trajajo preko datuma uvedbe €:

- **bolnišnična obravnava**


V primeru, da bo akutna bolnišnična obravnava zaključena v letu 2006 in izvajalec ne bo mogel storitve obračunati v letu 2006 , bo poročilo poslal v letu 2007 z januarsko dokumentacijo. Izvajalec bo takšno akutno bolnišnično obravnavo obračunal v EUR, vendar po ceni, ki je veljala ob zaključku akutne bolnišnične obravnave.- **zdraviliško zdravljenje**

V primeru, ko se zdravljenje nadaljuje po izteku meseca, zdravilišče za celotno obdobje zdraviliškega zdravljenja izstavi dva računa. Navedeno velja tudi pri prehodu na euro. Zdravilišča bodo račune za storitve opravljene v decembru 2006 izdale račun v SIT, za storitve, opravljene v januarju, pa v EUR.



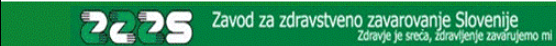
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar




Končni obračun

- bo narejen v SIT
- obračunske fakture v SIT z datumom izstavitve 31. 12. 2006 bodo izvajalci izstavili do 31. 1. 2007
- v primeru napak v poslanih podatkih za obračun bo pristojna OE uskladila podatke z izvajalci. Popravki dokumentov bodo izdani z datumom po 1.1.2007 in knjiženi v leto 2007.




Marina Senčar




Nadzori in reklamacije

- reševanje reklamacij, izraženih v SIT, bo po 1. 1. 07 težavno
- Zavod je pozval izvajalce, da do 31. 10. pošljejo popravke dokumentov za obdobje do vključno 30. 9. 2006.
- Dobropise in bremepise kot posledice ugotovitev nadzorov storitev, opravljenih do 31. 12. 06, izstavijo izvajalci v SIT, z datumom izdaje dokumenta 31. 12. 2006 in pošljejo Zavodu najkasneje do 31. 1. 2007
- Če bodo ti dokumenti izjemoma izdani po 31. 1. 07, morajo biti izdani v EUR in po ceni, ki je veljala v času opravljanja storitve.




Marina Senčar




Računalniško izmenjevanje podatkov

- Strukture podatkov se zaradi uvedbe € ne spreminjajo
- Valuto zneskov določa datum dokumenta
- RIP MTP in RIP AOR (avtomatska obdelava receptov): struktura za posredovanje podatkov se bo spremenila, če bodo cene zdravil oziroma MTP zaokrožene na več kot dve decimalni mesti.




Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar



Pomembno:

- Čimveč odprtih postavk zapreti v SIT
- Oddati poročila za december v dogovorjenem roku
- Navodilo za obračun MTP in zdravil sledi
- **Druge pomembnejše informacije:**
 - V sredini novembra na razpolago listine BOL, NAR in ZB z navedbo valute v €
 - Navodilo za zavezance glede vlaganja zahtevkov za refundacijo nadomestil plač



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Zdravje je sreča, zdravljenje zavarujemo mi

Marina Senčar

Zapis zdravil na kartico - lažja, racionalnejša in bolj kakovostna obravnava bolnikov

Martina Zorko in Marjan Sušelj

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. Uvod

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je leta 2004 pričel s projektom »Zapis izdanih zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja«. V lanskem letu smo pripravljene rešitve preizkusili na manjšem območju – v Novi Gorici z okolico. Zdravniki, farmacevti in pacienti so potrdili koristnost zapisa izdanih zdravil na kartico, saj imajo zdravniki več informacij za kakovostnejše in strokovnejše predpisovanje zdravil, farmacevti na podlagi obstoječih podatkov na kartici bolje svetujejo pacientom ob izdaji zdravil, vse to pa pomeni varnejšo uporabo zdravil za paciente. Na podlagi ugotovitev iz poskusne uvedbe smo nadaljevali z delom in letos spomladi zaključili nacionalno uvedbo.

2. Naš končni cilj

Končni cilja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je vzpostaviti celovito podporo upravljanju z zdravili (predpisovanju, izdaji in obračunu). Prvi korak k temu cilju je projekt »Zapis izdanih zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja«, ki je bil nacionalno uveden letos spomladi. Drugi korak h končnemu cilju, ki ga načrtujemo v prihodnjih letih, pa je uvedba elektronskega recepta.

Celovita podpora upravljanju z zdravili je nujna zaradi več pomanjkljivosti na področju zdravil. Ena največjih je neustrezna informacijska povezanost med zdravniki in farmacevti, kakor tudi med različnimi nivoji zdravstvenega varstva. Zdravniki so zato večkrat izrazili

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

potrebo po bolj točnih informacijah o prejetih zdravilih, še posebej odkar je uveden sistem medsebojno zamenljivih zdravil. Projekt bo pripomogel tudi k hitrejšemu razvoju informacijskih orodij za pomoč zdravnikom in farmacevtom, saj je področje zdravil vedno večje in zahtevnejše in ga brez računalniške podpore ne bo moč obvladovati. Vse to bo pripomoglo k zmanjšanju številnih posledic nevarne rabe zdravil. Zavod pričakuje tudi, da bo na ta način predpisovanje zdravil bolj racionalno, kar bo pripomoglo k boljšemu obvladovanju izdatkov za zdravila, ki nenehno naraščajo v Sloveniji in drugod po svetu.

3. Uvedene rešitve

Za vsako zdravilo se na kartico zapišejo sledeči podatki: delovna šifra zdravila, količina izdanega zdravila, datum izdaje, šifra zdravnika, ki je predpisal zdravilo, šifra lekarne, ki je zdravilo izdala, podatek »ne zamenjaj« z recepta in števec še dovoljenih izdaj (ki bo aktualen ob uvedbi obnovljivega recepta). Ob predstavljenem naboru podatkov je lahko na kartici zapisanih 46 izdaj zdravil. Ko je datoteka za zapis zdravil na kartici polna, se ob izdaji novega zdravila briše najstarejše zdravilo, ki ima tudi novejšo izdajo. Če pa je na kartici zapisanih 46 različnih zdravil, se briše najstarejše zdravilo.

Na kartico se zapisujejo samo zdravila izdana na zeleni recept. Ne vpisujejo se zdravila, izdana na beli recept (obrazec IVZ 1.1), zdravila, ki se ne izdajajo na recept (OTC), zdravila, ki jih oseba prejme v bolnišnici in zdravila, izdana v tujini.

Farmacevt ob izdaji zdravila zapiše podatke o izdanem zdravilu na kartico zavarovane osebe. Izdajna mesta v lekarnah so opremljena s strojno in programsko opremo, ki omogoča branje kartice, obdelavo podatkov in zapis na kartico. Če zdravila ob izdaji ni bilo moč zapisati na kartico (pacient ni imel kartice, programska ali strojna oprema ni delovala...), se zdravilo zapiše na kartico pri naslednjem potrjevanju na samopostrežnem terminalu.

Zdravnik pri sprejemu s pomočjo svoje profesionalne kartice prebere podatke o izdanih zdravilih s kartice bolnika. Pri tem se podatki o izdanih zdravilih prepisujejo s kartice v bazo podatkov pri zdravniku. Zdravnik ne zapisuje nobenih podatkov o zdravilih na kartico.

Programska oprema pri zdravnikih omogoča izpis podatkov o izdanih zdravilih s kartice na papir.

Podatki s kartice se na ekranu interpretirajo z uporabo podatkov v centralni bazi zdravil (na kartici je šifra zdravila, na ekranu tudi ime in ostali podatki o zdravilu).

Do podatkov o izdanih zdravilih, ki so zapisani na kartici zdravstvenega zavarovanja, je (tako kot do ostalih podatkov na kartici) moč dostopati le z uporabo profesionalne kartice. Na podlagi mnenja Komisije RS za medicinsko etiko imajo do podatkov o zdravilih na kartici dostop le zdravniki in farmacevti s svojimi profesionalnimi karticami. Medicinske sestre smejo dostopati do podatkov le na podlagi predhodnega pooblastila zdravnika. Uvedena je tudi možnost prepovedi vpogleda za farmacevte in zdravnike specialiste na željo zavarovanca. Zavodovi referenti in delavci v ostalih zdravstvenih zavarovalnicah nimajo možnosti dostopa do podatkov o zdravilih na kartici. Prav tako se iz varnostnih razlogov na kartico ne zapisujejo zdravila za zdravljenje HIV.

4. Dosedanje izkušnje pri uporabi v praksi

Ob koncu pilotne uvedbe v Novi Gorici lansko jesen smo izvajalce zdravstvenih storitev (zdravnike in farmacevte) povabili na razgovor o prednostih in slabostih uvedenega zapisa izdanih zdravil na kartico.

Splošni zdravniki in specialisti so v celoti podprli projekt in menili, da je podatek za zdravnika ne le dobrodošel, pač pa nujen. Informacija o zdravilih, ki jih prejema bolnik, je namreč s kartico bistveno bolj zanesljiva in lažje dostopna kot sedanji način intervjuja. Olajšanje dela je zdravniku povsem zadosten motiv za podporo zapisu in uporabo podatka.

Lekarne, ki so sodelovale pri poskusni uvedbi so navedle več pozitivnih učinkov (obstoječi zapis na kartici preverijo po potrebi; prihaja do manj napak pri izdaji zdravil; če je recept nečitljiv; če ne poznajo pacienta; zgodi se, da na receptu ni zapisana jakost predpisanega zdravila – takrat preverijo, ali je bilo to zdravilo že izdano v preteklosti in v kakšni jakosti; v primerih zamenljivih zdravil – da ne bi prihajalo do podvojenih količin; če pacient potrebuje

premostitveno zdravilo – lahko preverijo, ali res uporablja to zdravilo; farmacevt se pri izdaji zdravil počuti bolj varno, ker se lahko nasloni na obstoječe podatke; znajo svetovati glede hkratnega jemanja starih in novih zdravil; možna je kontrola količine – ali nekdo prepogosto/preredko jemlje zdravila).

Kot slabost pa so navedle daljše trajanje zapisa. Zaradi tega je Lekarniška zbornica ob nacionalni uvedbi zapisovanja zdravil na kartico postavila zahtevo po dodatnem plačilu za te storitve in sicer 335 mio SIT za zapis zdravil na kartico in 89 mio SIT za pregled terapije. Dokler ne bo sklenjen dogovor glede plačila za dodatne storitve, nekatere lekarne ne želijo zapisovati izdanih zdravil na kartice.

Posebej v bolnišnici se je pokazal problem pri uporabi podatkov o zdravilih s kartice, saj zdravniki nimajo lastnih računalnikov in čitalnikov. V splošnih in specialističnih ambulantah je opremljenost zdravnikov z računalniki nekoliko boljša, vendar še vedno zdaleč pod nivojem, ki bi ga potrebovali in ki bi zdravniku omogočal kakovostno uporabo. Lekarne so vse opremljene z računalniki in čitalniki. Zato smo se na Zavodu odločili, da za potrebe projekta predvsem v bolnišnice namestimo dodatnih 386 čitalnikov kartic.

V avgustu 2006 smo med zdravniki opravili dodatno kratko raziskavo o tem, v kolikšni meri uporabljajo zapis izdanih zdravil na kartici in kakšne so njihove izkušnje. Ugotovitve so sledeče:

- Približno 50% splošnih zdravnikov pregleduje (po potrebi) podatke o izdanih zdravilih na kartici. Odstotek je pri specialistih nižji. Razlog, da podatkov s kartice ne berejo, je največkrat, da nimajo računalnika oz. čitalnika, da so podatki že zapisani v kartoteki pacienta.
- Večina ima pozitivno mnenje in izkušnje glede uporabe tega podatka (možno je kontrola jemanja zdravil; možno je prepoznavanje morebitnih odvisnosti; če več zdravnikov predpiše enako zdravilo; uporaba pri manj znanih pacientih; podatki omogočajo vpogled v splošno zdravstveno stanje pacienta;
- Glavna pripomba se nanaša na neažurnost podatkov, saj se le-ti na kartico zapišejo preko samopostrežnih terminalov in ne v lekarnah ob izdaji.
- Zdravniki prav tako pogrešajo še podatke o alergijah in preobčutljivostnih reakcijah po zdravilih, zapis doziranja, implementacijo podatkov o izdanih zdravilih v elektronski karton.

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

Inštitut za raziskovanje trga in medijev, Mediana, je izvedel javnomnenjsko raziskavo med novogoriškimi zavarovanci. Ključne ugotovitve so bile:

- S projektom je bila seznanjena dobra tretjina respondentov.
- Večino informacij so dobili preko lokalnih medijev.
- Več kot 80% zavarovancev želi še zapis novih medicinskih podatkov na kartico (krvna skupina, uporaba posebnih pripomočkov, podatki o cepljenjih, podatki o alergijah in preobčutljivostih na zdravila, recept za zdravila, kronične bolezni).
- 85% zavarovancev je odgovorilo, da so s stopnjo varnosti in zaupnosti podatkov shranjenih na kartici zadovoljni (podatki v elektronski obliki bolj varni in manj dostopni nepooblaščenim osebam kot podatki na papirju).
- Skoraj vsi zavarovanci (98%) menijo, da bi v podatke o izdanih zdravilih na kartici morali imeti vpogled zdravniki, 65% jih meni, da bi morali imeti vpogled v te podatke tudi farmacevti in 40% medicinske sestre, le 9% jih meni, da bi morale imeti vpogled v podatke na kartici tudi osebe zdravstvenih zavarovalnic.
- Velika večina zavarovancev (85%) je odgovorilo, da se na splošno strinjajo z uvedbo zapisa izdanih zdravil na kartico, le 7% pa se jih z uvedbo ne strinja.

Naj predstavimo še nekaj statističnih podatkov:

število oseb z izdanimi recepti	1.753.483
Število oseb, katerim so se zdravila preko samopostrežnega terminala že zapisala na kartico	1.452.606
število zdravil, zapisanih na vseh KZZ (upoštevano je število zdravil, ki so se od pilotne uvedbe naprej zapisala na KZZ, pri tem je potrebno poudariti, da se zapisuje tudi enoletna zgodovina zdravil in da kartice še niso potrdile vse osebe z izdanimi zdravili)	18.278.947
Število zavarovancev, ki so farmacevtom prepovedali vpogled v podatke o izdanih zdravilih na kartici	71
Število zavarovancev, ki so zdravnikom specialistom prepovedali vpogled v podatke o izdanih zdravilih na kartici	30

Tabela 1: Številčni podatki o zavarovanih osebah, ki že imajo zapisana zdravila na KZZ (na dan 4.9.2006, šteti od začetka pilotne uvedbe 13.6.2005)

5. Nadaljnji koraki

Drugi korak k celoviti podpori upravljanju z zdravili pa predstavlja uvedba elektronskega recepta, ki bo realizirana v okviru postopnega prehoda na on-line poslovanje v zdravstvu. Prototipna rešitev bo nared predvidoma sredi leta 2008. Rešitev bo omogočala izdajo elektronskega recepta in evidentiranje izdaje zdravila na ta recept. Elektronski recept bo elektronsko podpisan z uporabo digitalnega certifikata zdravnika. Podatki elektronskega recepta bodo hranjeni na centralnem strežniku Zavoda. Rešitve, ki jih bo pripravil projekt, ne bodo končne rešitve elektronskega recepta, saj vsebinsko ne bodo usklajene v medicinski in farmacevtski stroki. Namen gradnje prototipne rešitve je pridobiti znanje, izkušnje, priporočila, strokovno medicinske, farmacevtske in tehnične zahteve za planiranje, razvoj in uvedbo končne rešitve elektronskega recepta. Za uvedbo končne rešitve elektronskega recepta bo torej nujno potrebno sodelovanje vseh kompetentnih institucij.

6. Zaključek

Kar se tiče izvedbe zapisa izdanih zdravil na kartico in uporabo teh podatkov v praksi, lahko rečemo, da je projekt delno uspešen. Iz analize, ki so jo opravili sodelavci iz OE ZZZS namreč izhaja, da je med zdravniki primarne dejavnosti približno 50% takih, ki te podatke uporabljajo, pri zdravnikih sekundarne dejavnosti pa je ta odstotek nižji.

Problem so tudi lekarne, ki podatkov o izdanih zdravilih ne zapisujejo na kartice, razen Lekarne Nova Gorica in 6 privatnih lekarn na področju OE NG, ki zdravila zapisujejo na kartico od pilotne uvedbe naprej, ter 2 lekarni v Ljubljani, ki sta z zapisovanjem pričeli 1.6.2006. Farmacevti namreč poročajo o občasnem daljšem trajanju zapisa na kartico, predvsem v primerih, kadar gre za zapis več zdravil naenkrat oz. kadar je kartica že polna. Lekarniška zbornica tako zahteva dodatno plačilo za te storitve. Odločitev o plačilu bo sprejeta tekom pogajanj za Dogovor 2007.

Projekt Zapis izdanih zdravil na kartico bo v celoti zaživel takrat, ko bodo v vseh lekarnah pričeli izdana zdravila zapisovati na KZZ. Trenutno se izdana zdravila zapišejo na kartico pri

potrjevanju na samopostrežnem terminalu, vendar pa ti podatki ne odražajo zadnjega (tekočega) stanja (zaradi obdobjnega pošiljanja podatkov iz lekarn na Zavod in zaradi trimesečnega oz. enoletnega obdobja potrjevanja kartic). Le s sodelovanjem lekarn bomo dosegli kvaliteto informacije o izdanih zdravilih, kot smo si jo zadali pri projektu. Poizvedbe pri zdravnikih namreč kažejo precejšnje nezadovoljstvo z neažurnimi podatki.

Pregled poročanja o poslovanju zunanjim institucijam

Biserka Simčič

Splošna bolnišnica Novo mesto

1. Splošno

V Splošni bolnišnici Novo mesto imamo na podlagi 2. odstavka 25. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 86/04 in 113/05) in 22. člena Statuta javnega zdravstvenega zavoda Splošne bolnišnice Novo mesto z dne 29.07.1993, 12.12.1995, 19.12.2002 in 10.11.2003 sprejet Pravilnik o varovanju osebnih in drugih zaupnih podatkov ter dokumentarnega gradiva (v nadaljevanju: pravilnik).

Pravilnik določa organizacijske in tehnične postopke ter ukrepe za varovanje osebnih podatkov v Splošni bolnišnici Novo mesto (v nadaljevanju: zavod) z namenom, da se prepreči nepooblaščen dostop, obdelava, uporaba, uničenje, spreminjanje in posredovanje osebnih podatkov. Pravilnik določa tudi postopke in ukrepe za varovanje zaupnih podatkov, ki predstavljajo poslovno oziroma poklicno skrivnost.

Zavod vodi katalog zbirk podatkov, v katerem morajo biti opisane vse zbirke (osebni) podatkov, ki jih zavod vodi. Katalog podatkov se redno dopolnjuje ob vsaki spremembi podatkov, ki jih ta vsebuje. Zaposleni, ki obravnavajo osebne podatke, morajo biti seznanjeni z vsebino kataloga podatkov. Določbe pravilnika veljajo za vse klasično in računalniško vodene zbirke podatkov.

Vsi zaposleni in zunanji sodelavci, ki pri svojem delu uporabljajo osebne podatke ali podatke, ki predstavljajo poslovno oziroma poklicno skrivnost ali imajo iz kakršnihkoli razlogov možnost dostopa do teh podatkov, morajo biti seznanjeni z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, s področno zakonodajo, ki jim dovoljuje zbiranje osebnih podatkov in s splošnimi akti, ki opredeljujejo poslovno oziroma poklicno skrivnost.

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

2. Varovanje uradne tajnosti

Podatki, ki so tako pomembni, da bi z njihovo izdajo nastale ali lahko nastale hujše škodljive posledice za zavod ali za posameznika, so opredeljeni kot uradna tajnost. Podatki, ki so določeni za uradno tajnost imajo oznako zaupno in so označeni kot: poslovna skrivnost ali poklicna skrivnost.

Za poslovno in poklicno skrivnost se smatrajo listine in podatki, ki predstavljajo poslovno, medicinsko in zdravstveno raziskovalno delo ter listine in podatki, katerih sporočanje bi bilo zaradi njihove narave in pomena v nasprotju z interesi zavoda.

Za poslovno skrivnost štejejo:

- podatki, listine in informacije, ki jih kot skrivnost določi Svet zavoda;
- rezultati raziskovanj, ki še niso verificirani;
- podatki in listine, ki vsebujejo ponudbo in povpraševanje poslovnih partnerjev, razpis ali javni natečaj, do objave rezultatov javnega razpisa ali natečaja;
- vsebinski del dogovorov o poslovno-tehničnem sodelovanju z drugimi zavodi, podjetji in drugimi pravnimi osebami;
- plan finančno-tehničnega zavarovanja objektov in premoženja;
- bilančni podatki, razen tistih, ki jih vodstvo zavoda nameni kot informacijo internim in eksternim javnostim;
- informacije o pogojih, prejetih in danih kratkoročnih in dolgoročnih kreditov, razen tistih, ki jih vodstvo zavoda nameni za kot informacijo internim in eksternim javnostim;
- informacijo o načinu dostopa v katerikoli del informacijskega sistema zavoda;
- informacije o načinu dostopa v varovane objekte zavoda.

Direktor zavoda ali od njega pooblaščen oseba je pooblaščen za sporočanje podatkov, ki imajo značaj poslovne skrivnosti in so označeni kot zaupni.

Za poklicno skrivnost štejejo vsi medicinski oziroma zdravstveni in administrativni osebni podatki ter podatki njihovih osebnih in družinskih zadev, do katerih pridejo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter drugi delavci pri opravljanju svojega dela, na podlagi katerih je mogoče identificirati osebo oziroma diagnozo ali prognozo njene bolezni.

Podatke, ki predstavljajo poslovno ali poklicno skrivnost lahko sporočajo drugim samo s pravilnikom določene osebe v skladu z določbami zakonov.

3. Sprejem in posredovanje zaupnih in osebnih podatkov

Zaupne podatke je dovoljeno prenašati z informacijskimi, telekomunikacijskimi in drugimi sredstvi le ob izvajanju postopkov in ukrepov, ki nepooblaščenim preprečujejo prilaščanje ali uničenje podatkov ter neupravičeno seznanjanje z njihovo vsebino.

Za vsako posredovanje osebnih ali drugih zaupnih podatkov mora upravičenec vložiti pisno vlogo, iz katere mora biti razvidna določba zakona, ki ga pooblašča za pridobitev podatkov, ali pa mora biti zahtevi priložena pisna privolitev posameznika, na katerega se podatki nanašajo.

Zavod kot upravljavec zbirke podatkov je v skladu z Zakonom o sodiščih dolžan, na obrazloženo zahtevo sodnika, brezplačno posredovati zahtevane podatke sodišču.

Vsako posredovanje osebnih in drugih podatkov se beleži v evidenco posredovanj, iz katere mora biti razvidno, kateri podatki so bili posredovani, komu in kdaj in za kakšne namene.

Zdravstveni delavci ter drugi delavci, ki pri svojem delu zvedo za podatke, za katere velja poklicna skrivnost, so te podatke dolžni varovati in jih nimajo pravico sporočati drugim, razen tistim, ki so za to pooblaščen z zakonom, vsem drugim pa le na podlagi pisne zahteve ali privolitve posameznika, na katerega se podatki nanašajo. Pisno privolitev za osebo, ki je mladoletna, dajo njeni starši ali skrbniki, za osebo, ki ji je delno ali v celoti odvzeta poslovna sposobnost pa njeni skrbniki.

Medicinska oziroma zdravstvena dokumentacija zajema vse pisne podatke o bolnikih, njihovem bolezenskem stanju, družinskih in drugih razmerah. Izvirniki se hranijo v zavodu in se skrbno varujejo.

Medicinsko dokumentacijo je potrebno skrbno voditi in vnašati vse potrebne podatke v času njihovega nastanka in dokumentacije ne spreminjati za nazaj.

Zavod kot upravljavec zbirke osebnih podatkov mora bolniku na njegovo zahtevo (vloženo pisno ali dano ustno na zapisnik) omogočiti vpogled, prepis in izpis objektivnih in izvirnih medicinskih podatkov, vključno s fotokopiranjem, najkasneje v 15 dneh od dneva, ko je prejel zahtevo, ali pa v istem roku bolnika obvestiti o razlogih, zaradi katerih vpogleda oziroma

prepisa ne bo omogočil. Za otroke do 15. leta starosti in za osebe pod skrbništvom pa ta pravica pripada staršem oziroma skrbniku.

Odvetnikom, ki zahtevajo podatke iz zdravstvene dokumentacije svojih strank, ne zadošča splošno pooblastilo, s katerim jih stranke pooblašajo za zastopanje, temveč morajo zavodu predložiti pooblastilo, s katerim jih njihova stranka, torej bolnik, posebej pooblašča in daje soglasje za dvig fotokopije medicinske dokumentacije.

Stroške v zvezi z zahtevo posameznika in izpisom njegovih osebnih podatkov v skladu z ZVOP-1 nosi zavod.

Zdravnik, ki bolnika zdravi oziroma v njegovi odsotnosti dežurni zdravnik presodi glede na bolnikovo zdravstveno stanje, s katerimi podatki se bolnika lahko seznanijo brez škode, da bi se mu zato bistveno poslabšalo njegovo zdravstveno stanje.

Druge osebe nimajo pravice sporočiti podatkov o bolnikovem zdravstvenem stanju.

Bolnik sam odloča o tem, koliko bodo informirani svojci in javnost o njegovem zdravstvenem stanju. Zdravstvene delavce razveže poklicne molčečnosti le bolnik sam ali sodišče, pri mladoletnikih ali osebah pod skrbništvom pa starši ali skrbnik.

Zdravnik, ki bolnika zdravi lahko izjemoma, brez predhodnega soglasja bolnika, daje podatke bolnikovim svojcem ali skrbnikom, če oceni, da je to v bolnikovo korist.

Zdravnik lahko izjemoma razkrije podatke o bolnikovi bolezni v primeru, če bi molčanje povzročilo večjo škodo, kot razkritje javnosti, denimo ob možnosti širitve nalezljive bolezni.

Po smrti bolnika se na pisno zahtevo posreduje diagnoza in epikriza bolnika samo tistim uporabnikom osebnih podatkov, ki so za obdelavo osebnih podatkov pooblašteni z zakonom ter osebi, ki je po zakonu, ki ureja dedovanje, njegov zakoniti dedič prvega ali drugega dednega reda (ožji družinski član), če za uporabo osebnih podatkov izkaže pravni interes, v kolikor umrli v času svojega življenja ni pisno prepovedal posredovanja svojih osebnih podatkov. Če umrli ni podal prepovedi posredovanja osebnih podatkov, lahko ožji družinski člani pisno prepovejo posredovanje osebnih podatkov umrlega, razen če zakon določa drugače.

Za ožje družinske člane štejemo zakonca, izvenzakonskega partnerja ter otroke bolnika oziroma v primeru smrti otroka njegove starše.

Zavod kot upravljavec zbirke osebnih in drugih zaupnih podatkov lahko posreduje te podatke za zgodovinske, statistične ali znanstveno-raziskovalne namene, če umrli ni pisno prepovedal posredovanja svojih osebnih podatkov, vendar le v obliki, ki ne omogoča identifikacije posameznika.

4. Storitve, ki jih opravljajo zunanje pravne ali fizične osebe

Z vsako zunanjo pravno ali fizično osebo, ki opravlja posamezna opravila v zvezi z zbiranjem, obdelovanjem, shranjevanjem posredovanjem zaupnih in osebnih podatkov, se sklene pogodba, predvidena v skladu z ZVOP-1, ki mora vsebovati tudi pogoje in ukrepe za zagotovitev varstva podatkov in njihovega zavarovanja.

Navedeno velja tudi za zunanje osebe, ki vzdržujejo strojno in programsko opremo, izdelujejo in instalirajo novo strojno in programsko opremo. Te osebe imajo dostop v prostore, kjer se nahaja strojna in programska oprema, samo med delavnim časom in ob prisotnosti delavca, ki določene podatke zbira in hrani. Če so potrebna popravila ali instalacije strojne in programske opreme izven delovnega časa, je to dovoljeno le na podlagi odobritve pooblaščenega delavca in ob prisotnosti delavca, ki določene podatke zbira in hrani.

Pooblaščen pravna ali fizična oseba, ki za zavod opravlja dogovorjene storitve izven prostorov zavoda, mora imeti vsaj enako strog način varovanja zaupnih in osebnih podatkov, kot ga določa pravilnik.

5. Varnostni ukrepi

Prostori, v katerih se nahajajo nosilci osebnih podatkov, strojna in programska oprema, morajo biti varovani z organizacijskimi, fizičnimi in tehničnimi ukrepi, ki morajo nepooblaščenim onemogočiti dostop do osebnih podatkov.

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

Delo in gibanje v objektih zavoda poteka v skladu s hišnim redom, za prostore, v katerih se nahajajo varovani podatki oziroma nosilci varovanih podatkov pa veljajo še naslednja pravila:

- zadrževanje delavcev v teh prostorih, razen tistih, ki so v njem zaposleni ali je njihova pristojnost nujno potrebna za nemoteno opravljanje delovnih nalog, ni dovoljeno;
- obiski zunanjih strank so dovoljeni samo z odobritvijo predstojnika v spremstvu pooblaščenega delavca zavoda;
- obiski serviserjev informacijske in telekomunikacijske opreme so dovoljeni samo na poziv (vzdrževalne službe), serviserja pa mora med obiskom nadzorovati pooblaščen delavec zavoda.

Poleg požarno varnostni ukrepov, ki jih za objekte zavoda predpisuje akt o varstvu pred požarom, velja za prostore, v katerih je instalirana računalniška oprema še naslednje:

- prepovedano je kajenje;
- prepovedana je uporaba odprtega ognja;
- prepovedano je nameščanječasne električne napeljave;
- gorljivi materiali se v teh prostorih lahko nahajajo samo v količinah, ki so nujno potrebne za nemoten potek dela;
- ognjevarne omare, v katerih so shranjeni mediji, morajo biti vedno zaprte.

Dostop v zavarovane prostore je mogoč le v rednem delovnem času, izven tega časa pa samo na podlagi pisnega dovoljenja pooblaščen osebe organizacijske enote. Vodi se evidenca izdaje in vrnitve ključev izven delovnega časa.

Ključni prostorov, v katerih se hranijo varovani podatki, se hranijo izven rednega delovnega časa pri delavcih službe za varovanje objekta, ki smejo izdati ključe samo osebi, ki v tem prostoru dela oziroma pooblaščen osebi organizacijske enote.

Zaposleni ne smejo puščati nezavarovanih nosilcev osebnih podatkov na hodnikih, v bolniških sobah, na posteljnih stranicah, na mizah ali policah.

Nosilci osebnih podatkov, ki se nahajajo izven zavarovanih prostorov morajo biti shranjeni in zaklenjeni v omarah oziroma v posebnih vozičkih za zdravstveno dokumentacijo.

Strojno opremo, za informacijsko in telekomunikacijsko obravnavanje varovanih podatkov, je dovoljeno uporabljati le za dejavnost zavoda.

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

Strojno opremo zavoda lahko uporablja le ustrezno usposobljeni delavec zavoda. Poleg neposrednih uporabnikov imajo dostop do opreme tudi delavci zavoda, ki opremo vzdržujejo in pogodbeno vezani zunanji vzdrževalci.

Delavcem morajo biti zagotovljena pisna navodila o načinu uporabe strojne in programske opreme ter o ukrepih v primeru okvare. Vsako okvaro oziroma izpad strojne ali programske opreme, ki zahteva poseg usposobljenega vzdrževalca, je potrebno takoj javiti pooblaščenim osebam službe za informatiko, ki določi kako se bo okvara odpravila.

V zavodu se za obravnavanje podatkov lahko uporablja računalniška programska oprema, ki je predpisana in skladna s standardi. Skladnost računalniške programske opreme s standardi ugotovi pooblaščen osebja službe za informatiko. Za vsako računalniško programsko opremo mora pooblaščen delavec službe za informatiko določiti:

- kdo ga sme brisati, kopirati ali spreminjati;
- kje se hrani kopija programa in kdo je odgovoren za njeno ažurnost.

Program, ki ga zavod kupi od proizvajalcev programske opreme, mora biti opremljen z licenco, ki dovoljuje namestitev in uporabo programov na načrtovanem številu lokacij v organizacijskih enotah.

Vse izvorne zapise programov in licenčno dokumentacijo hrani pooblaščen delavec službe za informatiko.

Dostop do podatkov in uporaba drugih virov morata biti varovana s sistemom, ki preveri identiteto uporabnika in njegovo upravičenost za dostop do podatkov in drugih virov.

Zapis sistema kontrole in evidentiranje dostopa do podatkov in drugih virov (v nadaljevanju: dnevnik dela računalnika) mora omogočiti naknadno ugotavljanje, kateri uporabnik je v določenem času z določenega terminala ali delovne postaje obravnaval podatke in sicer za obdobje, za katero se posamezni podatki hranijo.

Z dnevnikom dela računalnika upravlja pooblaščen delavec, pristojen za zaščito podatkov, ki določi vsebino zapisov v dnevnik dela računalnika in čas hrambe posameznih zapisov. Rok hrambe zapisov dostopov je enak roku hrambe podatkov v varovanih evidencah. Po preteku tega roka se podatki iz dnevnika dela računalnika arhivirajo.

Pooblaščen delavec na podlagi pisnega zahtevka iz dnevnika dela računalnika izpiše podatke, potrebne za preverjanje upravičenosti obravnavanja varovanih podatkov s strani določenega uporabnika.

Kadar kontrola in evidentiranje dostopa do podatkov in drugih virov temelji na osebnih geslih, mora uporabnik geslo zamenjati najkasneje po 3 mesecih uporabe, pri tem pa ne sme uporabiti iste kombinacije znakov.

Izjemoma sme geslo veljati daljše obdobje na posebnih rešitvah, določenih v tehnični sistemizaciji.

S sistemom kontrole in evidentiranja dostopa do podatkov in drugih virov upravlja pooblaščen delavec, pristojen za zaščito podatkov.

Razvid gesel oziroma osebnih šifer, ki niso sestavni del osrednjega sistema kontrole in evidentiranja dostopa do podatkov in drugih virov, vodi za svojo organizacijsko enoto pooblaščen delavec, hrani pa ga v železni omari, ki je tehnično varovana ali zaklenjena ter zapečateni železni blagajni s šifro.

V prostorih, ki so namenjeni poslovanju s strankami, morajo biti nosilci osebnih podatkov in zasloni terminalov in delovnih postaj nameščeni tako, da stranke nimajo vpogleda v varovane podatke drugih oseb. Za vse podatke, ki se obdelujejo in hranijo na glavnem računalniku zavoda in za vso programsko opremo glavnega računalnika, mora imeti zavod kopijo in dvojnik kopije. Dvojnik kopije mora biti shranjen na varni lokaciji izven objekta, v katerem je nameščen glavni računalnik zavoda. Kopijo podatkov, ki se lokalno računalniško obdeluje ter kopije sistemskih nastavitvev lokalnih strežnikov vodi pooblaščen delavec. Dvojnik kopije mora biti shranjen na varni lokaciji izven objekta.

Roke in načine dopolnjevanja kopij ter medije, na katerem se hranijo, se določi za vsako evidenco posebej.

Za podatke in programe, ki se bodo uporabljali tudi v primeru naravnih nesreč, izrednih razmer in vojne, je potrebno hraniti dvojnike kopij na lokaciji izven sedeža organizacijske enote, v sklopu katere se obravnavajo. Način izdelave, dopolnjevanja in hrambe dvojnikov se določi za vsako evidenco posebej v varnostnem in obrambnem načrtu organizacijske enote oziroma načrtu delovanja v primeru naravne nesreče.

6. Odgovornost za izvajanje varnostnih ukrepov in postopkov

Pooblaščen delavec je odgovoren za neposredno izvajanje načrtovanih postopkov in ukrepov za zavarovanje osebnih in drugih zaupnih podatkov. Vsak, ki obravnava osebne in druge zaupne podatke, je dolžan izvajati predpisane postopke in ukrepe za zavarovanje podatkov in varovati podatke, za katere je izvedel oziroma bil z njimi seznanjen pri opravljanju svojega dela. Obveza varovanja podatkov ne preneha s prenehanjem delovnega razmerja.

Pooblaščen delavec je odgovoren za neposredno izvajanje načrtovanih postopkov in ukrepov za zavarovanje zaupnih podatkov. Dolžan je stalno spremljati in nadzirati način varovanja zaupnih podatkov ter opozarjati delavce, ob kršitvah in malomarnostih pa seznaniti predstojnika oziroma vodjo organizacijske enote, ta pa direktorja.

Pred nastopom dela na delavno mesto, kjer se obdelujejo podatki s stopnjo zaupnosti, ki je višja ali enaka od uradne tajnosti – zaupno, mora zaposleni razen zdravstvenega osebja, ki ga obvezuje poklicna molčečnost podpisati posebno izjavo, ki ga zavezuje k varovanju poklicne skrivnosti in vsebuje pouk o posledicah kršitve.

7. Posredovanje osebnih podatkov

Osebnih podatki, zlasti občutljivi osebni podatki, kot so podatki o zdravstvenem stanju posameznika, se posredujejo le, če je posameznik za to podal izrecno osebno privolitev, ki je praviloma pisna ali če posredovanje določeno z zakonom.

Zavod mora v skladu z ZVOP-1 za vsako posredovanje osebnih podatkov zagotoviti, da je mogoče pozneje ugotoviti, kateri osebni podatki so bili posredovani, komu, kdaj in na kakšni podlagi, in sicer za obdobje, ko je mogoče zakonsko varstvo pravice posameznika zaradi nedopustnega posredovanja podatkov. V ta namen zavod v medicinski dokumentaciji bolnika vodi sledečo evidenco:

8. Posredovanje podatkov informacijskemu pooblaščenцу

Zavod je dolžan v skladu s 27. členom ZVOP-1 in 4. členom Pravilnika o metodologiji vodenja registra zbirk osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 28/05) iz zbirk podatkov, ki vsebujejo osebne podatke, posredovati Državnemu nadzornemu organu za varstvo osebnih podatkov, to je Informacijskemu pooblaščenцу, naslednje podatke:

1. naziv zbirke osebnih podatkov;
2. podatke o upravljavcu osebnih podatkov;
3. kategorije posameznikov, na katere se nanašajo osebni podatki;
4. vrste osebnih podatkov v zbirki osebnih podatkov;
5. namen obdelave;
6. uporabnike ali kategorije uporabnikov osebnih podatkov, vsebovanih v zbirki osebnih podatkov;
7. dejstvo, ali se osebni podatki iznašajo v tretje države, kam, komu in pravna podlaga iznosa;
8. splošen opis zavarovanja osebnih podatkov;
9. podatke o povezanih zbirkah osebnih podatkov iz uradnih evidenc ter javnih knjig;
10. podatke o zastopniku iz tretjega odstavka 5. člena ZVOP-1.

Zavod je v zakonsko določenem roku Informacijskemu pooblaščenцу posredoval naslednje zbirke osebnih podatkov:

1. Osnovna medicinska dokumentacija (IVZ1.),
2. Evidenca o zaposlenih delavcih,
3. Evidenca o osebnih dohodkih in
4. Evidenca o poškodbah pri delu.

9. Posredovanje podatkov s področja zdravstvenega varstva

Zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva določa Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva – v nadaljevanju: ZZPPZ (Uradni list RS, št. 65/00), ki poleg zbirk podatkov določa še zbiranje, obdelavo in posredovanje podatkov, ki jih pri opravljanju z zakonom določenih nalog vodijo, uporabljajo in medsebojno izmenjujejo izvajalci zdravstvene dejavnosti. ZZPPZ v svoji prilogi določa vrste in vsebine posameznih zbirk,

njihov namen, obdobja poročila, kdo mora posredovati podatke in kdaj, upravljavca zbirke, način dajanja podatkov in čas hranjenja podatkov.

Zavod ima za vsako zbirko osebnih podatkov s področja zdravstvenega varstva vzpostavljen katalog zbirk podatkov, pri čemer vsaka zbirka podatkov vsebuje naslednje podatke:

1. številko zbirke podatkov,
2. naziv zbirke osebnih podatkov;
3. podatke o upravljavcu osebnih podatkov (za fizično osebo: osebno ime, naslov opravljanja dejavnosti ali naslov stalnega ali začasnega prebivališča, za samostojnega podjetnika posameznika pa še firmo, sedež in matično številko; za pravno osebo: naziv oziroma firmo in naslov oziroma sedež upravljavca osebnih podatkov in matično številko);
4. pravno podlago za obdelavo osebnih podatkov;
5. kategorije posameznikov, na katere se nanašajo osebni podatki;
6. vrste osebnih podatkov v zbirki osebnih podatkov;
7. namen obdelave;
8. rok hrambe osebnih podatkov;
9. omejitve pravic posameznikov glede osebnih podatkov v zbirki osebnih podatkov in pravno podlago omejitev;
10. uporabnike ali kategorije uporabnikov osebnih podatkov, vsebovanih v zbirki osebnih podatkov;
11. dejstvo, ali se osebni podatki iznašajo v tretjo državo, kam, komu in pravno podlago iznosa;
12. splošen opis zavarovanja osebnih podatkov;
13. podatke o povezanih zbirkah osebnih podatkov iz uradnih evidenc ter javnih knjig;
14. podatke o zastopniku iz tretjega odstavka 5. člena tega zakona (za fizično osebo: osebno ime, naslov opravljanja dejavnosti ali naslov stalnega ali začasnega prebivališča, za samostojnega podjetnika posameznika pa še firmo, sedež in matično številko; za pravno osebo: naziv oziroma firmo in naslov oziroma sedež upravljavca osebnih podatkov in matično številko).

Katalog zbirk podatkov vsebuje naslednje zbirke, ki vključuje tako zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva kot tudi zbirke podatkov, ki niso s področja zdravstvenega varstva:

- I. ZBIRKE PODATKOV S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, KI VSEBUJEJO OSEBNE PODATKE IN KJER JE UPRAVLJAVEC ZBIRKE PODATKOV ZAVOD

V to zbirko sodi:

1. Osnovna medicinska dokumentacija (IVZ 1.)

II. ZBIRKE PODATKOV S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, KI VSEBUJEJO OSEBNE PODATKE IN KJER UPRAVLJAVEC ZBIRKE PODATKOV NI ZVOD

V to zbirko sodi:

1. Zdravstvena kartica (IVZ 1.1.)
2. Evidenca poškodb pri delu (IVZ 5.)
3. Evidenca o boleznih in stanjih ugotovljenih v specialistično ambulantni dejavnosti (IVZ 7.)
4. Evidenca bolezni, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (IVZ 8.)
5. Register prejemnikov delov človeškega telesa (IVZ 9.)
6. Evidenca poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (IVZ 10.)
7. Register hudo poškodovanih bolnikov (IVZ 11.)
8. Evidenca zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici (IVZ 12.)
9. Evidenca o zastrupitvah in drugih učinkih kemikalij (IVZ 12.)
10. Evidenca o ambulantni in bolnišnični fizikalni medicini in rehabilitaciji (IVZ 15.)
11. Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža zdravstvenih zavodov (IVZ 16.)
12. Perinatalni informacijski sistem (IVZ 17.)
13. Register žensk uporabnic materničnih vložkov s komplikacijami ob uporabi materničnega vložka (IVZ 18.)
14. Fetalne smrti do 28. tedna (IVZ 19.)
15. Register prirojenih anomalij (IVZ 20.)
16. Evidenca sterilizacije in umetne osemenitve (IVZ 21.)
17. Evidenca krvodajalcev (IVZ 23.)
18. Register raka (IVZ 25.)
19. Register organiziranega odkrivanja raka materničnega vratu (IVZ 26.)
20. Register žilnokirurških bolnikov (IVZ 27.)
21. Register bolnikov s sladkorno boleznijo in vrojenimi presnovnimi motnjami in endokrinopatijami (IVZ 28.)

22. Register TBC bolnikov (IVZ 29.)
23. Register hemofilikov (IVZ 33.)
24. Register rizičnih otrok (IVZ 34.)
25. Register cerebrovaskularnih bolnikov (IVZ 35.)
26. Register ekstrapiramidnih bolnikov (IVZ 36.)
27. Register oseb odvisnih od alkohola (IVZ 37.)
28. Register oseb s cerebralno paralizo (IVZ 39.)
29. Register bolnikov s kronično vnetno boleznijo črevesja (IVZ 40.)
30. Register slepih in slabovidnih oseb v Republiki Sloveniji (IVZ 42.)
31. Register poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom (IVZ 43.)

32. Register bolnikov srca in ožilja (IVZ 44.)
33. Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni (IVZ 45.)
34. Zdravniško poročilo o umrli osebi (IVZ 46.)
35. Register dednega nepolipoznega kolorektalnega karcinoma (IVZ 47.)
36. Evidenca nalezljivih bolezni (IVZ 48.)
37. Evidenca varstva prebivalstva pred steklino (IVZ 50.)
38. Register stranskih pojavov po cepljenju (IVZ 51.)
39. Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, aidsa in smrti zaradi aidsa (IVZ 52.)
40. Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni (SPB) (IVZ 53.)

III. ZBIRKE PODATKOV S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, KI NE VSEBUJEJO OSEBNIH PODATKOV IN KJER UPRAVLJAVEC ZBIRKE PODATKOV NI ZAVOD

V to zbirko sodi:

1. Evidenca o delu specialistično-ambulantne službe (IVZ 56.)
2. Evidenca o delu ambulantne in bolnišnične fizikalne medicine in rehabilitacije (IVZ 57.)
3. Evidenca bolnišnične dejavnosti (stacionarji) (IVZ 58.)
4. Evidenca dela kliničnih-biokemijskih laboratorijev (IVZ 59.)
5. Evidenca zdravstvenovzgojnega dela (IVZ 60.)
6. Evidenca porabe zdravil v bolnišnicah (IVZ 66.)
7. Evidenca o delu javnozdravstvenih laboratorijev (medicinska mikrobiologija, sanitarna mikrobiologija, sanitarna kemija, medicinska citogenetika) (IVZ 69.)

IV. ZBIRKE PODATKOV, KI NISO S PODROČJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, KI VSEBUJEJO OSEBNE PODATKE IN KJER JE UPRAVLJAVEC ZBIRKE PODATKOV ZAVOD

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

V to zbirko sodi:

1. Evidenca o zaposlenih delavcih
2. Evidenca o osebnih dohodkih
3. Evidenca o poškodbah pri delu

Zavod podatke s področja zdravstvenega varstva posreduje Inštitutu za varovanje zdravja oziroma ostalim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, kar je določeno v prilogi ZZPPZ.

Oddelek za transfuzijo krvi, ki je organiziran pri zavodu, pošilja podatke, razvidne iz spodnje tabele:

Vsebina podatka	Rok za posredovanje podatka	Komu se podatek posreduje
število odvzemov krvi in število izdane krvi	tedensko	RK Novo mesto
podatki o krvodajalcih	2x mesečno	RK Slovenija
število odvzemov in količina zbrane krvi	1x mesečno	RK Slovenija
število odvzemov	1x mesečno	območnim RK
količina odvzete in količina izdane krvi, zaloge	1x mesečno	Zavod RS za transfuzijsko medicino
število odvzemov, število testiranj	1x letno	ZZV

10. Posredovanje podatkov o rojstvu otrok in smrti oseb, ki so umrle v zavodu

Zavoda mora v skladu z Zakonom o matičnem registru (Uradni list RS, št. 59/06) prijaviti rojstvo oziroma smrt pristojnemu organu.

Rojstvo otroka v zdravstvenem zavodu mora zavod prijaviti pristojnemu organu oziroma upravni enoti, ki vodi matični register, v roku 15 dni od dneva rojstva otroka oziroma v primeru smrti otroka v roku 24 ur po rojstvu mrtvorojenega otroka.

Smrt osebe, ki je umrla v zdravstvenem zavodu mora zavod prijaviti pristojnemu organu oziroma upravni enoti, ki vodi matični register, v roku dveh dni od dneva smrti oziroma od najdbe trupla.

11. Posredovanje podatkov s področja dela in socialne varnosti

Zavod mora v skladu s 15. členom Zakona o evidencah na področju dela in socialne varnosti (Uradni list RS, št. 40/06) podatke iz evidence zaposlenih delavcih, v katero se vpišejo podatki o delavcu, podatki o delovnem dovoljenju delavca (v primeru tujcev), podatki o sklenjeni pogodbi o zaposlitvi in podatki o prenehanju pogodbe o zaposlitvi, posredovati Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije v osmih dneh od sklenitve pogodbe o zaposlitvi na predpisanih obrazcih.

Zavod mora v skladu z Zakonom o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 2/04 in 79/06) na Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje poslati:

- prijavo prostega delovnega mesta in pogoje, ki jih mora izpolnjevati delavec za opravljanje del na tem delovnem mestu, razen kadar z že zaposlenim delavcem sklepajo novo pogodbo o zaposlitvi za določen ali nedoločen čas za isto delovno mesto, ali ko se v skladu s predpisi o delovnih razmerjih, lahko izjemoma sklene pogodba o zaposlitvi brez javne objave,

- obvestilo o potrebi po sklenitvi podjemne pogodbe ali pogodbe o naročilu avtorskega dela najpozneje v osmih dneh po tem, ko potreba nastane, razen če se bo obvestilo nanašalo na delavca, ki je v delovnem razmerju pri istem delodajalcu, ali na pravno osebo, samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja dejavnost,
- poročilo o opravljenem delu preko polnega delovnega časa in poročilo o opravljenem delu po podjemni pogodbi ali pogodbi o naročilu avtorskega dela do 15. januarja za preteklo leto,
- obvestilo o sklenjeni podjemni pogodbi ali pogodbi o naročilu avtorskega dela, najpozneje v osmih dneh po sklenitvi take pogodbe, razen če je pogodba sklenjena z delavcem, ki je v delovnem razmerju pri istem delodajalcu ali če je pogodba sklenjena s pravno osebo, samostojnim podjetnikom posameznikom oziroma posameznikom, ki samostojno opravlja dejavnost.

Zavod je dolžan v skladu z Zakonom o zaposlovanju in delu tujcev (Uradni list RS, št. 4/06 – uradno prečiščeno besedilo) in Pravilnikom o postopku prijave in odjave dela tujcev (Uradni list RS, št. 37/06) prijaviti in odjaviti delo tujcev. Prijavo začetka dela tujca zavod prijavi pri pristojni službi Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, ki je izdala delovno dovoljenje ali pri območni enoti Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, na območju katere se delo opravlja, in sicer v roku 10 dni od nastopa dela v primeru sklenitve delovnega razmerja s tujcem. Zavod opravi odjavo tujca le v primerih, ko delo tujca preneha pred iztekom veljavnosti delovnega dovoljenja, in sicer pri tisti službi Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, pri kateri je bila opravljena prijava v roku treh dni po prenehanju dela tujca.

Zavod mora v skladu s 27. členom Zakona o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99, 22/01 in 64/01) inšpekciji dela takoj prijaviti vsako smrtno poškodbo oziroma poškodbo, zaradi katere je delavec nezmožen za delo najmanj tri zaporedne delovne dni, kolektivno nezgodo, nevarni pojav ali ugotovljeno poklicno bolezen, pri čemer se za nevarni pojav šteje dogodek, ob katerem je ali bi lahko nastala premoženjska škoda večje vrednosti, je ali bi lahko bilo ogroženo zdravje ali življenje delavca oziroma bi lahko prišlo do poškodbe delavca, zaradi katere bi bil delavec nezmožen za delo. Zavod mora o smrtni poškodbi takoj obvestiti tudi organ, pristojen za notranje zadeve.

Zavod pošilja podatke na podlagi predpisa, ki zavod zavezuje za pošiljanje statističnih podatkov o plačah, vplačanih premijah, za pokojninsko zavarovanje, po dinamiki, prikazani v spodnji tabeli:

Podatek	Rok	Namen/podlaga
bruto plače	mesečno	AJPES
podatki o vplačanih premijah	mesečno	KAD, PPD
dohodnina	letno	DURS
podatki za pokojnino obrazec M 4	letno	ZPIZ Slovenije

12. Posredovanje podatkov zavodu za zdravstveno zavarovanje slovenije

Plansko-analitska služba zavoda podatke v zvezi z realizacijo delovnega programa, realizacijo primerov oziroma preiskav, realizacijo dodatnega delovnega programa, čakalni dobi in čakalnih knjigah posreduje Zavodu za zdravstveno zavarovanje, v rokih in na podlagi, kot izhaja iz spodnje tabele:

Podatek	Dinamika poročanja/rok	Namen/podlaga
Poročilo o realizaciji delovnega programa po OE ZZZS	1x mesečno	interni dogovor z ZZZS OE NM
Poročilo o realizaciji delovnega programa po OE ZZZS	4 x letno	obračun
Poročilo o realizaciji prospektivnih primerov	4x letno	obračun
Poročilo o realizaciji LZM	4x letno	obračun
Poročilo o realizaciji dragih laboratorijskih preiskav	4x letno	obračun
poročilo o realizaciji po posamezni SPP grupi	4x letno	obračun
Evidenco o planu in realizaciji števila CT preiskav	4x letno	Določilo PD

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

po prilogi VIII PD*		
Poimensko poročilo o realizaciji dodatnega programa	do 5. V mesecu za pretekli mesec	določeno v pogodbi o dodatnem programu
Poročanje o čakalni dobi	3x letno	Navodila ZZS, PD
Pošiljanje čakalnih knjig za programe prospektivnih primerov	3x letno	Navodila ZZS, PD

Opomba (*) PD – Področni dogovor

13. Sklep

Zavod mora za izpolnitev dolžnosti sporočanja podatkov zunanjim institucijam svoje poslovanje organizirati tako fizično kot tudi programsko.

Zavod podatke za vzpostavitev zbirke podatkov pridobiva neposredno od posameznika, na katerega se podatek nanaša ali pa podatke pridobi iz že obstoječe zbirke podatkov, npr. iz Centralnega registra prebivalstva, pri čemer mora zavod za pridobitev podatka na upravno enoto nasloviti pisno vlogo in navesti pravno podlago.

Takšen način pridobivanja podatkov, zlasti pa ažuriranja že vzpostavljenih podatkov, kot so EMŠO, prebivališče, datum smrti, itd., bi bilo potrebno kontinuirano spremljati s prenosom podatkov iz baze podatkov enega upravljavca v bazo podatkov drugega upravljavca in nasprotno, kar pa s stališča varovanja osebnih podatkov odpira nova vprašanja in dileme.

14. Viri:

- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1) (Uradni list RS, št. 86/04 in 113/05).
- Pravilnik o metodologiji vodenja registra zbirk osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 28/05).
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (Uradni list RS, št. 65/00).
- Zakon o preskrbi s krvjo (ZPKrv) (Uradni list RS, št. 52/00 in 2/04).
- Zakon o zaposlovanju in delu tujcev (ZZDT) (Uradni list RS, št. 4/06 – uradno prečiščeno besedilo).
- Pravilnik o postopku prijave in odjave dela tujcev (Uradni list RS, št. 37/06).
- Zakon o matičnem registru (ZmatR-UPB1) (Uradni list RS, št. 59/06).
- Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (ZZZPB)(Uradni list RS, št. 2/04 in 79/06).
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD) (Uradni list RS, št. 56/99, 22/01 in 64/01).
- Zakon o evidencah na področju dela in socialne varnosti (ZEPDV) (Uradni list RS, št. 40/06).
- Področni dogovor za bolnišnice za leto 2006 (Občasnik, št. 2/06).

Kazalniki kakovosti strokovnega in poslovnega sistema slovenskih bolnišnic

Samo Fakin

Ministrstvo RS za zdravje

1. Predgovor

V začetku leta 2006 je Ministrstvo za zdravje pripravilo dokument »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«. S publikacijo »Uvajanje izboljšav kakovosti v bolnišnice« udeležujemo del usmeritev in predstavljamo nekaj orodij in metod, ki bodo pospešila izboljševanje kakovosti in varnosti v bolnišnicah. Zaceli smo z bolnišnicami in nadaljevali v celotnem zdravstvu.

V pričujočem dokumentu je omenjena odgovornost za uvajanje metod in orodij kakovosti in varnosti, ki jo imajo vodstva bolnišnic do pacientov, zaposlenih, ustanoviteljev in placnikov. To seveda ne pomeni, da je kakovost in varnost posebna dejavnost bolnišnice ampak je vpletena v vsakdanje zdravstveno in poslovno delo.

Za spremembe, ki so potrebne za izboljševanje kakovosti in varnosti je pomembna predvsem kultura bolnišnice, ki jo razumemo kot vrednote, odnose, zaznavanje, usposobljenost in vzorce obnašanja, ki določajo zavzetost, stil in strokovnost upravljanja celovite kakovosti in varnosti. To je filozofija najvišjega in srednjega vodstva, ki nezavedno vpliva na obnašanje in delovanje zaposlenih.

Izboljševanje kakovosti v zdravstvu se je razvijalo v zadnjih 100 letih. Metode in orodja so oblikovana. Pri nas smo na začetku in pričujoči priročnik uvaja le nekaj od mnogih orodij in metod kakovosti in varnosti v zdravstvu. Pomanjkljivosti v večini zdravstvenih sistemov po

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

svetu je veliko. Nimamo dokumentirane kakovosti zdravstvene oskrbe za najpomembnejše bolezni, ni ocene stroškovne učinkovitosti ali z drugimi besedami ne vemo kaj dobimo za javni denar. Obstajajo ogromni odkloni v izidih zdravljenja, drugih kazalnikih kakovosti in pri procesih. Nimamo sistematičnega spremljanja izidov zdravljenja.

Osnova za izboljševanje kakovosti in varnosti je merjenje in dokumentiranje kakovosti. V literaturi so dokazi, da merjenje in spremljanje kakovosti, povratna informacija, strokovna presoja, samoocenjevanje in akreditacija in javna objava kazalnikov kakovosti vodi k izboljševanju zdravstvene oskrbe.

Vse države Evropske unije bodo morale poskrbeti za izboljševanje kakovosti in varnosti v zdravstvu.

Vodja Oddelka za kakovost v zdravstvu Andrej Robida

Minister za zdravje Andrej Bručan

Ljubljana, 2006

2. Uvod

Nenehno izboljševanje kakovosti na vseh področjih življenja v Republiki Sloveniji (RS) je postalo stalnica. Gospodarske družbe so v nenehno izboljševanje prisiljene zaradi vse večje konkurence na trgu. Z vstopom v Evropsko unijo (EU) se je konkurenčni boj še zaostрил. V javnem sektorju je ob odsotnosti zunanjih spodbud trga uvajanje kakovosti šele na začetku. Uvajanje celovite kakovosti je bolj ali manj prepuščeno posameznim navdušencem in redkim ustanovam, ki se zavedajo pomena izboljševanja kakovosti.

Zdravstvo ni nikakršna izjema. Medicinska stroka sicer uspešno sledi svetovnemu razvoju medicine, vendar pretežno zaradi pritiska farmacevtske industrije in dobaviteljev medicinske opreme ter redkih posameznikov. Kakovosti in varnosti v vsakdanji praksi pa skorajda ne merimo in zaradi tega tudi ne vemo, ali delamo dobro ali slabo. Ker tega ne vemo, nimamo

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

ničesar, kar bi lahko izboljšali. Ko pride do napak in katastrof, ki odmevajo v javnosti, pa zagovarjamo "višjo silo, splet okoliščin" in podobno.

Izboljševanja na posameznih segmentih celovite kakovosti so se lotile tudi zdravniške organizacije. Rezultati so prikazani, a vidnejše izboljšave rezultatov so zopet stvar posameznikov in redkih posameznih strok.

Obstaja veliko sistemov, metod in orodij za izboljševanje kakovosti v zdravstvu. V središču pozornosti je pacient. Pri nenehnem izboljševanju kakovosti metode in orodja povežemo, da dosežemo dobre kazalnike izidov. Odkloni med posameznimi izvajalci so v Sloveniji ogromni, zato je pomembna časovna in krajevna primerjava kazalnikov kakovosti ter njihova primerjava s standardi, ki temeljijo na dokazih. Pomembne so primerjave med izvajalci zdravstvene dejavnosti predvsem na ravni preprečitve, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije posameznih bolezni in postopkov. Torej gre za izmerjeno kakovost na ravni specifične bolezni.

Informacija mora biti javno dostopna na ravni specifičnih bolezni in postopkov. Pacienti in zdravniki tako lahko izbirajo med izvajalci, ki uporabljajo uspešne in z dokazi podprte metode ter imajo dobre rezultate - dobre kazalnike izidov, na primer napotitve za visoko tvegane operacije so usmerjene tja, kjer so dobre prakse - dobri rezultati (dobri kazalniki izidov za te operacije). Do tega bo v Sloveniji prišlo postopoma. Najprej je treba kakovost vpeljati v vsakdanje delo, da bo postala del rutine, delovne dolžnosti in odgovornosti vodstev zdravstvenih ustanov in vsakega posameznika, pa naj bo to zdravstveni delavec ali sodelavec ali nezdravstveni delavec.

V državah EU so zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe obravnavane kot prednostne. V Sloveniji moramo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, torej širše cilje z vplivom na družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost in enakost. Zato mora ob odsotnosti zunanjih spodbud (zakonitosti trga) izboljševanje kakovosti v javni sektor vnesti lastnik. Pričakovani rezultati morajo odražati pričakovanja uporabnikov in drugih udeležencev v posameznem podsistemu javnega sektorja.

V primeru zdravstvenega sistema je treba zadovoljiti pričakovanja pacientov, družbe in izvajalcev zdravstvenih storitev.

Minister in strokovni svet sta sprejela program uvajanja izboljšav kakovosti v zdravstveni sistem Republike Slovenije. Nenehno izboljševanje kakovosti bo potekalo skladno z že pripravljenimi dokumenti (na primer Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, Splošni standardi zdravstvene oskrbe za bolnišnice, poročanje o opozorilnih nevarnih dogodkih).

Minister za zdravje RS je v avgustu 2005 imenoval posebno delovno skupino za pripravo izhodiščnih standardov in kazalnikov uspešnosti delovanja bolnišnic. Namen uvedbe teh standardov in kazalnikov je poenotiti pričakovanja lastnika v zvezi s poslovanjem bolnišnice na ravni celotne države. Standardi in kazalniki so razdeljeni na medicinske in poslovne.

3. Zdravstveni del

Obrazložitev posameznih kazalnikov uspešnosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov

Namen kazalnikov uspešnosti zdravstvene oskrbe in varnosti pacientov je spodbujanje varnosti pacientov in nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Bolnišnice se bodo lahko primerjale med seboj po strukturnih kazalnikih (točki 1 in 2), procesnih kazalnikih (točke 3, 4, 5, 6, 7 in 9) ter kazalnikih izidov kakovosti (točki 8 in 9) in izkušenj pacientov.

1. Delovanje odbora za kakovost in varnost pacientov, ki ga sestavljajo direktor, strokovni direktor in glavna medicinska sestra bolnišnice

Cilj: postavitve najvišje strukture za kakovost in varnost v bolnišnici.

Za kakovost v zdravstveni ustanovi je odgovoren¹ direktor. Dejavnosti za kakovost vodi odbor za kakovost, ki ga sestavljajo direktor, strokovni direktor, glavna medicinska sestra in vodja komisije za kakovost. Odbor vodi direktor.

Vsebina:

- 1.1 uvedba sistema upravljanja celovite kakovosti/nenehnega izboljševanja kakovosti,
- 1.2 zapis in izvajanje srednjeročnih strateški ciljev s področja kakovosti in varnosti,
- 1.3 merila klinične uspešnosti na ravni zavoda, oddelka/predstojnikov in drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter merila uspešnosti nezdravstvenih delavcev s področja kakovosti in varnosti,
- 1.4 pospeševanje dejavnosti za kakovost in varnost,
- 1.5 ustvarjanje kulture kakovosti in varnosti,
- 1.6 zagotavljanje virov za področje kakovosti in varnosti,
1. 7 nadzor kakovosti in varnosti,
- 1.8 organiziranje srečanj znotraj bolnišnice s temo varnosti in kakovosti najmanj enkrat na 3 mesece, kjer se predstavijo zlasti dejavnosti, ki potekajo znotraj bolnišnice, problemi pri izvajanju teh dejavnosti, poročila, strategije, projekti, varnostni in kakovostni problemi ter priložnosti za izboljšave.

Poročanje: odbor poroča o dosežkih s področja kakovosti in varnosti pacientov v letnem poročilu Ministrstvu za zdravje in svetu zavoda, ki mora v poglavju o kakovosti in varnosti vsebovati ta dokument.

Kdo je odgovoren: direktor.

Komu je odgovoren: Ministrstvu za zdravje, svetu zavoda.

¹ Dolžnost odgovornosti za izvedbo naloženih dolžnosti osebi ali skupini, ki je te dolžnosti naložila (angleško: accountability)

2. Delovanje komisije za kakovost in varnost pacientov

Cilj: postavitve izvršne strukture za kakovost in varnost pacientov pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

Izvršno telo dejavnosti za kakovost je komisija za kakovost. To vodi vodja kakovosti, ki je lahko oseba z univerzitetno visoko ali višjo izobrazbo. V komisiji morajo biti zastopani predstavniki najpomembnejših strokovnih skupin, na primer zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, farmacevt itd. Komisija naj ne bo prevelika, šteje naj največ 5-7 stalnih članov. Za posamezne dejavnosti s področja kakovosti in varnosti pacientov oziroma reševanje posameznih problemov se lahko povabijo tudi zacasni člani, ki imajo pravice in dolžnosti stalnih članov za časa trajanja zacasnega mandata. Vodja kakovosti je neposredno odgovoren direktorju ustanove. Vecje ustanove lahko ustanovijo oddelek za kakovost.

Vsebina:

Komisija za kakovost je zadolžena za izvajanje nalog, ki jih zahtevajo odbor za kakovost, nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti, nacionalna strategija s področja kakovosti in varnosti ter strokovna telesa. Poleg tega komisija:

2.1. pregleduje in analizira poročila posameznih oddelkov;

2.2 svetuje oddelkom glede izboljševanja kakovosti;

2.3 predlaga ukrepe za izboljšave odboru za kakovost;

2.4 spremlja izvedbo ukrepov;

2.5 pripravlja navodila za

- mortalitetne konference (točka 6),
- varnostne vizite (točka 4),
- pogovore o varnosti (točka 5),
- spremljanje popisov bolezni glede na nedokoncanost, popolnost in pomanjkljivost

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

(točke 3.2 do 3.4),

• vzpostavitev in nadzor vodenja registrov za:

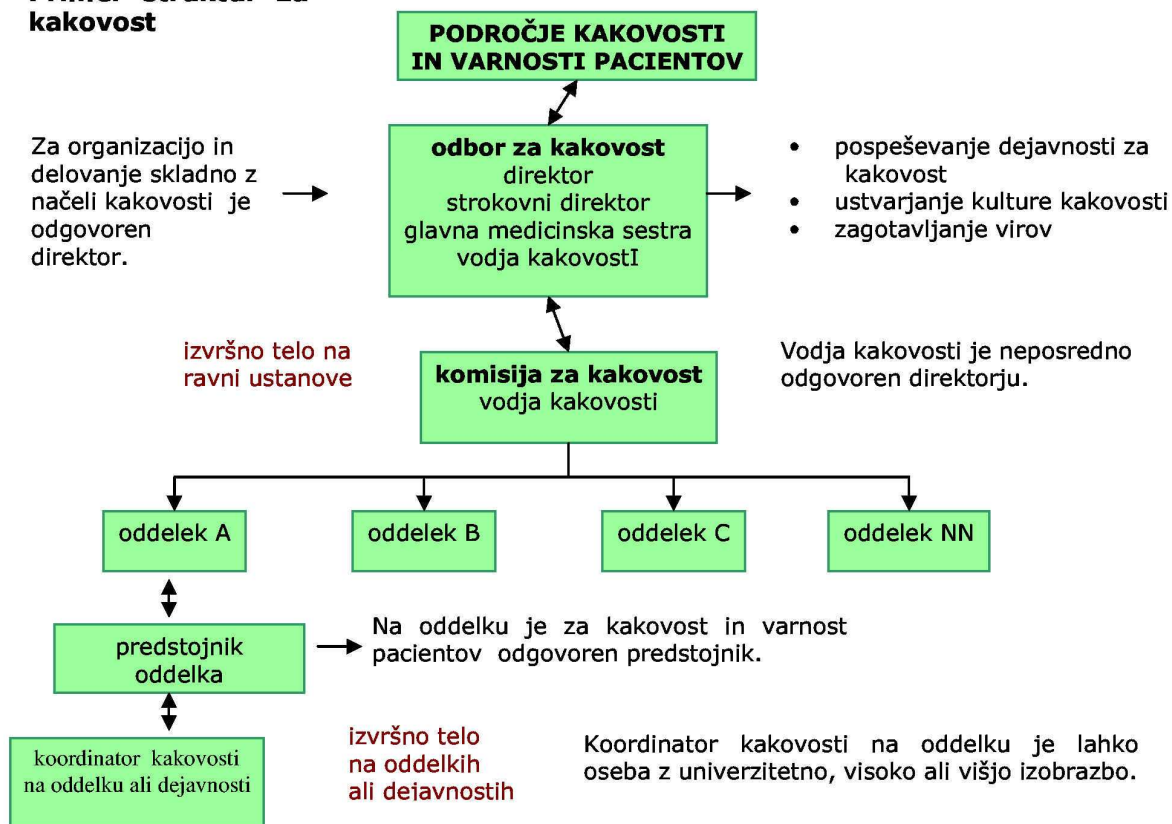
1. varnostne zaplete,
2. morbiditetne in mortalitetne konference (število, lokacija, obravnavana tema),
3. notranje nadzore,
4. klinicne poti.

Porocanje: komisija za kakovost poroča o svojem delu odboru za kakovost najmanj vsake 3 mesece.

Kdo je odgovoren: vodja kakovosti.

Komu je odgovoren: direktorju, odboru za kakovost.

Primer struktur za kakovost



Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

3. Izvajanje rednih notranjih strokovnih nadzorov

Cilj: nenehno izboljševanje kakovosti. Vsebina:

3.1 izvajanje rednih strukturiranih strokovnih nadzorov na podlagi pravilnika o strokovnih nadzorih (zdravstvenih in nezdravstvenih dejavnosti) najmanj na 3 mesece na vsakem oddelku/dejavnosti); strokovni nadzori se morajo osredotociti na določen problem - gre za strokovno presojo (angleško: clinical audit),

3.2 pregled zbirnih cetrletnih poročil posameznega oddelka o nezaključenih popisih boleznih odpuščenih pacientov (priloga² 1),

3.3 pregled zbirnih cetrletnih poročil posameznega oddelka o pomanjkljivih popisih boleznih odpuščenih pacientov (priloga II),

3.4 pregled popolnosti petih naključno izbranih popisov boleznih odpuščenih pacientov (priloga III), 3.5 pregled skladnosti zdravstvene oskrbe s klinično potjo desetih naključnih popisov boleznih odpuščenih pacientov z določeno boleznijo ali bolezenskim stanjem; če oddelk nima kliničnih poti, se šteje, da je delo oddelka pomanjkljivo,

3.6 pregled poročil o varnostnih vizitah in pogovorih o varnosti.

Porocanje: komisija, ki izvaja notranji nadzor, poroča komisiji za kakovost in odboru za kakovost o izvedbi nadzora in ugotovitvah ter predlaga ukrepe za izboljšave. Komisija za kakovost pregleda predlagane ukrepe, in če je treba, doda še svoje. Ukrepe potrди odbor za kakovost in zadolži odgovorne za izvedbo ukrepov z jasno določenimi roki. Odgovorna oseba poroča komisiji za notranji nadzor, komisiji za kakovost ter odboru za kakovost o izvedenih ukrepih in izboljšavah.

² Vse priloge bodo v pomoč pri izvajanju zapisanih zahtev in bodo tudi poenoti le postopke; objavljene bodo na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Kdo je odgovoren: za izvedbo je odgovoren predsednik komisije za notranji nadzor. Komu je odgovoren: vodji komisije za kakovost, direktorju in odboru za kakovost.

4. Izvajanje varnostnih vizit

Cilj: izboljševanje varnosti za paciente, osebje in obiskovalce.

Vsebina:

4.1 predstojniki in vodje oddelkov in dejavnosti izvajajo varnostno vizito enkrat tedensko,

4.2 vrhnje vodstvo (direktor, strokovni direktor in glavna medicinska sestra) izvaja varnostno vizito enkrat na 2 meseca.

Priporočila za varnostne vizite so opisana v prilogi IV.

Porocanje: trimesecna poročila o varnostnih vizitah se hranijo na oddelkih in dejavnostih (število, datum in kdo je pogovor vodil - predstojnik vodja oddelka dejavnosti ali vrhnje vodstvo) in pošljejo komisiji za kakovost.

Kdo je odgovoren: predstojnik oddelka, odbor za kakovost.

Komu je odgovoren: direktorju.

5. Izvajanje pogovorov o varnosti

Cilj: izboljševanje delovanja osebja za varnost pacientov, osebja in obiskovalcev

Vsebina:

5.1 pogovori potekajo na oddelkih in dejavnostih najmanj enkrat na teden,

5.2 pogovore z osebjem lahko vodijo: predstojnik, vodilna medicinska sestra oddelka, član komisije za kakovost, vodja oddelka za kakovost, eden izmed njih ali v kombinaciji. V prvih nekaj dnevih mora nekdo voditi razpravo in razložiti cilje osebju.

Priporočila za pogovore o varnosti so opisana v prilogi V.

Porocanje: trimesecna porocila o številu pogovorov o varnostni se hranijo na oddelkih in dejavnostih (število, datum, tema pogovora in kdo je pogovor vodil) in pošljejo komisiji za kakovost.

Kdo je odgovoren: predstojnik oddelka.

Komu je odgovoren: direktorju in odboru za kakovost.

6. Izvajanje rednih morbiditetnih in mortalitetnih konferenc in načrtovanje možnosti za izboljšave v prihodnje pri podobnih primerih z osredotocenjem na procese zdravstvene oskrbe

Cilj: izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov na oddelkih in v celotni bolnišnici.

Pospeševanje kulture odprtosti in razpravljanja o varnostnih zapletih pri pacientih³

Vsebina:

Konferenco vodi predstojnik ali vodja oddelka ali dejavnosti ali zdravnik, ki ga predstojnik pooblasti. Pri konferenci sodelujejo vsi zdravniki oddelka, kjer se je pacient zdravil, in zdravstveni tim, ki je pacienta zdravil. Če je bila opravljena obdukcija, sodeluje tudi patolog, ki jo je opravil.

Pregleda se medicinska dokumentacija pacientov, ki so umrli ali pri katerih je prišlo do varnostnega zapleta. Izpolni se obrazec "Morbidity in mortality" (priloga VI). Če se ugotovi, da je prišlo do varnostnega zapleta, je treba izvesti raziskavo zapleta. Izpolnjeni obrazec se preda vodji komisije za kakovost, ta pa skupaj z odborom za kakovost izbere člane in vodjo tima, ki bo zaplet raziskal.

³ Varnostni zaplet pri pacientu je nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. V tem dokumentu se uporablja za opis drugih izrazov, kot so neželen dogodek, možen neželen dogodek, zdravniška/zdravstvena napaka/zmota, strokovna napaka/zmota.

Varnosti zaplet se razišče po metodologiji, kot velja za opozorilne nevarne dogodke (<http://www.mz.gov.si>). Pritem se osredotocite na sistem ali proces (vprašajte se, kaj se je zgodilo, kako in zakaj je prišlo do zapleta). Izogibajte se pripisovanja krivde posamezniku, ker s tem ne boste nicesar rešili - osebje bo varnostne zaplete skrivalo, pa tudi sam sistem ali proces bo ostal enak in do zapleta bo spet prišlo v prihodnosti. Če gre za sum kaznivega dejanja ali disciplinskega prekrška, obravnavajo to pristojni loceno od raziskave varnostnega zapleta.

Porocanje: predstojnik pisno poroča vsake 3 mesece komisiji za kakovost o ugotovitvah konferenc. Odgovoren je za vzpostavitev in nadzor registra konferenc.

Kdo je odgovoren: predstojnik oddelka.

Komu je odgovoren: vodji komisije za kakovost, direktorju in odboru za kakovost.

7. Vsak oddelek/dejavnost oziroma specialnost pripravi vsaj 1 klinicno pot na leto, v prvih petih letih za najpogostejše bolezni, ki jih obravnava, ali za bolezni, katerih obravnava je tvegana, ali tiste bolezni, kjer se pogosto pojavljajo strokovni problemi ali problemi pri organizaciji

Cilj: poenotenje zdravstvene obravnave pacientov z enako diagnozo. Vsebina:

Bolnišnica obravnava paciente z enako boleznijo ali zdravstvenim stanjem enotno na podlagi klinicne poti. Če teh pacientov ni mogoče zdraviti po enotni klinicni poti, je treba to zapisati v klinicno pot. Bolnišnica sama pripravi klinicno pot. V pomoč ji je metodologija, ki jo je pripravila delovna skupina Oddelka za kakovost v zdravstvu.

Porocanje: letno poročilo oddelkov/dejavnosti komisiji za kakovost, ki so mu priložene klinicne poti.

Kdo je odgovoren: predstojnik oddelka.

Komu je odgovoren: vodji komisije za kakovost, direktorju in odboru za kakovost.

8. Zbiranje kazalnikov, ki jih analizira Zdravniška zbornica Slovenije v programu "Kakovost v zdravstvu"

Cilj: izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov s spremljanjem kazalnikov izidov in drugih kazalnikov kakovosti ter uvajanje ukrepov za izboljšave.

Vsebina:

Metodologija Zdravniške zbornice Slovenije, ki je opisana v programu "Kakovost v zdravstvu", spletna stran: <http://www.zzs-mcss.sijkakovost>, in navodila na: <http://kakovost.mf.uni-lj.sijnavodila.html>.

Porocanje: letno poročilo komisiji za kakovost z rezultati kazalnikov pošljejo predstavniki –koordinatorji posameznih strok, ki sodelujejo z Zdravniško zbornico Slovenije v programu "Kakovost v zdravstvu".

Kdo je odgovoren: predstojnik oddelka.

Komu je odgovoren: vodji komisije za kakovost, direktorju in odboru za kakovost.

9. Izpolnjevanje vsebin splošnega in področnega dogovora za bolnišnice, ki se nanaša na kakovost in varnost zdravstvene obravnave

Cilj: izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov ter uvajanje ukrepov za izboljšave.

Porocanje: letno poročilo komisiji za kakovost in Ministrstvu za zdravje.

Kdo je odgovoren: odbor za kakovost.

Komu je odgovoren: vodji komisije za kakovost, direktorju in odboru za kakovost, Ministrstvu za zdravje.

10. Izkušnje pacientov

Cilj: meriti in izboljšati zadovoljstvo pacientov.

Obrazložitev: celovito zadovoljstvo pacientov je ključni cilj vsakega izvajalca zdravstvenih storitev. Zadovoljstvo in izkušnje pacientov bomo spremljali s standardiziranim slovenskim vprašalnikom.

Porocanje: direktor svetu zavoda in Ministrstvu za zdravje. Kdo je odgovoren: direktor.

Komu je odgovoren: svetu zavoda.

4. Poslovni del

Obrazložitev posameznih standardov oziroma kazalnikov za spremljanje poslovanja bolnišnic

S temi standardi in kazalniki želimo prikazati in ovrednotiti poslovni uspeh posamezne bolnišnice.

Od vseh bolnišnic se bo zahtevalo, da poslovanje prikažejo na enak način. Možne bodo medsebojne primerjave in s tem nadzor nad porabo javnih sredstev. Kazalniki in standardi sledijo pričakovane rezultate in nekatere dejavnike po modelu odličnosti.

Kazalniki se bodo spremljali in medsebojno primerjali po skupinah sorodnih bolnišnic:

- KC Ljubljana, SB Maribor;
- regijske bolnišnice: SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Nova Gorica, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec, SB Brežice, SB Trbovlje, SB Ptuj;
- specialne bolnišnice: B Topolšica, B Golnik, B Sežana, Inštitut RS za rehabilitacijo Lj., Onkološki inštitut Lj., Ortopedska bol. Valdoltra;
- porodnišnice: BGP Kranj, Bol. za ženske bol. Postojna;

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

- psihiatrija: PB Vojnik, PB Begunje, PK Ljubljana, PB Idrija, PB Ormož, SB Maribor (psihiatrični oddelek);
- specialni oddelki: Oddelek invalidne mladine NG, Center za zdravljenje otrok Šentvid pri Sticni.

Vsi kazalniki so razdeljeni v tri osnovne skupine in se bodo spremljali na letni ravni:

1. Kazalniki poslovanja
2. Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe virov III.
3. Drugi kazalniki (Pripravljen je tudi excel zvezek: KAZALNIKI3.xls)
4. Zadovoljstvo zaposlenih

Cilj: meriti in izboljšati zadovoljstvo zaposlenih pri izvajalcih zdravstvenih storitev.

Obrazložitev: zadovoljen zaposleni je eden izmed ključnih dejavnikov uspeha posamezne delovne organizacije. Samo ustrezno pozitivno organizacijsko ozračje, za ustvarjanje katerega je odgovorno vodstvo, zagotavlja kakovost zdravstvene storitve. Zadovoljstvo zaposlenih bomo spremljali z standardiziranim slovenskim vprašalnikom.

Porocanje: direktor poroca svetu zavoda. Kdo je odgovoren: direktor.

Komu je odgovoren: svetu zavoda.

Dorjan Marušič, Janez Remškar, Andrej Robida, Samo Fakin

Kakovost je tudi sodelovanje strokovnega in poslovnega managementa

Mira Retelj in Biserka Simčič

Splošna bolnišnica Novo mesto

1. Uvod

Zahteve makroekonomskega okolja in globalne družbene spremembe vplivajo tudi na spremembe v javnih zavodih in zahtevajo predvsem prožnost, hitrost in ustreznost odzivanja, ekonomičnost poslovanja, inovacije ter njihovo implementacijo, ki so odvisne od bolnišnice in njene organizacijske kulture, ozračja, vodenja, od osebnostnih lastnosti zaposlenih, značaja ter načina razmišljanja. Odziv organizacij na spremembe v dinamičnem okolju je možen z uvajanjem projektov, ki obenem predstavljajo način, s katerim se strategije poslovanja uresničujejo oziroma izvršujejo. Z uvajanjem projektov se izboljša ustvarjalnost, motivacija, sodelovanje in prilagodljivost zaposlenih kar predstavlja doseganje kakovosti na vseh nivojih. Harvey in Gren sta opredelila kakovost zdravstvenih dejavnosti s pojmom spreminjajoča kakovost (Transformational Quality) in poudarila nujnost sistematičnega merjenja odzivnosti vseh uporabnikov zdravstvenih storitev, ne le bolnikov (Harvey, Green, 1993,12). Zagotavljanje kakovosti lahko dosežemo le z ustreznim sodelovanjem vseh zaposlenih v organizaciji zato organizacija pri zagotavljanju kakovosti skuša najbolj smotno uskladiti posamezne dele delovanja znotraj samega poslovanja. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj oziroma sodelovanju različnih strokovnih skupin.

Zdravstveni zavodi morajo v okviru svoje dejavnosti stalno slediti strokovnemu razvoju ter v skladu z razvojem stalno posodabljeni postopke in metode zdravljenja. Pri zdravnikih in medicinskih sestrah gre predvsem za strokovno usmerjenost in nepovezanost z alokacijo

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

resursov za svoje delo, za razliko od managerjev, ki pričakujejo večjo preglednost dela in postopkov v procesu zdravljenja. Tudi Edwards in drugi poudarjajo značilne razlike: skrb zdravnika za rezultat zdravljenja in skrb managerja za bolnikovo izkušnjo med zdravljenjem (Edwards, et al., BMJ, vol.326, 2003). Samo razvijanje novih delovnih pristopov, metod in procesov izhaja iz sposobnosti managerjev, da razumejo managersko filozofijo in principe delovanja ter, da uporabljajo metode sodobnega managementa in organizacijskega razvoja pri svojem delu.

2. Poslovni in strokovni (zdravstveni) management

Statut organizacije določa načelne pristojnosti in odgovornosti vodstvenih ravni zaposlenih in vključenost zunanjih interesentov. Statut organizacije tvori osnovo za razvoj organizacijskih struktur in sistemov vodenja. Opisuje izgradnjo in delovanje organizacije, med drugim na primer tudi definicijo struktur delovnih skupin ali ključnih procesov.

V Splošni bolnišnici Novo mesto poslovni in strokovni management v skladu s Statutom Splošne bolnišnice Novo mesto z dne 29.07.1993, 12.12.1995, 19.12.2002 in 10.11.2003 predstavljata kot organa zavoda direktor in strokovni direktor.

Funkcijo poslovnega organa opravlja direktor, ki organizira in vodi delo ter poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod in je odgovoren za zakonitost dela in za poslovni uspeh zavoda.

Strokovni management v zavodu predstavlja strokovni direktor. Strokovni direktor vodi strokovno delo zavoda in je odgovoren za strokovnost dela zavoda ter za uresničevanje strokovnega razvoja in strokovnega povezovanja z drugimi zdravstvenimi zavodi. Poleg strokovnega direktorja strokovni management tvorijo tudi predstojniki oddelkov, vodje medicinskih služb in glavna medicinska sestra bolnišnice kot delavci s posebnimi pooblastili in odgovornostmi. Delavec s posebnimi pooblastili in odgovornostmi v skladu s statutom bolnišnice skrbi za organizacijo in strokovnost dela v enoti in ima pooblastila, pristojnosti in odgovornosti, kot so odgovornost za realizacijo plana dela in finančnega načrta, določanje delitve dela v organizacijski enoti, nadzor nad strokovnostjo dela in dajanjem navodil,

razporejanjem dela delavcev, odločanje o nujni uvedbi dela preko polnega delovnega časa, odločanje o prerazporeditvi delovnega časa, odobravanje plačane odsotnosti iz dela, določanje plana izrabe dopustov, predlaganje plače delavca iz naslova delovne uspešnosti, odgovornost za varstvo pri delu in protipožarno varstvo, skrb za smotrno trošenje in gospodarjenje s sredstvi, itd.

Bolnišnica je pooblastila, pristojnosti in odgovornosti poslovnega in strokovnega managementa, določena v statutu, nadgradila z oblikovanjem in postavitvijo kompetenc za menadžerje na vseh ključnih ravneh v bolnišnici, in sicer za direktorja, strokovnega direktorja, glavno medicinsko sestro, predstojnike oddelkov, glavne medicinske sestre oddelkov, vodje odsekov, predstojnike služb ter vodje nemedicinskih služb. Opisi kompetenc zagotavljajo standarde za uspešno opravljanje dela in zgledno vedenje zaposlenih.

Učinkovito oblikovanje strukture organiziranosti je izraženo v organiziranju ljudi in nalog na način, da lahko odločitve tečejo nemoteno skozi vso organizacijo. Dobra organiziranost omogoča uspešno uresničevanje ciljev vsake zdravstvene organizacije ob pogoju nenehnega presojanja ciljev glede na spremembe v okolju. Vse funkcije – oblikovanje politike, spoznavanje, obvladovanje operativne funkcije in izvajanje – morajo biti razporejene na vse ravni organizacijske strukture.

Celoten sistem zdravstvene dejavnosti razdelimo funkcionalno in organizacijsko. Funkcionalno ga delimo na dva podsistema, in sicer na medicinski in nemedicinski podsistem. Medicinski obsega vsa področja zdravstvene dejavnosti, ki se nanašajo na storitve, povezane z zdravljenjem in krepitvijo zdravja prebivalstva. Glede na identiteto sistema ima proces izvajanja zdravstvenih storitev osrednjo vlogo in pomen. Nemedicinski podsistem pokriva tista področja dejavnosti, ki so potrebna za delovanje celotnega sistema zdravstvene dejavnosti in vsakega njenega dela posebej (oblikovanje strategije, ciljev in identitete sistema; učenje in raziskovanje sistema in njegovega okolja; kontroliranje in stabiliziranje delnih sistemov). Vloga nemedicinskega podsistema je v oblikovanju, vodenju in razvijanju sistema na način, da je mogoče dosegati ciljno usmerjeno delovanje sistema. Cilji temeljnega podsistema v sistemu zdravstvene dejavnosti upoštevajo predvsem medicinski in socialni princip, cilji managementa pa upoštevajo predvsem princip gospodarnosti ravnanja z razpoložljivimi viri. V sistemu zdravstvene dejavnosti je stopnja avtonomnosti temeljnega

podсистema relativno visoka, kar je posledica razvoja medicine. Na razvoju medicine zgrajena avtonomnost temeljnega podсистema močno presega avtonomnost managementa (Ritonja, 1996).

Vpliv zdravstvenih delavcev na vodenje bolnišnic se je z razvojem managementa zmanjšal v smislu strateškega vplivanja, ni pa se spremenil v vsakodnevni odločitvah. Razmerje med zdravnikom in managerjem se je razvilo v kompleksno razmerje predvsem zaradi sodelovanja zdravnikov pri reševanju organizacijskih problemov. Stopnja vpliva pa je močno odvisna od stopnje prenosa moči in avtoritete iz zgornjih hierarhičnih stopenj na nižje stopnje hierarhije.

3. Vloga managementa in poslovna odličnost

TQM pomeni sodelovanje vseh zaposlenih v organizaciji z vodstva, ki postavlja kakovost v središče svojega delovanja in teži k dolgoročnemu poslovnemu uspehu ob zadovoljstvu odjemalcev in zagotavljanju koristi za vse zainteresirane strani. Za uspeh pristopa (metode) je tako bistveno prepričljivo vodenje najvišjega vodstva ter usposabljanje in odgovornost vseh zaposlenih. Kakovost vodenja je tista, brez katere ne moremo pričakovati kakovosti sistema, procesov, proizvodov in storitev ter doseganja ciljev.

Tradicionalni koncepti vodenja postavljajo strogo delitev nalog med dejavnostmi vodstva in izvedbenimi dejavnostmi, kar se odraža v razdelitvi organizacijske strukture na več vodstvenih ravni in izvedbeno raven. TQM je primer moderne metode vodenja, ki uporablja potencial zaposlenih z vseh hierarhičnih ravni in sodelovanja stroke in poslovodstva. Tako se TQM smatra kot celostna metoda vodenja, v kateri so metode in postopki vodenja združeni v povezovalni koncept.

Izboljševanje kakovosti vodenja je eden izmed glavnih namenov modela poslovne odličnosti, kajti ne more biti razvoja kakovosti zaposlenih brez kakovostnega usmerjanja in vodenja zaposlenih s strani vodstva podjetja. Za TQM je značilno, da poleg kakovosti proizvodov – storitev zasleduje še druge cilje, kot so dolgoročna poslovna uspešnost, koristi za družbo, zadovoljstvo odjemalcev. Tako TQM vpliva na vse postopke vodenja v organizaciji.

4. Predstavitev splošne bolnišnice novo mesto

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Novo mesto je bil ustanovljen s sklepom Vlade Republike Slovenije 11. februarja 1993, in sicer za opravljanje specialistično-ambulantne, bolnišnične in lekarniške dejavnosti ter za opravljanje gospodarskih dejavnosti kot pomožnih dejavnosti.

Splošna bolnišnica Novo mesto opravlja specialistično - ambulantno dejavnost, bolnišnično dejavnost in storitve dialize. Ima vse oddelke in specialistične ambulante razen psihiatričnega in onkološkega oddelka ter ambulante nuklearne medicine.

Splošna bolnišnica Novo mesto je regionalna bolnišnica, ki zagotavlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni za območje občin Novo mesto, Dolenjske Toplice, Mirna peč, Žužemberk, Šentjernej, Škocjan, Črnomelj, Semič, Metlika in Trebnje, delno pa tudi za območje občin Krško, Brežice in Sevnica.

Splošna bolnišnica Novo mesto zagotavlja zdravstvene storitve posamezniku, družini ali lokalni skupnosti, kjer živijo in delajo.

Najpomembnejši cilj bolnišnice je pridobivanje zaupanja bolnikov, zagotavljanja njihovega dobrega počutja in doseganja zadovoljstva s prijaznim odnosom in z visoko kakovostjo storitev. Filozofija bolnišnice odraža odnos do bolnika, njihovih svojcev, proces zdravljenja in zdravstvene nege ter zaposlenih v zavodu, zunanjih sodelavcev in poslovnih partnerjev. Bolnišnica pri zagotavljanju zdravstvenih storitev pojmuje človeka kot celoto telesnega, duševnega, socialnega in duhovnega, saj je uspeh zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije odvisen od sposobnosti, znanja, veščin in motivacije zdravstvenega osebja ter njihovega vzajemnega odnosa z bolniki, njihovimi svojci in okoljem, kjer živijo in delajo.

Temelj vizije bolnišnice sta poslanstvo in vrednote. Bolnišnica pri vsakdanjem delu spoštuje in uresničuje v odnosu do pacientov zlasti naslednje vrednote:

- skrb za posameznika (prepoznavanje odgovornosti in pozitivni odziv na potrebe uporabnikov),
- prizadevanje za kakovost (odličnost tako v zdravstveni oskrbi kot pri delovni učinkovitosti),
- timsko delo (združevanje in sodelovanje v timih za izvajanje kakovostnih procesov),

- odkritost (odprtost v komunikaciji, sodelovanje pri odločanju),
- integriteta (spoštovanje do posameznika, odnosov in sredstev),
- odgovornost do uporabnikov – pacientov,
- dobro počutje in kakovostno življenje,
- nenehno učenje,
- zadovoljstvo uporabnikov – pacientov.

Splošna bolnišnica Novo mesto na podlagi opredeljenega poslanstva, filozofije, vizije in vrednost zagotavlja temeljne naloge sistema zdravstvenega varstva, za kar je potreben dialog med strokovnim in poslovnim managementom, ki se nedvomno odraža pri uspešnosti poslovanja bolnišnice kot tudi pri uresničevanju poslanstva in spoštovanju opredeljenih vrednot.

Ključni proces v bolnišnici je zdravljenje, ki ga podpira zdravstvena nega in ostali procesi organizacije, ki zajemajo dejavnosti kot so dobava proizvodov (zdravil in potrošnega medicinskega ter nemedicinskega materiala) in storitev, poslovne in oskrbovalne funkcije (računovodstvo, fakturiranje, kadrovska služba, pravna služba, splošna služba, tajništvo, služba za informatiko, služba bolnišnične prehrane, pralnica, tehnično vzdrževalne službe ipd.). Celoten zdravstveni proces je razdeljen na posamezne faze:

- planiranje storitev v ambulantnem in bolnišničnem delu, pregledov, sprejemov, načrtovanje povprečne zasedenosti postelj, ležalne dobe, čakalnih dob v ambulantah;
- izvajanje storitev (pregledov, sprejema, diagnostično-terapevtskega programa, operacij, negovalnih postopkov, svetovanja in učenja);
- spremljanje, evalvacija in hkrati nadzor nad načrtovanim in dejansko opravljenim delom (mesečna, trimesečna poročila);
- analiza in ponovno planiranje.

Vse našteve vsebine posameznih faz so predstavljene in s soglasjem sprejete na strokovnih organih (strokovni svet, strokovni kolegij). Nosilci zdravljenja in zdravstvene nege so zdravniki, medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Njihovo delo temelji na timskem načinu dela z jasno opredelitvijo nalog in odgovornosti.

5. Politika in strategija

Strategija poslovne odličnosti je temeljna strategija kakovosti poslovanja, s katero bolnišnica zagotavlja doseganje poslovne urejenosti na vseh področjih evropske poslovne kakovosti, medtem ko je strategija kakovosti zdravstvenih storitev temeljna strategija obvladovanja zdravstvenih procesov in zagotavljanja dobrih strokovnih storitev, ki povečujejo zadovoljstvo zdravstvenih varovancev.

Dobro načrtovan in vpeljan TQM v zdravstvenem zavodu zagotavlja večjo prilagodljivost zahtevam bolnikov, učinkovitost in fleksibilnost celotnega zavoda, nižje stroške in boljše rezultate poslovanja ter konkurenčno prednost.

Vodstvo Splošne bolnišnice Novo mesto (v nadaljevanju SB NM) je sklenilo, da bo izboljšalo ekonomsko učinkovitost svojega poslovanja in kakovost zdravstvenih storitev s pomočjo načrtovanja poslovnih sprememb. Te spremembe smo opredelili v Strateškem poslovnem načrtu (v nadaljevanju SPN), ki pomeni način sistematičnega razvijanja poslovnih sprememb v obdobju 2002-2006. Svetovni razvojni trendi pri vodenju bolnišnic (hospital management) dokazujejo, da so v okviru razvojnih strategij najpomembnejša področja vodenja strateških sprememb: večja stroškovna racionalizacija, obvladovanje kakovosti in večja odgovornost za medicinske in poslovne odločitve. Vodstvo SB NM je hkrati prepričano, da so spremembe v poslovnem okolju (sistem sekundarnega in terciarnega varstva, konkurenca privatnih zdravstvenih institucij) ter razvojne sposobnosti zaposlenih dovolj velika priložnost za globalne spremembe ustanove.

Menedžiranje sprememb v SB NM pomeni:

- a) da vodstvo in širše vodilno zdravstveno osebje pripravlja uravnotežen sistem sprememb na zdravstvenem (strokovno medicinskem) in poslovno organizacijskem področju,
- b) da je izhodišče vodenja sprememb oblikovanje nove vizije, poslanstva in strategije razvoja, ki ustrezajo dolgoročnim potrebam sekundarnega zdravstvenega varstva v novomeški regiji, zdravstveno tehnološkim sposobnostim ustanove in interesom zaposlenih,

- c) da spremembe pomenijo izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev, zniževanje stroškov in povečanje dodane vrednosti, in temelji na spodbujanju notranjega podjetništva, timskem delu in projektnem vodenju ter možni komercializaciji storitev in dodatnih virih financiranja in
- č) da ustanova deluje po mednarodnih zdravstvenih in poslovnih standardih (evropska nagrada za kakovost), ki izboljšujejo globalno uspešnost ustanove in njen ugled med pacienti in strokovno javnostjo.

Slika : Splošna strateška usmeritev



Strateški poslovni načrt je temeljni dokument, s katerim bolnišnica načrtuje svojo poslovno prihodnost in je nastajal skoraj leto dni. Vsi temeljni cilji, globalne usmeritve in ukrepi so rezultat skupne analize in konsenza vrhnjega in srednjega managementa naše bolnišnice. SPN poudarja odločenost vodstva, da za izboljšanje poslovanja bolnišnice najde najboljše rešitve. Pri tem sta enako pomembna kakovost zdravstvenih storitev in zadovoljstvo bolnikov na eni strani ter večja učinkovitost in skupno odločanje o poslovnih procesih na drugi strani. Strateški poslovni načrt zavezuje vse zaposlene, je pomembno sredstvo nadzora in pomeni zaostritev poslovne odgovornosti v SB NM, še posebej pa zavezuje vodstvo, ki je odgovorno za njegovo izvedbo in večjo poslovno učinkovitost v prihodnosti.

Z uvajanjem decentraliziranega vodenja in s prenosom odgovornosti za določanje ciljev svojih organizacijskih enot, ki morajo biti skladni s cilji SPN SB NM, vodje skupaj z

zaposlenimi načrtujejo program dela, čakalne dobe, program izobraževanja in kadrovanja, plan nabav opreme in investicijskega vzdrževanja, program organizacijskih sprememb ipd.

Strategijo razvoja bolnišnice in letne načrte sprejema svet zavoda, v katerem so predstavniki ustanovitelja, lokalne skupnosti, ZZZS in delavcev bolnišnice. Svet zavoda prek poročila o poslovanju in letnih načrtov, nadzira in vrednoti učinkovitost poslovanja. Strategija razvoja se letno obravnava tudi na sestankih sindikalnih predstavnikov, na strokovnem svetu in na strokovnem kolegiju glavnih medicinskih sester.

Pri oblikovanju načrtov dela in poslovanja upoštevamo splošne in področne dogovore za sklepanje pogodb, strategijo razvoja zdravstva do leta 2004, mrežo javne zdravstvene službe in demografske ter epidemiološke kazalce. Sestavni del tega načrta so tudi načrti posameznih oddelkov in organizacijskih enot, ki jih oblikujejo vodje v sodelovanju z zaposlenimi. Enkrat letno tako preverjamo uresničevanje strateških usmeritev. Izdelana in obravnavana poročila o enoletnem obdobju so osnova za načrtovanje in morebitno popravljanje oziroma dopolnjevanje strategije.

Management pomeni medsebojno usklajevanje nalog z namenom zagotoviti njihovo celoto in doseči določeni cilj. Zato je v okviru interdisciplinarnosti proces zdravljenja v ožjem okviru pomeni delo zdravnika, širši pomen pa vključuje pripravo osnovnih sredstev, obračun stroškov, proizvodnjo zdravil, izobraževanje ter številne druge aktivnosti. Za uspešno in učinkovito zdravljenje je potrebno združevati številna strokovna znanja (npr. medicinska, družboslovna, naravoslovna..). Tudi za razvoj kakovosti potrebujemo interdisciplinarnost in sodelovanje. Razvoj kakovosti pomeni večja zanesljivost, uspešnost in učinkovitost kar predstavlja temelj odličnosti posameznega zavoda.

6. Zaključek

Postopek uvajanja celovitega sistema kakovosti je specifičen za vsako organizacijo, zato ga ni mogoče uvajati rutinsko v tem smislu, da bi ga povzeli iz sorodne organizacije in samo prenesli v posamezen zdravstveni zavod. Način in sedanje razmere v zdravstvu nas silita v inovativno razmišljanje, kar pa lahko dosežemo s kombinacijo idej, kapitala, znanja in

nedvomno tudi tveganja (dodatno trženje storitev na trgu). Dobro načrtovan in vpeljan TQM v zdravstvenem zavodu zagotavlja večjo prilagodljivost zahtevam bolnikov, učinkovitost in fleksibilnost celotnega zavoda, nižje stroške, boljše rezultate poslovanja in konkurenčno prednost.

Vodstvo mora ustvariti posebne pogoje za oblikovanje in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti. Sistemi kakovosti morajo vključevati učinkovite mehanizme in delovne smernice za načrtovano in vodeno izpeljavo potrebnih sprememb ter vključevanje vseh nosilcev procesa oskrbe in odločanja. Za učinkovito izvedbo je potrebno poznati stališče bolnikov ter zbrati podatke o prednostnih potrebah, pričakovanjih in izkušnjah bolnikov na vseh ravneh zdravstvene oskrbe. Za to so potrebne ustrezne metode, ki zagotavljajo dejavno sodelovanje vseh vpletenih, tako strokovnega kot tudi poslovnega managementa.

7. Literatura in viri

1. Edward Nevin, Mayer Marshall and McLellan. 2003. Doctors and managers, A problem without a solution? MBJ: Vol. 326.
2. Harvey, Lee and David Green. 1993. Criteria of quality. Buckingham, University of central England.
3. Mulej, M. in soavtorji. 2000. Dialektična in druge mehkosistemske teorije, Maribor, Ekonomsko poslovna fakulteta.
4. Ritonja, S. 1996 Organizacija in razvoj zdravstvenega managementa, magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
5. Splošna bolnišnica Novo mesto. 2000. Strateški poslovni načrt 2000 – 2006.
6. Splošna bolnišnica Novo mesto. 2005. Priznanje RS za poslovno odličnost 2005
7. Splošna bolnišnica Novo mesto. 2003. Statut.
8. White A: Management for doctors, Kings Found College, London, 1996.

Predstavitev uvedbe standarda Vlagatelji v ljudi v Bolnišnici Golnik KOPA

mag. Suzana Štular

O.K. Consulting d.o.o.

“V naslednjih petih letih se bomo soočili z najhujšim pomanjkanjem delovne sile.”

Jeff Taylor, ustanovitelj zaposlitvenega portala monster.com.

1. Izzivi v globalnem okolju

Nekateri strokovnjaki s področja razvoja kadrovske funkcije svarijo pred občutnim upadom ponudbe na trgu delovne sile v bližnji prihodnosti. Zelo verjetno bosta to pomanjkanje deloma ublažila tehnološki napredek in globalizacija trga delovne sile, pa vendar je strah pred izgubo zaposlenih v razvitih tržnih ekonomijah vse bolj prisoten. Zlasti je to pomembno za področja, kjer potrebujemo visoko specializirane strokovnjake. In zdravstvo nedvomno sodi na to področje.

Kadrovska funkcija se v razvitih ekonomijah že nekaj časa ukvarja z orodji za povečevanje produktivnosti. Raziskave zadovoljstva zaposlenih so se v ozkem pomenu anketiranja zaposlenih pokazale kot nazdostne, saj ni najti direktne povezave med stopnjo zadovoljstva zaposlenih in učinkovitostjo zaposlenih oz. produktivnostjo podjetja. Tudi najnovejša raziskava⁴, ki so jo izvedli na Univerzi v Stranfordu, je pokazala, da ni jasne povezave med zaposlenimi prijaznimi ukrepi in večjo produktivnostjo podjetja. Na področju HRM⁵-ja se je

⁴ Intervju z Nickom Bloomom, Finance, št. 184, 25.9.2006

⁵ Human Resource Management, najpogosteje prevajan kot »upravljanje s človeškimi viri«. Pogled na zaposlene kot na »vire«, ki jih je treba »izkoriščati«, je med nekaterimi strokovnjaki sporen, zato se ponekod uporablja kar izvoren naziv

tako namesto koncepta »zadovoljstvo zaposlenih« pričel uveljavljati koncept zavzetosti zaposlenih, ki je precej širši in zajema tudi motivacijo zaposlenih. Ankete zadovoljstva zaposlenih se dopolnjuje s kvalitativnimi pristopi, uvaja se dvodimenzionalno merjenje zadovoljstva: pričakovano in dejansko zadovoljstvo zaposlenih s posameznimi dejavniki. Strah pred pomanjkanjem na trgu delovne sile je energijo usmeril tudi v pospešeno izgradnjo in izvedbo strategij zadržanja zaposlenih, predvsem ključnih oz. najbolj učinkovitih sodelavcev.

Za vse bolj intenzivno vlaganje v zaposlene je ključna tudi globalizacija: v stabilnem ekonomskem okolju so bile uspešne organizacije tiste, katerih zaposleni so vestno in natančno izpolnjevali zadane naloge. Razumevanje vodenja je bilo v okolju toge hierarhije na ravni seta »ukazov in navodil«. Na globalnem ekonomskem trgu so v okolju intenzivne konkurence lahko uspešna le podjetja, katerih zaposleni so prilagodljivi, proaktivni in inovativni. Zaposleni niso več podrejeni, ampak sodelavci, strateški partnerji.

Prehod vodenja od nadzora k motivaciji zahteva popoln preobrat v pristopu: gre za pristop od spodaj navzgor, namesto ubogljivosti spodbujamo zavezo, proaktivnost, inovativnost. Zaposleni so vse manj »podrejeni« in vse bolj sodelavci, partnerji. Zaposleni v delu ne iščemo več zgolj koristi, plače, ampak nas zanimata tudi *smisel*, *pomen*: iščemo izpolnitev, smisel, želimo dejavno prispevati k izboljšanju. Večina podjetij je tako iz svojih poslanstev že črtala »večanje tržnega deleža« in »čim večji dobiček«; to so le koristi. V tem zaposleni ne vidijo smisla, svoje izpolnitve. Poslanstva podjetij so tako – vsaj na deklarativni ravni - vse bolj »prispevati k višji kvaliteti življenja naših strank« in ne več »povečevanje dobička lastnikov«.

Pričakovane materialne koristi vsekakor ostajajo *nujen*, nikakor pa niso več *zadosten pogoj*, da smo pri delu zadovoljni in da ga opravljamo dobro. V zdravstvu zaposlene pri delu izpolnjuje zavedanje, da pomagajo bolnikom in da so njihove storitve kakovostne. Smisel dela, ki ga opravljajo, pa ne vpliva le na motivacijo za delo (ki posredno seveda vpliva na učinkovitost dela): odsotnost smisla je eden od pomembnejših dejavnikov stresa in gre z roko v roki z drugimi dejavniki: odsotnostjo pohvale za opravljeno delo, neustreznim

»HRM« za celotno področje dela z zaposlenimi. Trendi v HRM-ju namreč prehajajo od zaposlenih kot podrejenih k sodelavcem, partnerjem.

nagrajevanjem, odsotnostjo osebnega razvoja pri delu, nezmožnostjo polno izkoristiti lastne potencialne, stopnjo odgovornosti pri delu.⁶



Mednarodni standard **Vlagatelji v ljudi** (Investors in People) je edini standard o kakovosti na področju ravnanja z ljudmi; je preverjen in fleksibilen okvir, ki organizacijam pomaga uspeli z razvijanjem ustreznih potencialov zaposlenih. Standard je nastal v času recesije gospodarstva v Veliki Britaniji na osnovi temeljite analize značilnosti uspešnih in neuspešnih podjetij. Ugotovili so, da je edina pomembna značilnost uspešnih podjetij njihov aktiven odnos do zaposlenih. Zabeležili so primere dobre prakse, jih umerili in razvrstili, preizkušali in izboljševali, ter tako izoblikovali standard. Vsake 3 leta standard osvežijo in tako zagotavljajo, da je vedno aktualen. Standard se je v VB s pomočjo državne podpore zelo hitro pokazal kot uspešen in ob praznovanju 10-letnice obstoja je neprofitna družba Investors in People, ki "vodi" standard, zabeležila, da kar tretjina vseh zaposlenih v Veliki Britaniji dela v organizacijah, ki imajo standard VVL.

Skladno z ugotovitvijo, da imajo večino ključev zadovoljstva in zavzetosti zaposlenih v rokah vodje, raziskave kažejo, da so najpogostejši vir (ne)zadovoljstva na delovnem mestu.⁷ Dober vodja je tako motivator, ki nam nenehno kaže na smiselnost našega dela. Pri izhodnih intervjujih, ki sem jih v Bolnišnici Golnik KOPA izvajala skoraj 4 leta, so naš zaposleni najpogosteje izpostavili, da vodja ni uspel kreirati dobrega delovnega vzdušja; ni znal pokazati na smisel dela, ki ga je delavec opravljal; ni znal ceniti prispevka posameznikov in

⁶ Drugi dejavniki stresa pri delu so še: premalo časa, nejasne delovne naloge in pristojnosti, odsotnost podpore pri sodelavcih, nadrejenih, razvoj (lasten in podjetja) ni jasen, ni spodbude, nezanesljivost zaposlitve, izpostavljenost predsodkom, delo v neugodnih in /ali nevarnih razmerah. V: Teržan, M. Stres na delovnem mestu: dobro se počutim, delo mi je v veselje! Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Urad RS za varnost in zdravje pri delu, Ljubljana, 2002

⁷ <http://www.advise.si>, <http://www.amanet.org>, <http://www.entrepreneur.com>, <http://www.uwex.edu>

skupine k izpolnjevanju cilja oddelka, enote, pa tudi organizacije kot celote; zaposlenih ni spodbujal; ni jim dal občutka, da je njihov prispevek k ciljem organizacije pomemben.⁸

Da bi na izzive globalnega trga in s tem povezane spremembe odgovorili čim bolj celostno in na osnovi preizkušenih orodij, smo se v KOPA Golnik l. 2003 priključili pilotnemu projektu implementacije mednarodnega standarda Vlagatelji v ljudi (VVL) v Slovenijo. Prepoznali smo ga kot zelo učinkovito razvojno orodje, saj ponuja smernice in želene rezultate, ne predpisuje pa (pogosto neuporabnih) receptov iz tujih okolij. Dodana vrednost je seveda tudi to, da je standard zasnovan tako, da predstavlja za zaposlene in organizacijo »win-win« situacijo: zaposleni z investiranjem v lastni razvoj pridobi na zaposljivosti in zmanjša dejavnike stresa, organizacija s kompetentnimi zaposlenimi svoje cilje dosega na bolj učinkovit način, naši bolniki pa dobijo odlične storitve na vseh ravneh. Poseben izziv nam je predstavljalo dejstvo, da se za javne, državne institucije pogosto predvideva, da nas donosnost in zadovoljstvo naših strank načeloma ne zanimata.

2. VVL: v čem je skrivnost?

Organizacije, ki so standard že prevzele, poročajo o izboljšani učinkovitosti dela zaposlenih, izboljšani organizaciji dela, večjim zadovoljstvom zaposlenih, večji fleksibilnosti in lažjemu uvajanju sprememb.

Raziskava med 2000 organizacijami, ki so priznane kot vlagatelji v ljudi, je pokazala, da so:

- V 80% izboljšali zadovoljstvo strank
- V 70% izboljšali produktivnost in kompetitivnost.

(vir: *Building Capability for the 21st century. CREATE 1999*)

Raziskava 1003 organizacij – vlagateljev v ljudi, s 5 ali več zaposlenih, je pokazala, da jih:

- 42% verjame, da so izboljšali zavezanost zaposlenih,
- 26% verjame, da se je izboljšal odnos zaposlenih z vodstvom,
- 21% verjame, da se je izboljšala produktivnost.

(Vir: *Performance Tracking Research – B&mr business & market research, October 2002*)

Raziskava 1208 organizacij – vlagateljev v ljudi, z 10 ali več zaposlenih, je pokazala, da:

⁸ Rezultati analiz izhodnih pogovorov v letih 2002-2005 v Bolnišnici Golnik KOPA.

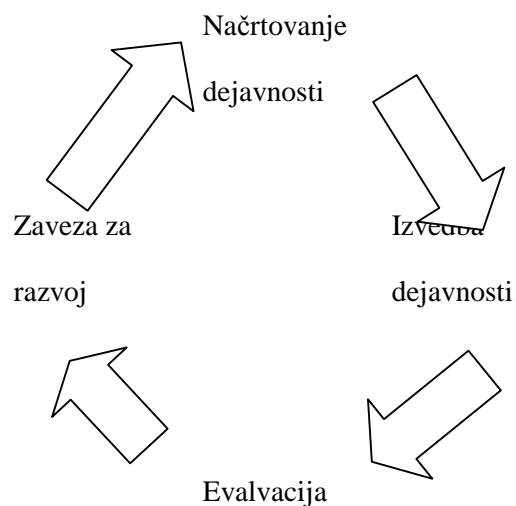
9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

- 96% se jih strinja, da načela VVL pomagajo zaposlenim razvijati svoje potenciale,
- 72% jih vidi, da so teme, usmerjene v zaposlene, ključne pri doseganju poslovnih ciljev,
- 57% jih navaja, da se je izboljšala učinkovitost,
- 46% jih navaja, da je izboljšanje kvalitete dela glavni doprinos VVL.

(Vir: UK Tracking Study – Employer Research, MarketShape Ltd, Feb 2001)

V Bolnišnici Golnik KOPA se je vodstvo zavezalo prilagajanju standardu, ker ga je razumelo kot dobrodošlo pomoč pri začetni usmeritvi vlaganja v zaposlene in njihov razvoj. Orodja, ki jih ponuja standard VVL, so preizkušena v mnogih organizacijah in ocenili smo, da jih s primernim prikrojevanjem lahko uporabimo tudi pri nas. Pogled od zunaj pa nam precej bolj neobremenjeno razkrije lastne šibke točke, ki jih ponavadi samo ne (u)vidimo.

Tudi model VVL izhaja iz podobnega modela kot ostali sistemi kakovosti, le da je usmerjen izključno v zaposlene. Pomemben je zaključen krog zaveze, načrtovanja, izvedbe in evalvacije:



V postopku približevanja standardu smo v Bolnišnici Golnik KOPA:

- ✓ pričeli s celostnim uvajanjem novih sodelavcev (KOPAkademija),
- ✓ pričeli s procesom definiranja vloge vodje (Šola vodenja, delavnice na temo vloge vodje v KOPA),
- ✓ omogočili dostopnost do letnih pogovorov vsem zaposlenim (ob zaključku možnost izvedbe z naslednjim neposredno nadrejenim),
- ✓ bolj poudarili načrtovanje izobraževanj (definiranje namena in pričakovanih rezultatov v obrazcu za prijavo izobraževanja, proračuni za izobraževanje po posameznih enotah, načrtovanje izobraževanj v okviru letnih planov) in
- ✓ merjenju učinkov izobraževanj (poročila prebere odgovorna oseba, merjenje učinkov izobraževanja v okviru letnih pogovorov),

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

- ✓ natančnejše definiranje in spremljanje ciljev dela (izdelava letnega plana, vodje prejemajo redna poročila o doseganju ciljev).

Enako orodje tako za gospodarstvo kot negospodarstvo?

Kot kandidatka za ocenjevalko standarda sem imela enkratno priložnost opazovati proces uvajanja načel standarda VVL v tržno usmerjeni organizaciji: v času »senčenja« britanskega svetovalca sem spoznavala »notranjo preobrazbo« GfK Gral Iteo-ja. Kljub temu, da gre za povsem različni organizaciji, javni zavod in člana mednarodne tržnoraziskovalne organizacije GfK Group, je bilo presenetljivo, da smo se soočali z zelo podobnimi izzivi, predvsem sklenitev kroga med doseganjem ciljev organizacije in ciljev posameznikov. Hkratna vloga svetovalke v GfK Gral Iteo in odgovorne za uvajanje načel standarda v KOPA Golnik mi je tako omogočila razumevanje težav in hkratno gledišče iz različnih perspektiv. Vsekakor lahko na podlagi te izkušnje zapišem, da je standard enako uporaben v različnih okoljih; verjetno predvsem zato, ker je osredinjen na rezultat in ne na način, na katerega ga dosežemo. Tako smo skupaj iskali najbolj primerne rešitve in načine, ter uporabili tisto, za kar smo presodili, da je za naše okolje najbolj primerno. Pravzaprav so edini kriteriji, ali so načela standarda primerna za organizacijo: ali jo zanima zadovoljstvo strank, vlaganje v razvoj zaposlenih za doseganje odličnosti na svojem področju dela, večja učinkovitost dela, usklajenost investiranja v izobraževanje zaposlenih s potrebami organizacije. Če na ta vprašanja odgovorite pritrdilno, je VVL vsekakor primeren benchmark za vas!

V KOPA Golnik smo se s praksami najuspešnejših podjetij tako pomerili v začetku avgusta 2005. Ocenjevalec iz Velike Britanije je na osnovi strukturiranega vzorca intervjujal 50 zaposlenih. Uspešno smo prestali presojo po vseh 12 indikatorjih standarda in tako vstopili med Vlagatelje v ljudi.

Področje	Opis	Indikatorji
Odločenost zaveza za razvoj	VVL je trdno odločen, da bo cilje organizacije dosegal z razvijanjem zaposlenih.	1. Organizacija je odločena, da bo podpirala razvoj zaposlenih.
		2. Organizacija zaposlene spodbuja, da izboljšujejo svojo učinkovitost in učinkovitost sodelavcev.
		3. Zaposleni vedo, da je njihov prispevek v organizaciji prepoznan in cenjen.
		4. Organizacija zagotavlja enake možnosti za razvoj zaposlenih.

9. jesensko srečanje članov Društva ekonomistov v zdravstvu

3. Načrtovanje	VVL ima jasne cilje in se zaveda, kaj zaposleni potrebujejo, da bi te cilje dosegli.	5. Organizacija ima načrt z jasnimi cilji, ki ga vsi zaposleni razumejo.
		6. Razvoj ljudi je skladen s cilji organizacije.
		7. Zaposleni razumejo kako in na kakše način pripomorejo k uresničevanju ciljev organizacije.
Dejavnost	VVL zaposlenim omogoča učinkovit in smotern razvoj v smeri, da bodo dejavno prispevali k uresničevanju ciljev.	8. Vodje so pri podpori razvoja zaposlenih učinkoviti.
		9. Zaposleni se razvijajo, usposablajo in učijo učinkovito.
Evalvacija ocena	VVL razume vpliv vlaganja v zaposlene na učinkovitost organizacije.	10. Razvoj zaposlenih izboljšuje učinkovitost organizacije, timov in posameznikov.
		11. Zaposleni razumejo vpliv razvijanja zaposlenih na učinkovitost organizacije, timov in posameznikov.
		12. Organizacija izboljšuje razvijanje zaposlenih.

Dejstvo, da so zaposleni rezultat primerjave sprejeli z določeno mero skepticizma, smo sprejeli kot pozitivno, saj je nenehno prevpraševanje lastne pozicije in preverjanje ustreznosti primerjav potrebno. Kakorkoli, odločili smo se, da se bomo namesto prijetnega dremeža na lovorikah spopadli s področji, kjer imamo še možnosti izboljšav. Prav identifikacijo slednjih vidimo poleg priznanja, da smo na dobri poti, kot najpomembnejši rezultat presoje po standardu VVL. Izkoristili smo priložnost in primerjali lastne trenutne prakse s priznanim benchmarkom in na strukturiran način izboljšali učinkovitost izobraževanj in drugih razvojnih aktivnosti.

Predvsem dejstva, da načela standarda pripomorejo k večji produktivnosti, boljši učinkovitosti in višji kakovosti dela, večjemu zadovoljstvu zaposlenih in strank, bi morala dati težo pri odločitvi, ali bo tudi naša vlada – tako, kot je to storila npr. britanska – podprla uvajanje standarda tudi v našem prostoru: tako v gospodarstvu kot javnih institucijah!

Prihajajoče spremembe na področju zdravstva nas bodo prisilile k večanju učinkovitosti dela in zagotavljanju enotnih standardov kakovosti dela na vseh področjih, kar bo nedvomno vodilo v korenite spremembe v zdravstvu. Le usposobljeni in motivirani, zavzeti (ne le zadovoljni!) zaposleni bodo sposobni te spremembe uvesti v svoje delo in ohraniti visoko raven kakovosti storitev ob minimalnem stresu.

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

Trendi v moderni organizacijski kulturi

Niko Mejaš

O.K. Consulting d.o.o.

V devetdesetih letih 20. stoletja so se v svetovni strokovni literaturi pojavile trditve, da se pričinja velika transformacija v strukturi in načinu dela organizacij. Organizacije 21. stoletja so se že pričele oblikovati in bile so radikalno drugačne od do zdaj znane oblike organizacij.

Nove organizacije so se pokazale kot orientirane na stranke, temeljijo na timskem delu, povezane v mreže z dobavitelji, strankami in celo konkurenco, sploščene, fleksibilne in inovativne, pokrivajo več vej svoje panoge in so globalne. Managerji se obnašajo kot trenerji, ne kot šefi, ideje zaposlenih se v procesu iskanja rešitev išče in upošteva. Razvijati se je pričela tako imenovana »učeca se organizacija«, ki stremi po stalnem napredku in inovacijah.

V samem začetku 21. stoletja, ko se je vznemirjenje zaradi osvoboditve iz starega načina dela v organizacijah poleglo, so se šele odprli prvi uvidi, do kako velikih sprememb je v organizacijah v resnici prišlo.

Ne samo, da je težko uvesti in utrditi spremembe, da bi zamenjali star način dela organizacije z novim načinom dela, ampak je tudi delo v »novih« organizacijah lahko problem in izziv sam po sebi.

Delati in voditi zaposlene v »stari« organizaciji je sicer lahko dolgočasno, omejujoče in frustrirajoče počasno. Vendar delati in voditi mrežno zasnovano, timsko orientirano, sploščeno, fleksibilno, raznoliko in globalno organizacijo večkrat zahteva dolge ure in visoko stopnjo negotovosti, hitro menjavanje zaposlenih, ki predstavlja oviro za izgradnjo mreže zaposlenih, ki zagotavljajo uspešno funkcioniranje organizacije kot celote.

Pri tem stres in izgorelost pri delu zahtevata svojo ceno in veliko zaposlenih zapusti svoja delovna mesta z željo, da najdejo manj stresno zaposlitev.

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

1. Dimenzije moderne organizacije

Tabela 1. Primerjava med tradicionalno in moderno organizacijo.

TRADICIONALNA ORGANIZACIJA	MODERNA ORGANIZACIJA
Osnovna enota dela je individualno delo	Tim kot osnovna enota
Povezovanje z okoljem poteka preko posrednikov	Neposredna povezanost z okoljem
Vertikalen pretok informacij	Horizontalen in vertikalni pretok informacij
Odločitve se sprejemajo od vrha navzdol, informacije prihajajo od spodaj navzgor	Odločitve se sprejemajo tam, od koder prihajajo informacije
Hierarhična (veliko plasti managementa)	Sploščena (malo plasti managementa)
Poudarek na strukturi	Poudarek na procesu
Poudarek na pravilih in ustaljenih postopkih	Poudarek na rezultatih in izidih
Določen delovni čas	Prilagodljiv delovni čas
Linearne in natančno določene karijerne poti (karijera posameznika se vzpenja po hierarhični lestvici)	Fleksibilne in raznolike karijerne poti

Standardiziran sistem nagrajevanja in ocenjevanja in Prilagojen sistem ocenjevanja in nagrajevanja

Izrazita kultura, skupne vrednote ter pričakovanja in s tem homogeno vedenje ter Raznolikost vedenj, mnenj in pogledov

Etnocentrična

Internacionalna, globalna

Managerji za mednarodno sodelovanje

Celotno podjetje sodeluje s tujino

Lokalna veriga podjetja

Veriga podjetja v različnih državah

Okolje podjetja na državnem oziroma lokalnem nivoju ter Globalno okolje

2. Katere so torej dimenzije, v katerih se moderna organizacija najbolj razlikuje od tradicionalne?

Moderno organizacijo bi lahko z nekaj besedami označili kot *mrežno povezano, sploščeno, fleksibilno, raznoliko in globalno*. Taka organizacija je zaznana kot bolj učinkovita in uspešna tako na političnem, ekonomskem in socialnem področju. Tradicionalne organizacije pa so danes zaznane kot rigidne, staromodne in neprivlačne za zaposlene in stranke. Prav tako velja splošno prepričanje, da je delo v timu bolj učinkovito kot individualno delo, da je sploščenost

boljša od hierarhičnosti, raznolikost boljša kot homogenost, fleksibilnost pa boljša kot predvidljivost.

3. Individualno delo - timsko delo

V tradicionalni organizaciji delo poteka bolj individualno, medtem ko v moderni bolj timsko. S tem so povezani tudi odnosi. V tradicionalni organizaciji prevladujejo konfliktni in tekmovalni odnosi, v moderni pa sodelovalni.

V tradicionalni organizaciji so jasno določena delovna mesta, pozicije posameznikov v podjetju in naloge, ki jih mora nekdo na nekem delovnem mestu opravljati. Prav tako so podane zahteve, odgovornosti in kvalifikacije, ki jim mora posameznik na nekem delovnem mestu ustrezati.

V moderni organizaciji pa vlada večja medsebojna odvisnost posameznikov in delovnih skupin. Meje v moderni organizaciji so tako veliko bolj prepustne, kar omogoča večjo gibljivost zaposlenih in s tem boljši pretok informacij.

Timi in delovne skupine so v taki organizaciji osnovne enote delovnih postopkov in procesov, torej niso več posamezniki nosilci nekih delovnih nalog. Pri delovnih aktivnostih se povezujejo posamezniki različnih oddelkov in je posledično omogočen pretok informacij tako vertikalno kot horizontalno.

Dejstvo, da sinergično delovanje posameznikov v timu doprinaša dodano vrednost za podjetje in s tem lahko vpliva na povečanje uspešnosti podjetja, je botrovalo odločitvi o razvoju, podpiranju in negovanju timskega dela.

Takšen pristop pomeni ogromno spremembo. Sinergičnega delovanja namreč ni mogoče enostavno odrediti in zaukazati. Ustvariti je potrebno pogoje za takšno delovanje. To pomeni kreiranje ustrezne komunikacijske klime, ki omogoča sinergično delovanje, ustvarjanje drugačnih komunikacijskih vzorcev in pogosto tudi načinov odločanja. Tudi vse organizacijske oblike ne podpirajo timskega dela. Zelo velika sprememba je prehod od medsebojne tekmovalnosti h kooperativnosti.

4. Usmerjenost iz procesa in podatkov na ljudi

Tradicionalna organizacija se usmerja predvsem na profit, moderna pa na stranke ter zaposlene.

Vloga vodenja se v moderni organizaciji precej razlikuje od tradicionalne. Naloga vodje v moderni organizaciji je pomoč ljudem pri soočanju s spremembami ter utrjevanje verovanja ljudi v njihovo uspešnost. Vodje modernih organizacij bi naj ustvarili skupno vizijo (vizija predstavlja želeno dolgoročno sliko organizacije, ki jo zaposleni poznajo in razumejo ter jo podpirajo); vodja bi naj oblikoval organizacijsko strukturo (vodja postavlja na mesto organizacijsko strukturo, vključno s politikami, strategijami in oblikami, ki podpirajo učečo se organizacijo); vodja bi se naj vedel uslužno (vodje se posvečajo služenju drugih in misiji organizacije).

V moderni organizaciji se postavlja v ospredje pomembnost dobrih odnosov zaposlenih bolj kot pa proučevanje njihovega vedenja in nadzorovanje le-teh. Zaposleni so bolj integrirani v proces dela (v proizvodnjo) in s tem so tudi bolj integrirani v sami organizaciji. Moderna organizacija se tudi direktno usmerja na ljudi oziroma stranke in za razliko od tradicionalne ne vsebuje nekih posrednikov med organizacijo in zunanjim okoljem. Moderna organizacija se povezuje z ostalimi podjetji in širi mrežo odnosov. Tako je lahko neko drugo podjetje zanjo tekmovalno, stranka ali partner.

V tradicionalni organizacijski kulturi je močna usmerjenost na procese in podatke. Procesi in podatki so glavna tema planov, osnovne sestavine poslovnih sestankov in tudi merjenja uspešnosti organizacije. V moderni organizacijski kulturi pa postajajo ljudje vse bolj pomembni, tako, da se jih ne obravnava samo kot energetske vir, kjer je različnost moteča, ampak se ceni in podpira različnost, saj ravno različnost doprinaša k sinergijam. Ljudje niso več samo številke, ampak so individuumi, ki so pomembni kot osebe. Ker za sinergično delovanje potrebujemo ustrezno, prijetno delovno komunikacijsko klimo, postaja vse bolj pomembno zadovoljstvo posameznikov. To čedalje pogosteje postaja predmet pogovorov na delovnih sestankih in tudi predmet sistematične obravnave – od merjenja zadovoljstva do sistematičnih ukrepov, ki naj bi povečali zadovoljstvo posameznikov.

5. Reaktivnost – proaktivnost

Vloga vodje v moderni organizaciji je tudi vzpodbujanje ljudi, kar poveča njihovo motivacijo za delo. Posledica je večja produktivnost. Motivacija se nanaša na sile znotraj in zunaj posameznika, ki sprožijo navdušenje za neko početje in pomagajo vztrajati pri tem. Motivacija zaposlenih tako vpliva na produktivnost, zato je del managerjevega dela, da usmeri motivacijo k doseganju ciljev organizacije. Managerji morajo tako razumeti potrebe zaposlenih in jim pomagati pri zadovoljevanju le-teh. Prav tako je njihova naloga spodbujanje zaposlenih, da usmerijo energijo in prioritete k doseganju ciljev organizacije.

Če je bila v tradicionalnih organizacijah sposobnost hitre in ustrezne reakcije na spremembe v okolju cilj, postaja cilj v moderni organizaciji bolj zahteven. Poskuša postati proaktiven in ne samo reaktiven. Hoče se pripraviti in tudi vplivati na spremembe v prihodnosti. Proaktivnost pomeni razmišljanje o prihodnosti in oblikovanje poslovnih procesov, ki bodo uspešni v prihodnosti. To pomeni sprejemanje odločitev z večjo stopnjo tveganja in sprejemanje večje stopnje negotovosti. Hkrati uspešno proaktivno delovanje pomeni tudi veliko konkurenčno prednost. Prehod iz reaktivnega razmišljanja na proaktivno pomeni resen in zahteven miselni preobrat in spremembe mentalne orientacije.

6. Umerjenost na proces – usmerjenost na rezultate

V tradicionalni organizaciji vladajo pravila, ki se jih morajo zaposleni držati. Za vse dejavnosti obstajajo napisani dokumenti, ki usmerjajo proces (veliko je birokracije). Za to je v taki organizaciji v ospredju usmerjenost na pravila in upoštevanje le –teh in posledično večja usmerjenost na sam postopek kot pa na doseganje ciljev.

V tradicionalni organizaciji vlada nek ustaljen sistem treninga zaposlenih in s tem izboljšanja kompetenc, ki omogočajo izpolnjevanje delovnih zahtev. Prav tako so jasno določene karijerne poti, sistem nagrajevanja in potek poklicnega razvoja posameznika znotraj organizacije. Ne smemo pa misliti, da je tradicionalna organizacija zaradi birokratskih postopkov in togosti na določenih področjih slaba. Mnogo je prednosti in dobrih strani tradicionalne organizacije:

- Predvidljivost in zanesljivost: zaradi mnogih pravil, ki jih vsebuje neka organizacija in mnogo birokracije, so izidi nekih dejanja navadno predvidljivi. Zaposleni lahko torej predvidijo, kaj se bo po nekem postopku zgodilo, oziroma kakšni bodo rezultati.
- Nepriustranskost, pravičnost: zaradi natančno določenih pravil v organizaciji ne prihaja do pristranskosti, saj so vsakemu posamezniku jasna pravila, po katerih sistem deluje. V takšni organizaciji bodo zagotovo vladali bolj neosebni odnosi.
- Strokovno znanje: specializacija delovnih mest in pozicij omogoči posameznikom, da se specializirajo na določenem področju in s tem razširijo svoje znanje.
- Jasna avtoriteta: hierarhija delovnih mest omogoča jasno avtoriteto posameznikov in s tem jasno določene naloge, ki jih mora opravljati, odločitve, ki jih mora na tem položaju sprejemati in odgovornost, ki jo posameznik na tem delovnem mestu ima.

7. Statična – dinamična

Tradicionalne organizacije se strogo držijo pravil, rutin in delujejo nekoliko rigidno. Dobra stran tega so seveda večja predvidljivost, kontrola in pravičnost. Tradicionalna organizacija vsebuje specializacijo del in strog kontrolni razpon, s tem pa ne omogoča organizaciji, da bi bila inovativna in fleksibilna. Medtem ko je zanjo značilna neka stabilnost, so za moderno organizacijo značilne mnoge spremembe.

V današnjem, visoko kompleksnem svetu se morajo organizacije neprestano prilagajati novim situacijam v spreminjajočem se okolju v kolikor želijo preživeti. V taki organizaciji prihaja do mnogih inovacij, zato morajo zaposleni težiti k stalni fleksibilnosti (okolje se namreč ves čas spreminja). Tako ločimo dva tipa sprememb, in sicer operativne spremembe (temeljijo na prizadevanjih organizacije za izboljšavo osnovnih del in procesov na različnih področjih poslovanja) ter transformacijske spremembe (zajemajo preoblikovanje in prenovo celotne organizacije).

Zaradi večjih potreb zaposlenih, strank in hitrih sprememb, je nujno, da se zna organizacija hitro prilagajati ne da bi ogrožala pravičnost in poštenost. To pomeni, da se morajo zaposleni oprijeti vsake aktivnosti, ki omogoča večjo pomoč strankam in jih bolj zadovolji. To tudi pomeni, da zaposleni mnogokrat opravljajo naloge, ki sicer niso domena njihovega delovnega mesta.

Moderne organizacije tudi razvijajo sisteme, kako vzpodbuditi in izboljšati inovacije in kreativnost v podjetju. Zaradi nepredvidljivega zunanjega okolja in številnih hitrih sprememb je torej nujno, da se zna organizacija primerno in hitro prilagajati ter da se znotraj svoje delovne strukture čim bolj povezuje (več ljudi več ve in lahko bolje opravi določeno nalogo).

8. Hierarhična – sploščena

Tradicionalna organizacijska kultura je hierarhično formirana, kar pomeni, da se proti vrhu hierarhične strukture zmanjšuje število managerjev. Vrhni managerji so tisti, ki so odgovorni za celotno organizacijo. Ti so odgovorni za postavljanje ciljev, oblikovanje strategij, za izvedbo, spremljanje in analiziranje zunanjega okolja, prepoznavanje sprememb okolja ter za sprejemanje strateških odločitev, ki zadevajo organizacijo kot celoto in imajo dolgoročni značaj.

Za tradicionalno organizacijo je značilno avtorsko vodenje, moderna organizacija pa je bolj demokratična (zaposlenim nudi več moči in zaupanja). V taki organizaciji je tudi manjše število hierarhičnih ravni, medtem ko jih je v tradicionalni organizaciji več (za to strukturo je značilno veliko hierarhičnih ravni v organizacijski piramidi). Za hierarhično urejeno organizacijo je značilno, da deluje po »verigi ukazov«, veliko je zapovedovanja in kontroliranja, posameznikom na višjih položajih v strukturi pripada višja avtoriteta, komuniciranje poteka precej vertikalno, med delavci pa prevladuje mnogo uslužnosti ter tudi nezaupanja. V moderni organizaciji pa poteka razvoj mrežnih struktur in s tem je komunikacija bolj horizontalna. Temeljna procesa sta predvsem osredotočanje na problem in koordinacija. Med delavci vlada večje zaupanje in težijo k večji popolnosti dela.

V tradicionalni hierarhični strukturi ima vodja pravico do ukazovanja podrejenim. Ima pravico odločanja in pričlenjanja samostojnih akcij v okviru organizacijskih politik. Ta odnos je enostaven in direkten in teče od najvišje do najnižje ravni v organizaciji.

Mnogo podjetij se je prestrukturiralo iz strogo hierarhične strukture v bolj sploščeno. To pomeni, da so zmanjšala število delovnih slojev. S tem je bilo omogočeno, da se je v proces odločanja vključilo več zaposlenih in da odločitve niso bile odvisne od ene osebe. Sploščitev

hierarhije je potrebna predvsem zaradi hitrih potreb po odločanju v določenih situacijah, večje fleksibilnosti na spremembe na trgu in v tehnologiji ter zaradi zmanjšanja zaostankov, ki so nastali kot posledica visoke hierarhične ureditve. Stroga hierarhičnost organizacije tudi povzroči, da pridejo povratne informacije z vrha organizacije precej kasneje, zato morda posameznik na nekem delovnem mestu zelo pozno izve, če je naredil kaj narobe. Zmanjšanje števila vodij pa omogoči organizaciji tudi olajšavo plačilnega sistema (lažje je plačati delavce kot pa vodje).

9. Navznoter – navzven

V tradicionalni organizaciji je velik poudarek na posamezniku in razvoju posameznikove kariere (na vertikalni ravni), v moderni organizaciji pa se zaposleni bolj usmerjajo na stranke.

Od usmerjenosti »kaj znamo narediti najboljše« gre za premik k usmerjenosti »kaj potrebujejo naše stranke«, ki psihološko postajajo naši poslovni partnerji. Tako so čedalje pogostejša merjenja zadovoljstva strank, ne samo zadovoljstva s produkti, ampak tudi s storitvami (prodajnimi, poprodajnimi). Zadovoljstvo in potrebe strank so pogosto osnova za uvajanje sprememb, ki bodo omogočale konkurenčno prednost na tem področju.

10. Vodstveni nadzor – delitev moči

Za tradicionalno organizacijo je značilno, da ima vodja nadzor nad delavci in dogajanjem, v moderni organizaciji pa funkcija vodenja postaja širša, in sicer se tako razširi na zagotavljanje participacije nižjih nivojev pri sprejemanju odločitev o načinih za doseganje ciljev.

Kontrola z vrha se čedalje bolj usmerja v delitev moči v time, ki se sami kontrolirajo in ki imajo tudi sami moč odločanja na vedno več področjih. V tradicionalni organizaciji je potrebno za večino ukrepov dobiti odobritev enega ali več nadrejenih, v moderni organizaciji pa se sprejemajo odločitve tam, kjer so podatki in tam, kjer tečejo procesi, ne pa na hierarhično višjih nivojih. Tam se sprejemajo vizije in strategije.

11. Skrivanje znanja - učeča se organizacija

Tradicionalna vertikalna organizacija vsebuje malo skupin, nalog, delovne sile ali projektnih managerjev; prevladuje vertikalna komunikacija in sistem poročanja v organizaciji; zanjo je značilna centralizacija strateškega odločanja; delovne naloge so specializirane ter organizacijska kultura je dokaj rigidna.

Učeče organizacije so tiste, kjer ljudje neprestano izboljšujejo sposobnosti za doseganje rezultatov, ki si jih resnično želijo, kjer gojijo nove in raztegljive načine vzorce mišljenja, kjer so skupne aspiracije svobodne in kjer se ljudje neprestano učijo, kako se učiti skupaj. Učeča se organizacija se je sposobna neprestano učiti, je odprta za okolje in ima željo po povečanju sposobnosti učenja. Najpomembnejša funkcija vodje v učeči se organizaciji je naučiti organizacijo oblikovati skupno vizijo. Vizija vključuje podobo organizacije v prihodnosti ter rezultate in vrednote, ki vizijo podpirajo.

V učeči se organizaciji tradicionalna, hierarhična struktura, ki razdvaja delavce in zaposlene ne velja več, temveč temelji na samousmerjajočih se timih. Zaposleni so deležni večjih pooblastil, imajo večjo moč, svobodo, znanje in spretnosti za sprejemanje odločitev (to imenujemo opolnomočenje zaposlenih).

Učeča organizacija je sposobna izkoristiti najboljše izkušnje in znanje, v njej se zaposleni uče drug od drugega in od članov v drugih organizacijah. Neprestano učenje zagotovimo s pomočjo systemskega mišljenja, osebnega mojstrstva, mentalnih modelov, skupne vizije ter timskega učenja. Glavna ideja je razreševanje problemov, v nasprotju s tradicionalno organizacijo, ki je usmerjena k učinkovitosti.

Za učečo se organizacijo so značilno horizontalni timi, delovne sile in projektni managerji; komunikacija je horizontalna, kar pomeni, da imajo delavci med samo osebni stik, pretok informacij pa je neposreden; prevladuje decentralizacija procesa odločanja; zaposleni si delijo odgovornost za delo ter organizacijska kultura je zelo močna in prilagodljiva.

Učeče se podjetje lahko ponazorimo v enačbi: timi + kreativnost + spremembe in je nasprotje tradicionalni in nadzorovani organizaciji. Temeljna razlika med obema je predvsem v miselnosti, duhu, v kulturi obeh: medtem ko klasično podjetje v središče postavi organizacijo

in dobiček, ljudje pa ji predstavljajo predvsem strošek, razume učeče se podjetje kot temelj svojega delovanja aktivnega, ustvarjalnega človeka, vključenega v sociokulturni sistem, kot lastnika in uporabnika svojih možganov, znanj in sposobnosti (kompetenc). Temeljni procesi so procesi učenja. Temeljni produkti so produkti znanja. Glavni cilj je večanje intelektualnega kapitala.

Vloga znanja se v slovenskih gospodarstvu povečuje in pogloblja: čedalje več podjetij se zaveda pomena novega znanja s sposobnostjo čim hitrejših aplikacij in to v širino - torej znanja za razvoj celovitih sistemov (ne le npr. tehničnih) - in v globino, to je v dejansko obvladovanje eksplicitnega (znanega) znanja pa tudi tihega (skritega) znanja. V tem pomenu je čedalje večja pozornost namenjena kompetencam ljudi pa tudi orodjem, ki jih pomagajo uresničevati (treninzi, timsko delo ipd.). Izobraževanje ljudi se tako razumeva kot ekonomska kategorija (investicija za določeno ceno). Znanje je potrebno znati vrednotiti, nosilce znanja pa kot "tržno gibljive investicije" primerno zavarovati, torej jih motivirati.

Glavna značilnost tradicionalne organizacije je, da je znanje v posesti posameznika in mu omogoča prednost v tekmovalnih odnosih in s tem napredovanje po hierarhični lestvici. Za takšen pristop je logično skrivanje znanja pred sodelavci.

12. Izogibanje tveganju – upravljanje s tveganjem

V tradicionalni organizaciji je prisotno nadziranje delavcev in aktivnosti zaposlenih ter stalno preverjanje ali je organizacija na prav poti k svojim ciljem. Moderna organizacija pa daje večjo moč in zaupanje zaposlenim. To pomeni, da se organizacije veliko manj ukvarjajo s kontrolo zaposlenih z vrha navzdol, temveč dajejo večji poudarek izobraževanju in usposabljanju zaposlenih, da lahko kontrolirajo sami sebe in odpravljajo svoje napake.

Ob proaktivni usmerjenosti tveganje ni več nekaj nezaželenega, ampak dejstvo, s katerim upravljamo in se odločamo, kakšno tveganje je smiselno sprejeti v konkretni situaciji odločanja.

13. Zaščita delovnega mesta – partnerski odnosi

V tradicionalni organizaciji so določene stroge meje med oddelki in njenimi enotami in tudi jasne meje med samo organizacijo in njenim okoljem. To pomeni, da so tudi odnosi znotraj organizacije jasno ločeni od odnosov zunaj nje. V takšni organizaciji delujejo »posredniki« med samo organizacijo in zunanjim svetom, oziroma okoljem. Ti varujejo organizacijo pred zunanjimi motnjami in hkrati ustvarjajo partnerske odnose z drugimi podjetji.

14. Enosmerna komunikacija – mrežna komunikacija

Komunikacija je proces izmenjave informacij in razumevanje le-teh s strani dveh ali več oseb, ponavadi z namenom motivirati ali vplivati na obnašanje.

Za moderno organizacijo je značilna odprta komunikacija, kar pomeni, da se informacije razširjajo po celotnem podjetju, po vseh funkcijah in hierarhičnih ravneh. Tovrstna komunikacija spodbuja timsko produktivnost ter odraža prenos moči na zaposlene.

15. Kratkoročna - dolgoročna

Gre za preusmeritev iz doseganja kratkoročnih ciljev na bolj dolgoročne. Pogosto so kratkoročni cilji v nasprotju z dolgoročnimi. Trenutni profit pogosto pomeni oteževalno okoliščino za dolgoročno uspešnost.

Gre za miselni preskok od »pomembno je to kar je danes, o prihodnosti bomo razmišljali, ko pride« k razmišljanju »pomembno je to, kar je danes in tudi to, kar bo jutri«.

16. Raznolikost

Tradicionalno organizacijo bi lahko ponazorili s »človekom organizacije«. V petdestih letih prejšnjega stoletja so bili v organizacijah zaposleni pretežno moški, ki so izvrševali določene funkcije in bili popolnoma predani organizaciji. Zavzemali so se za interese organizacije, v

zameno pa so dobili varnost, predvidljivost in dolgoročno kariero ter s tem socialno identiteto. Moderna organizacija pa je bolj raznolika. To pomeni, da obstaja več različnih kariernih poti, delovni čas ni več natančno določen, mnogo dela lahko posameznik opravi tudi doma (to omogočajo sodobna komunikacijska sredstva). Moderna organizacija ponuja posameznikom več možnosti za njihov razvoj in izbiro dela. Prav tako sodeluje s posamezniki, ki niso polno zaposleni v njej, temveč delajo le občasno. Raznolikost v organizaciji je torej nujno potrebna zaradi povečevanja raznolikosti delovne sile (več je žensk, različna etnična struktura, hitrejše menjanje delovnih mest in podjetij, različne zahteve nekega življenjskega obdobja posameznika), zaradi večjih potreb po inovacijah in kreativnosti, manjše predvidljivosti (mnogo je nepredvidljivih sprememb) in zahtev po spremembah, ki so posledica zahtev okolja. Ob tej raznolikosti seveda ne smemo pozabiti na sposobnost prepoznavanja le-te in toleriranja.

17. Globalnost

Mnogo tradicionalnih organizacij je internacionalnih, vendar ne globalnih. To pomeni, da delujejo v več državah, vendar na individualni ravni (zelo malo se neka organizacija povezujejo z enako organizacijo v drugi državi). Globalno povezovanje pa pomeni povezovanje na meddržavnem nivoju. To pomeni, da je neka organizacija vpletena v svojo sestrsko organizacijo, ki je v drugi državi. Mnogo organizacij se zato povezuje s podjetji zunaj meja. Te organizacije tako ustanovijo manjše oddelke v tujini, ki omogočajo lažje poslovanje s partnerji.

Globalnost organizacije omogoča, da se lahko izdelki, ki jih naredi neko podjetje brez problema prodajajo kjerkoli po svetu. Podjetje, ki deluje v več državah, je tudi bolj konkurenčno in se hitreje razvija, saj je bolj seznanjeno s potrebami potrošnikov. Povezanost podjetij v različnih državah omogoča tudi večjo izobraženost zaposlenih in s tem izboljšanje njihovih storitev. Posamezniki se učijo novih postopkov, delo z novimi telekomunikacijskimi sredstvi, ki pripomorejo k izboljšanju in povečanju hitrosti dela.

18. Spremembe delovanja managerjev v moderni organizaciji

Sploščenost organizacije zahteva tudi mnoge spremembe v odnosih med posamezniki in organizacijo. Managerji se v moderni organizaciji ne morejo več zanašati le na lastno formalno avtoriteto, če želijo osvojiti nek cilj, temveč morajo vzpostaviti dobre odnose in zaupanje z ljudmi znotraj in tudi zunaj organizacije. Managerji morajo tako razviti sposobnost timskega dela (bolj pomembne od vodstvenih sposobnosti so sposobnosti dela v timu); manager se mora naučiti prepoznavati dinamiko in razvoj tima, naučiti se mora, kako se spoprijeti s problemi, ki prevladujejo v timu in kako jih reševati. Dober manager torej dela z ljudmi in spremlja njihove naloge.

Manager v moderni organizaciji mora tudi razviti sposobnosti pogajanja, ki mu omogočijo, da ugotovi interese in želje ljudi, s katerimi dela, in da skupaj z njimi lahko doseže zastavljen cilj.

Razvoj managerjeve kariere v moderni organizaciji poteka bolj horizontalno kot pa vertikalno. Prav tako je za managerje moderne organizacije značilno neposredno sodelovanje s tujino.

Fleksibilnost moderne organizacije povzroča, da managerji delajo na več projektih hkrati. Manager mora torej razviti sposobnosti opravljanja več nalog. Zaradi vse večjih sprememb in povezovanja z zunanjim trgom se mora manager naučiti mnogo novega.

Raznolikost organizacije (veliko različnih delovnih skupin, navad, aktivnosti) povzroča, da mora manager razviti sposobnosti poslušanja ter empatije, da razume, kaj drugi mislijo in kako čutijo.

Globalnost organizacije pa povzroči, da se mora manager naučiti medkulturnega komuniciranja. To zajema tako sposobnosti poslušanja in empatije ter tudi razumevanja specifičnih kontekstov neke organizacije v drugačni kulturi.

Nagrajevanje zaposlenih – uvajanje primerljivih kazalcev za nagrajevanje delovne uspešnosti

mag. Robert Cugelj

Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo

1. Povzetek

Najrazličnejše raziskave mikroorganizacijske klime v organizacijah pokažejo, da se zaposleni kot slabost organizacije izpostavijo nedodelan sistem nagrajevanja in da je nedodelan sistem nagrajevanja eden od vrhov žarišč nezadovoljstva zaposlenih. Ali si zaposleni dejansko želijo dodelanega sistema nagrajevanja in s tem spremembo kulture podjetja, ko pa se vsi zavedamo, da je spreminjanje kulture podjetja ena od najtežjih sprememb znotraj organizacij. Dejstvo pa je, da bodo ravno zadovoljni zaposleni ustvarjali dodano vrednost organizaciji v smislu prepoznavnosti in s tem povečevali njeno konkurenčnost, kvaliteto storitev in zadovoljstvo uporabnikov storitev. Katere sisteme nagrajevanja je smiselno uvesti v javnem sektorju in kako bodo ti vplivali na kvaliteto dela in tudi na finančni rezultat? To je izziv v javnem sektorju, še posebno, če se zavedamo, da smo v javnem sektorju zelo omejeni s klasičnimi denarnimi metodami in pogosto zavezanimi rokami managementa.

2. Uvod

Sistemi nagrajevanja so strateško pomembna in zelo občutljiva tema za vsako organizacijo. Ne glede na to, ali gre za javni ali privatni sektor vedno so v ljudje oz. zaposleni tisti, ki ustvarjajo dodano vrednost in so gonilo razvoja in dobrega delovanja, seveda če so ustrezno motivirani. Kljub temu mnoge organizacije nimajo sistema nagrajevanja ali pa je ta sistem slabo razdelan ali zastarel. Mnogi sistemski načini nagrajevanja zaposlenih namreč izvirajo še iz časov in to velja tudi za slovenski javni sektor, ko veljajo načela vsem enako ali vsaj vsem približno enako »čredni sistem nagrajevanja«. Sistem se zdi na prvi pogled zelo pravičen in predvsem enostaven, vendar na žalost še zdaleč več ne ustreza sedanjim potrebam organizacij, kakor tudi potrebam zaposlenih.

Globalizacija, vse večji pritiski po zniževanju stroškov in vse večji kakovosti izdelkov in storitev, so pripeljali v organizacijah do zavedanja, da ustrezen sistem nagrajevanja vodi k dobrim poslovnim rezultatom, višji produktivnosti, zadovoljstvu zaposlenih in da je le tako podjetje sposobno zadržati ključne kadre, ki k organizacijskemu razvoju in uspešnosti največ prispevajo. Preživetje organizacij in njihova uspešnost sta odvisna od menedžmenta in njegove sposobnosti zagotoviti okolje, vzdušje in klimo, v katerih bo aktiviran ves intelektualni kapital organizacije.

Na področju zdravstva znanj iz managerstva sigurno primanjkuje, to je tudi realno pričakovati, saj je bilo do sedaj le malo simpozijev, seminarjev na to temo podiplomskega študija s to smerjo pa tako in tako ni, zato so zdravstveni managerji prepuščeni svoji lastni volji in angažiranosti.

3. Zakonske osnove za nagrajevanje v javnem sektorju

Zakonskih osnov, uredb in pravilnikov, ki tako ali drugače opredeljujejo nagrajevanje v javnem sektorju je kar nekaj med drugim je potrebno izpostaviti predvsem naslednja dva krovna zakona:

a. Zakon o javnih uslužbencih (Ur.l. RS, št. 32/06)

Zakon v svojih členih od 7 – 15 zelo natančno določa vrednote javnih uslužbencev, kar je eden od bistvenih točk za kreiranje sistema nagrajevanja. Zakon kar v nekaj členih izpostavi zelo pomembne nadenarne oblike nagrajevanja npr. izobraževanje od 101 – 105. člena. V svojem 111. členu pa se zakon o javnih uslužbencih naveže na zakon o sistemu plač v javnem sektorju.

b. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (Ur.l. RS, št. 56/02, 72/03, 126/03, 70/04, 53/05, 14/06, 27/06, 32/06)

Zakon izpostavlja delovno uspešnost oz. nagrajevanje v 4., 5., 21. in 22. členu. Iz zakona izhajajo naslednje uredbe:

- Uredba o dodatni delovni uspešnosti v javnem sektorju (Ur.l. RS, št. 14/06),

Uredba določa prihodke, ki se štejejo kot sredstva, pridobljena na trgu in prihranke iz programa racionalizacije, ter merila za delitev sredstev za plačilo dodatne delovne uspešnosti v skladu s tretjim in četrtem odstavkom 21. člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju. Uredba zelo natančno v svojem 7. členu opredeljuje, kaj so prihodki pridobljeni s prodajo blaga in storitev na trgu in v svojem 11. členu opisuje, kaj se smatra za program racionalizacije.

Na žalost pa uredba kaj hitro popači celoten smisel pridobivanja prihodkov na trgu, saj v svojem 2. členu opredeljuje, da se lahko le 30 % presežka prihodkov nad odhodki od prodaje blaga in storitev na trgu oz. 30 % privarčevanih sredstev iz programa racionalizacije uporabi

za izplačilo delovne uspešnosti. Pripravljalec uredbe je pri določitvi odstotkov izplačila za delovno uspešnost zajel zelo ozek vidik predvsem v smeri, pridobitve čim več sredstev za organizacijo. Pri tem pa ni upošteval, da prihodke na trgu lahko ustvarijo samo zaposleni s svojim dodatnim delom in da pojavljanje na trgu (predvsem tukaj mislim tuj trg, saj je na slovenskem trgu le redko kdo, ki je za kakšno storitev npr. v zdravstvu pripravljen doplačati) zahteva poleg kvalitete storitev, ki je osnova za pojavljanje na trgu tudi ugodne finančne pogoje. Torej je razlika med prihodki in odhodki sorazmerno majhna predvsem toliko časa, dokler si organizacija ne pridobi imena in ugleda. Vsekakor bi moral pripravljalec razmišljati o dvigu odstotka presežka prihodkov od prodaje blaga in storitev na trgu vsaj na 50 %.

- Uredba o pogojih in višini dodatka za plačilo povečanega obsega dela (Ur.l. RS, št. 48/06)

Uredba določa pogoje in primere, pri katerih je mogoče javnim uslužbencem izplačati dodatek za povečan obseg dela oziroma nadpovprečno obremenjenost. Uredba je vsekakor pozitiven prispevek k dodatnemu nagrajevanju zaposlenih

- Pravilnik o merilih za ugotavljanje delovne uspešnosti direktorjev s področja zdravstva (Ur.l. RS, št. 28/06),

Pravilnik določa merila za določitev vipine dela plače za delovno uspešnost direktorjev in oseb javnega prava s področja zdravstva. Pravilnik je vsekakor pozitivna pridobitev za vodilne delavce zavodov, saj je bil star pravilnik o merilih za ugotavljanje delovne uspešnosti (Ur.l.RS, št. 61/02 in 18/03) nesmiselen in neživljenski.

- Splošni dogovor 2006 (14.člen) – Dodatek za delovno uspešnost znaša 2 % in se spreminja v skladu z višino, ki jo določi Vlada Republike Slovenije.

- Kako povečati človekovo zavzetost pri delu?
- Kako z delom in pri delu zadovoljiti človekove pravice?
- Kako napraviti delo humanejše?
- Kako doseči, da bo zadovoljstvo ob delu prikrilo psihološke posledice odtujevanja delu?

Motivacija je eden od ključnih faktorjev za delo, saj pomaga, da se uresniči svoje cilje in cilje organizacije v kateri je zaposlen. Torej je ali je manager tisti, ki krmili človekovo aktivnost v pravo smer? Odgovor je da in ne. Vsak posameznik se mora veliki meri sam odločiti, kaj ga zanima, kaj bi želel delati in kaj ga veseli delati. Če nima te vizije mu tudi manager ne mora pomagati. V kolikor ima človek vizijo in pokaže zadovoljstvo pri opravljanju določenih nalog lahko manager s pravilno ocenitvijo človeka in usmeritvijo na pravo smer zelo pomaga pri večji učinkovitosti in produktivnosti na delu.

Stimulacija

Stimulacija je ena od pomembnejših oblik nagrajevanja uspešnih (3). Kot je znano so v javnem sektorju plače striktno definirane s količniki pomembnosti delovnega mesta kakor tudi napredovanje in s tem skok na plačilni lestvici, zato lahko trdimo, da je stimulacija trenutno edino sredstvo za plačilno nagrajevanje zaposlenih v zdravstvenih zavodih in s tem povečevanje osebnega dohodka.

Vlada v predlogu novega zakona o razmerjih plač v javnih zavodih poizkuša ravno na področju stimulacije narediti velik korak in sicer z velikokrat izrečenim stavkom "Stimulacija se sme izplačevati samo enkrat v letu".

Seveda se je v veliki meri potrebno strinjati z vlado, da stimulacija ne bi smela biti sredstvo za povečevanje osebnega dohodka, je pa tudi res, da so nekatera delovna mesta v zdravstvu premalo cenjena in premalo ovrednotena. To so predvsem delovna mesta (služba za ekonomske in finančne zadeve, služba za investicije, kadrovska služba, služba za vzdrževanje itd), ki so splošno v zdravstvu poimenovana kot nujno zlo in so tretirana kot postranske

dejavnosti zdravstvenega zavoda in pomenijo za zdravstveni zavod samo strošek in je zato potrebno zaposlenim v takšnih službah pripisati najnižji možni količnik.

Ravno zaradi zgoraj opisanega problema vlada mesečne stimulacije ne bi smela črtati iz pravilnika, vendar bi morala definirati jasna merila, kdaj se stimulacija lahko uporabi in kolikšen je % stimulacije glede na plačo.

Ugotovitve raziskave slovenskega zdravstvenega managementa (4): “V Sloveniji nimamo zdravstvenih managerjev, ampak imamo zdravnike specialiste, ki opravljajo funkcijo vodenja zdravstvenih ustanov. Imajo visoko izobrazbo medicinske smeri in opravljene specializacije, magisterije in doktorate iz zdravstvene stroke. Formalne izobrazbe iz managementa in vodenja zdravstvenega zavoda nimajo”.

Ravno zgoraj citiran odstavek je dober pokazatelj, zakaj so zgoraj opisane službe tretirane kot nujno zlo. Vodstveni kader v zdravstvenih zavodih in ministrstvo za zdravje se bo moralo zavedati, da so ravno finančno-ekonomska služba, služba za investicije in kadrovanje bistvene za racionalno in gospodarno vodenje zavodov in porabo javnih sredstev, kar mora biti tudi strategija vsakega managerja.

Nakup opreme

Zdravstvo je panoga, pri kateri je nujna uporaba drage medicinske opreme, potrebno je sledenje razvoju in tehnologiji, za kar pa so potrebna izdatna denarna sredstva, ki pa jih je iz leta v leto manj. Še posebno je problematično pridobivanje sredstev za investicije v drago medicinsko opremo iz proračuna, saj je sredstev vsako leto manj zahtev po investicijah pa je čedalje več. Problem zdravstvenih zavodih je, da se dolga leta niso izvajale večje investicije, oprema in infrastruktura ne sledita več evropskim in svetovnim standardom, storitve so zaradi tega manj kvalitetne.

Seveda je ob vseh teh dejstvih potrebno razumeti vlado, da so sredstva omejena in da se problemi ne morejo rešiti čez noč. Ravno s tem namenom se bo vlada morala zavedati, da bo primorana z nekaterimi uredbami in zakoni omogočiti drugačne oblike financiranja, ki bodo bazirala na pridobivanju sredstev iz privatnega kapitala.

Verjetno je ravno zaradi zgoraj omenjenih dejstev prišlo do situacije, ko je tudi nakup opreme postal neke vrste motivacija, saj z nabavo nove opreme, za katero se morajo zdravstveni delavci pregovarjati tudi več let) dobi osebje nov elan, boljše pogoje dela in večjo učinkovitost pri delu s pacienti, s tem pa dejansko uresničijo svoj cilj.

5. Nagrajevanje vodilnih delavcev v inštitutu

Vprašanje, kako nagraditi uspešne in s tem vplivati na uspešno poslovanje organizacij je za vsakega managerja zelo velik izziv. Odgovor, da je z vrhunskim materialnim stimuliranjem in nagrajevanjem mogoče doseči prav vse, je, sodeč po večini opravljenih raziskav, naivno poenostavljanje (5). Uspeh in zadovoljstvo zaposlenih sta danes namreč vse bolj individualni kategoriji in mnogi zaposleni si ju predstavljajo na različne načine: nekateri iščejo boljše ravnovesje z zasebnim življenjem in več prostega časa, drugi si želijo upoštevanja in uresničenja njihovih idej, tretji zasledujejo strokovni razvoj. Popolnoma enako pa velja za vodilne delavce oz. vrhnji management.

Vsi vodilni v inštitutu pa smo si edini, da so kriteriji za nagrajevanje vodilnih delavcev preveč ohlapni in nedodelani, zato smo se odločili, da pripravimo podrobnejše kriterije za nagrajevanje vseh zaposlenih. Ker pa morajo biti vodilni delavci zgled vsem zaposlenim smo pripravili kriterije za nagrajevanje za vodilne delavce.

Da smo se lahko lotili sorazmerno zahtevne naloge je bilo potrebnih kar nekaj predpriprav in sicer:

- v letu 2005 napisali vizijo in strateške usmeritve inštituta za rehabilitacijo, ki je osnova za pripravo letnih planov,
- določili smo kompetence vodilnih delavcev,
- analizirali oz. diagnosticirali smo obstoječe načine stimulacije in nagrajevanja vodstvenih delavcev,
- pripravili kriterije za stimulacijo in nagrajevanje,
- pojasnitev vseh kriterijev za nagrajevanje in stimulacijo,
- priprava pravilnika za nagrajevanje in stimulacijo.

Kriteriji za stimulacijo

Priprava letnega plana dela za zagotavljanje izpolnjevanja programa in pripravo dela vseh zaposlenih

- načrtuje letni plan in cilje dela
- načrtuje razpoložljivost vseh resursov – kadri, oprema, material, prostor

Sledenje vsem načrtovanim nalogam in aktivnostim za zagotavljanje plana dela zastavljenih ciljev

- Spremljanje rokov in planiranih aktivnosti zastavljenih v letnem planu dela in poročanje o realizaciji plana dela in zastavljenih ciljih

Izvrševanje dogovorjenih rokov za dodeljene naloge

- Izvrši posamezne naloge, ki so določene s strani direktorja inštituta, strokovnega sveta in predstojnika inštituta v dogovorjenih rokih oz. sporoča, odstopanje od dogovorjenega roka itd.

Podaja predloge, pobude in skrbi za razvojno in strokovno naravnost

- podaja predloge za strokovni razvoj,
- izvaja letne razgovore s ključnimi podrejenimi (vodje, ključni nosilci dejavnosti)
- podaja predloge za racionalizacijo postopkov dela,
- podaja predloge za izboljšanje organizacije procesov,
- podaja predloge za izboljševanje kakovosti dela (spremlja kazalnike kakovosti, sodeluje pri pridobivanju certifikatov kakovosti, podaja predloge komisiji in odboru za kakovost glede povečanja zadovoljstva zaposlenih in pacientov)

Osebni strokovni razvoj

- Skrbi za lastni razvoj s tem, da se udeležuje strokovnih konferenc, simpozijev in seminarjev, objavlja članke, vzpostavlja kontakte s strokovnjaki drugih inštitucij itd.

Razvoj zaposlenih

- Zagotavlja prenos pridobljenega znanja za zaposlene in ostale zainteresirane
- Pripravi plan izobraževanj za zaposlene

Terme Olimia, Podčetrtek, 12. in 13. oktober 2006

- Zagotavlja vključenost zaposlenih v organizirane aktivnosti izobraževanja in razvoja
- Spodbuja interna predavanja z notranjimi izobraževalci
- Spremlja izvajanje načrta izobraževanja za posameznega zaposlenega

Informacijska in administrativna učinkovitost

- Sproten pregled pošte in ostale dokumentacije
- Sproten pregled in podpis računov
- Spremlja in sodeluje pri izvajanju javnih naročil in podaja pobude za javna naročila

6. Zaključek

Sistemi plač in nagrajevanje postajajo čedalje bolj raznovrstni, saj jih organizacije skušajo čim bolj uskladiti s svojo poslovno strategijo in tako usmerjajo svoje zaposlene k doseganju zastavljenih ciljev (6). Sistem plač in nagrajevanja je bistveno več kot samo izpolnjevanje pravilnika je orodje v rokah managementa. Na žalost pa je nagrajevanje v javnem sektorju sila omejeno tako na plačah, dodatkih višini stimulacije, zato se zdravstveni managerji lahko upravičeno vprašajo kako nagraditi in stimulirati zaposlene v zdravstvenih inštitucijah. Preprostih rešitev ni nikjer to se moramo zavedati tudi zdravstveni managerji in vodilni delavci, dejstvo pa je, da na koncu vedno pridemo do ljudi in vprašanja kako jih bomo spodbujali k boljšemu delu in večji učinkovitosti. Na srečo pa ima vsaka inštitucija nekaj zanesenjakov, ki so gonilna sila organizacije. In še nasvet, nikar jih ne pozabite nagraditi.

7. Literatura

- (1) prof. dr. Antun Vila, Organizacija in organiziranje, Moderna organizacija, Kranj, 1994
- (2) Pegan - Fabjan Milena, "Zaključna naloga – Management v zdravstvu II. Skupina" Ljubljana, 1995,
- (3) dr. Jože Florjančič, Globalni in kadrovski management, Moderna organizacija, Kranj, 1994,
- (4) Franc Hočevnar, "Management zdravstvenih storitev in obnašanje uporabnikov", Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, Ljubljana, 1996
- (5) Brane Gruban, »Nefinančne oblike spodbujanja in motiviranja zaposlenih«, HRM, letnik 4, št. 11, februar 2006,
- (6) Nada Zupan, »Nagradite uspešne«, GV Založba, 2001

