



— VSEBINA —

GDPR IN ZDRAVSTVO

VOLILNE OBLJUBE ZA ZDRAVSTVO V

PROGRAMIH POLITIČNIH STRANK /

SPECIALIZACIJE - AKTIVNOSTI IZVAJALCEV

IMPRESUM REVIJE

ISSN 1580-491

Izdajatelj: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, direktor Metod Mezek

Uredniški odbor: mag. Robert Cugelj,
prof. dr. Ivan Eržen, doc. dr. Milena
Kramar Zupan, Metod Mezek

Glavna urednica: dr. Saška Terseglav

Odgovorni urednik: Anton Zorko

Oblikovanje: Maja Rebov

Tisk: Matformat

Naklada: 600 izvodov

Letna naročnina z DDV: 80 EUR

Naslov uredništva: Združenje
zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva
ulica 38, 1000 Ljubljana, Slovenija,
T: 0592 27 190, F: 0592 27 199
E: novis@zdrzz.si, S: www.zdrzz.si
Facebook: Združenje zdravstvenih zavodov
Slovenije, Twitter: ZdruzenjeZDRZZ

Revija izhaja desetkrat v letu.

Prispevki niso honorirani. Prispevki so
uredniško pregledani in niso lektorirani.
Razmnoževanje publikacije v celoti ali
deloma ni dovoljeno. Uporaba in objava
podatkov in delov besedila je dovoljena le
z navedbo vira.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
je član Evropskega združenja bolnišnic
in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE)
www.hope.be.

GDPR IN ZDRAVSTVO

Zbiranje in obdelovanje osebnih podatkov je področje, ki ga je potrebno zaradi občutljivosti njegove narave natančno regulirati ter vzpostavljati mehanizme, ki preprečujejo morebitne zlorabe. Z Ustavo RS zagotavljamo nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti in osebnostnih pravic. ZVOP-1 zato določa, da lahko osebne podatke zbiramo v primeru, ko podlago za zbiranje določa zakon, zbiramo pa jih lahko le za namene, ki so določeni z zakonom, in jih ne smemo nadalje obdelovati tako, da bi bila njihova obdelava v neskladju s temi nameni, razen če zakon določa drugače. Poleg tega je možno podatke zbirati še na podlagi osebne privolitve posameznika, ZVOP-1 pa določa tudi možnost, da se osebni podatki lahko nadalje obdelujejo za zgodovinsko, statistično in znanstveno-raziskovalne namene.

V okviru izvajanja zdravstvene dejavnosti imamo opravka s posebej občutljivimi osebnimi podatki, ki jih nujno potrebujemo za opravljanje svojega dela in so urejeni v Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Slovenija je torej država, kjer je področje obdelave in varstva osebnih podatkov sistemsko natančno določeno.

Zaradi sprejetja GDPR v okviru zakonodaje EU je bil v pripravi tudi ZVOP-2, ki bi slovensko zakonodajo prilagodil določbam GDPR, vendar predlog zakona ni »preživel« zakonodajnega postopka v okviru aktualne sestave zakonodajne veje oblasti. Tako so 25. 5. 2018 stopile v veljavo določbe GDPR, ki veljajo neposredno, hkrati pa ostaja v veljavi tudi ZVOP-1. Prav zaradi kakovostne državne ureditve na področju osebnih podatkov, ki jo predstavlja ZVOP-1, sem mnenja, da uvedba GDPR v naš prostor ne bo predstavljala bistvenih težav.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je imenovalo delovno skupino, ki obravnava dileme in vprašanja posameznih zavodov, pripravilo je vzorce nekaterih aktov, ki jih boste potrebovali, ter organiziralo izobraževanja glede sprememb, ki bodo tudi v jesenskem času, ko bo priložnost za prvi pregled dilem, ki jih bo pokazala praksa.

Ne glede na način ureditve obravnave osebnih podatkov pa ostaja osnovno vodilo naslednje: vedno, ko se soočate s situacijo, v kateri želite zbirati podatke o posameznikih, se najprej vprašajte, ali podatke res potrebujete na osebni ravni ali dosežete svoj namen že z zbiranjem anonimiziranih podatkov. Tako boste sledili osnovnemu cilju varovanja posameznikove zasebnosti, ob tem pa bo celoten postopek vašega dela neprimerno olajšan.

MAG. VESNA VIŽINTIN ŠPORN

Nacionalni inštitut za javno zdravstvo,
vodja delovne skupine za uveljavljanje GDPR

M_ JCA ŠUKLJE

Krvodajalci krvne skupine **0** ste mi omogočili,
da moje življenje teče dalje.

Vaše darilo me je rešilo.



DARUJ
ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

daruj-kri.si
f Daruj kri

Pokrovitelji akcije:



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Blood Transfusion Centre of Slovenia

PETROL
Energija za življenje

DARUJ ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

V Zavodu RS za transfuzijsko medicino, v sodelovanju z Rdečim križem Slovenije in družbo Petrol, že osmo leto sodelujemo pri ozaveščanju javnosti o pomembnosti krvodajalstva v okviru akcije »Daruj energijo za življenje«.

V letošnjem letu se ob svetovnem dnevu krvodajalcev (14. junij) pridružujemo odmevni in uspešni mednarodni kampanji »Missing type« (Manjkajoča črka), katere **osrednji namen je ozavestiti javnost o vsakodnevnih potrebi po oskrbi bolnikov**

s krvjo ustrezne krvne skupine ter pomembnosti darovanja krvi. V slovenski različici bodo predstavljeni redni krvodajalci ter hvaležni prejemniki, ki jim je darovana kri omogočila zdravljenje ali celo rešila življenje. V izvorni kampanji »Missing type« so pozvali podjetja, da iz svojih logotipov odvzamejo črke A, O, B in AB, ki predstavljajo krvne skupine. Na ta način so opozorili na pomembnost krvnih skupin in zagotavljanje zadostnih količin krvi. Pri nas pa smo kampanjo nadgradili in jo poosebili z imeni krvodajalcev in prejemnikov.

Vabimo vas, da se na svetovni dan krvodajalstva, ki bo 14. junija, priključite kampanji z umikom črk A, O, B in AB iz naziva ustanove ali vašega imena.

VSEBINA



V JAVNEM SEKTORJU JE
ZAPOSLENIH PREMALO IN NE
PREVEČ LJUDI

20

Pogovor s prof. dr. Jožetom P. Damijanom iz
Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani.



VOLILNE OBLJUBE ZA ZDRAVSTVO
V PROGRAMIH POLITIČNIH
STRANK

6

V prispevku mag. Franc Hočevnar analizira ključne
usmeritve, ki jih vsebujejo dostopni volilni programi
na področju zdravstvenega varstva.

MAJ 2018

KOMENTAR

1 GDPR IN ZDRAVSTVO

NA KRATKO

- 4 STALIŠČA ZDRUŽENJA NA
SESTANKU PARTNERJEV ZA
ANEKS 1 K DOGOVORU 2018
- 4 PRIPOROČILO EKONOMSKE KOMISIJE
5 USPOSABLJANJA ČLANOV KOMISIJ
ZA ODOBRITEV SPECIALIZACIJ
- 5 EVROPSKI PROGRAM IZMENJAVE
ZDRAVSTVENEGA OSEBJA 2018

AKTUALNO

- 6 VOLILNE OBLJUBE ZA ZDRAVSTVO V
PROGRAMIH POLITIČNIH STRANK
- 17 PRIPRAVA PRAVIL S PODROČJA
RAČUNOVODSTVA
- 18 SPECIALIZACIJE - AKTIVNOSTI
IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI V MREŽI JAVNE
ZDRAVSTVENE SLUŽBE

POGOVOR

- 20 V JAVNEM SEKTORJU JE ZAPOSLENIH
PREMALO IN NE PREVEČ LJUDI

NOVOSTI

- 24 31. MAJ, SVETOVNI DAN
BREZ TOBAKA
- 27 #DAJSENASEZNAM

STALIŠČA ZDRUŽENJA NA SESTANKU PARTNERJEV ZA ANEKS 1 K SD 2018

ZDRUŽENJE PROTI ŠIRITVI EDP V LETU 2018

Ministrstvo za zdravje je Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije predlagalo, da glede na oceno o večjih prilivih sredstev v zdravstveno blagajno predlaga predloge za delitev teh sredstev za skrajšanje čakalnih vrst preko EDP oziroma drugih možnosti. Odbor bolnišnične dejavnosti združenja je sprejel sklep, da se EDP v letu 2018 z aneksom ne širi zaradi poznega sprejetja aneksa, izpostavljeno pa je bilo tudi, da je prioriteta dvig cen zdravstvenih storitev zaradi visokih stroškov dela, ki so posledica zakonskih sprememb in kolektivnih pogodb na področju plač (upoštevanje 66. člena ZZVZZ). Združenje je to stališče predstavilo tudi na sestanku partnerjev za Aneks 1 k SD 2018, 25. aprila 2018.

MINISTRSTVO JE PREDLAGALO TUDI ŠIRITVE EDP ZA ZASEBNIKE

Združenje je izpostavilo, da so bolnišnice za program EDP v letu 2018 prijavile skupaj 7.826 storitev/operacij, od tega pa jim je bilo dodeljenih 3.438 storitev/operacij (43,9 %). Za operacijo na ožilju je ministrstvo

predlagalo 288 operacij za izvajalca Avelana, medtem ko je bilo dodeljeno vsem bolnišnicam skupaj samo 162 dodatnih operacij. Za operacijo hrbtenice je ministrstvo predlagalo 66 operacij hrbtenice, medtem ko je bil dodeljen dodaten program za vse bolnišnice skupaj 314 operacij (od kar 861 ponujenega programa s strani bolnišnic). Predlog ministrstva kot ustanovitelja bolnišnic je v neskladju z usmeritvami ministrstva, ki naj bi se v skladu s koalicijsko pogodbo zavzemalo za javno zdravstvo.

ZDRUŽENJE PROTI VEČANJU UTEŽI ZASEBNIKOM

Združenje je na sestanku partnerjev za Aneks 1 k SD 2018 izpostavilo tudi nestrinjanje s predlogom 426 uteži za zasebnika koncesionarja. Združenje več predlaga in opozarja na priznanje višjih uteži predvsem za tri bolnišnice, ki imajo bistveno odstopanje med realizirano in priznano utežjo (SB MS, SB Ptuj in SB NG) in na ustrezno vrednotenje ABO za SB Trbovlje in SB Brežice. Če ministrstvo podpira javno zdravstvo, bi moralo najprej zagotoviti sredstva za naštete bolnišnice. Z ostalimi širitvami se združenje strinja.

PRIPOROČILO EKONOMSKE KOMISIJE ZDRUŽENJA

Ob obravnavi polletnih Poročil o poslovanju JZZ za leto 2017 na Odboru osnovne zdravstvene dejavnosti je bilo izpostavljeno, da so posredovani podatki združenju sicer pravi, vendar pa med seboj niso primerljivi. Ugotovljeno je bilo, da je zajem podatkov v JZZ, predvsem pri upoštevanju prihodkov obravnavanega obdobja, različen in sicer: nekateri zavodi kot realizacijo prihodkov upoštevajo pogodbene zneske, drugi prejete akontacije oziroma celo podatek o fakturirani realizaciji. Podobno se različno knjižijo časovne razmejitev in amortizacija. Z namenom, da bodo polletna poročila primerljiva, je Ekonomska komisija pripravila priporočilo za enoten zajem podatkov pri pripravi polletnih poročil poslovanja, ki ga je združenje posredovalo vsem JZZ.

Priporočilo komisije glede upoštevanja prihodkov s strani ZZS pri oblikovanju medletnih rezultatov poslovanja se glasi: Pri ugotavljanju rezultatov poslovanja za obdobja med poslovnim letom (npr. za prvo polletje tekočega poslovnega leta) se upoštevajo priznani prihodki iz prejetih *obračunov* ZZS in za preostalo obdobje, ko še ni prejetega obračuna ZZS ter prihodki v višini prejetih *akontacij* za to obdobje s strani ZZS. Ostali prihodki se upoštevajo po fakturirani realizaciji oziroma skladno z določili računovodske zakonodaje. Kar zadeva knjiženja pasivnih časovnih razmejitev in amortizacije, so pravila knjiženja določena z računovodsko zakonodajo.

USPOSABLJANJA ČLANOV KOMISIJ ZA ODOBRITEV SPECIALIZACIJ

V Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije smo prejeli obvestilo Zdravniške zbornice Slovenije, da so na spletnem naslovu <https://www.domusmedica.si/dogodki/delavnica-za-strukturiran-intervju/16777--42230> objavljeni termini, program in prijave za usposabljanje članov izbirnih komisij za odobritev specializacije.

ZZS sporoča, da za predstavnike izvajalcev v izbirnih komisijah za odobritev specializacije načrtuje tri delavnice – prvo 20. 6. 2018, naslednji dve pa jeseni. Program in prijave najdete na: <https://www.domusmedica.si/#izobrazevanja-zbornice>.

ZAČEL SE JE EVROPSKI PROGRAM IZMENJAVE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA 2018


Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je v sodelovanju z Evropsko zvezo bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE) ter Univerzitetnim kliničnim centrom Ljubljana 7. maja 2018 pričelo z izvedbo tradicionalnega programa izmenjave zdravstvenega osebja, ki letos poteka pod sloganom *Izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe z uporabo izkušenj in kompetenc pacientov - ali smo pripravljeni?* Namen en mesec trajajočega programa je izmenjava dobrih praks med zdravstvenimi strokovnjaki in ustanovami znotraj EU, Švice in Srbije. Z naše strani so se programa izmenjave v tujini udeležili

trije strokovnjaki iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, istočasno pa pri nas sodelujejo strokovnjakinje iz Velike Britanije, Španije in Latvije.

Za gostje iz tujine smo v Sloveniji pripravili bogat strokovni program, v katerem sodeluje več kot 100 predstavnikov zdravstvenega managementa in medicinske stroke, ki si bodo med seboj izmenjevali izkušnje in primere dobrih praks na temo programa. Udeleženci programa bodo najboljše od dobrih praks predstavili na zaključni konferenci programa izmenjave HOPE Agora, ki bo potekala od 3. do 5. junija 2018 v Stockholmu.



Iz leve proti desni: Simona Virant (UKC LJ), Irene Cubells Asensio (Španija), Sofja Tomase (Latvija), Susan Jensen (Škotska), Maja Zdolšek (ZDRZZ), Metod Mezek (ZDRZZ), mag. Simon Vrhunec (guverner HOPE za Slovenijo)



PRIZNATI JE PAČ TREBA, DA SE JE POD TO VLADO V ZDRAVSTVU ZGODILA VRSTA SPREMEMB, KOT SO URGENTNI CENTRI, E-NAPOTNICA IN E-RECEPT, ZAKON O ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH, O POLURNEM ČAKANJU IN 14-DNEVNIH NAPOTNICAH TER ŠE NEKAJ DRUGIH PRAVILNIKOV ... DOGAJALO SE JE VELIKO, DOGODILO PA SE JE, RAZEN STOPNJEVANEGA NEMIRA, MALO ALI NIČ, KAR BI LAHKO OZNAČILI KOT REFORMO. NASTALO JE MNOGO PRAZNIH PRAVIC, ZGODILA SE JE HIPERREGULACIJA IN ODVZELE SO SE KOMPETENCE TISTIM, KI BI MORALI VSE TO URESNIČEVATI.

VOLILNE OBLJUBE ZA ZDRAVSTVO V PROGRAMIH POLITIČNIH STRANK

MAG. FRANC HOČEVAR

UVOD

Analiza programov strank na področju zdravstvenega varstva, s katerimi vstopajo v volilno kampanjo, je zahtevno delo, vsekakor bolj, kot sem pričakoval. Zbral sem 11 tovrstnih programov parlamentarnih in še nekaterih drugih strank. Najzahtevnejši del te analize je metodološki del, torej tisti, na osnovi katerega bi lahko grupiral vsebine ter izpostavil posebnosti celote in posameznih programov. Celoto je težko predstaviti, kljub temu da se v svojih obljubah programi močno prekrivajo in imajo mnogo skupnih značilnosti. Ta medsebojna podobnost je tudi rezultat nadvse pestre in široke diskusije o problemih zdravstvenega varstva v preteklih letih.

To obdobje je bilo zaznamovano – kar je tudi osnova za oceno, ki se je poslužujejo stranke – predvsem s čakalnimi vrstami, z očitki korupcije, s pomanjkanjem sredstev, s spopadom s koncesionarji, z idejo ločitve javnega in zasebnega zdravstva, z dolgotrajno oskrbo in odpravo dopolnilnega zavarovanja. Še posebej pa moram opozoriti na odmevne škandale, povezane s problematiko otroške srčne kirurgije, in na javno obračunavanje znotraj posameznih zdravstvenih zavodov. Mnogim političnim strankam so vsi ti dogodki in incidenti predstavljali ključno spodbudo za izražanje raznoraznih mnenj o (ne)ustreznosti našega zdravstvenega sistema.

Vsa ta dejstva so pripomogla tudi k temu, da so se stranke nadvse zavzeto in prizadevno lotile priprav svojih programov na področju zdravstvenega varstva. Če strnemo splošno oceno o stanju in razmerah na področju zdravstvenega varstva, pa se ta kaže v naslednjih značilnostih:

- negativna javna podoba zdravstva,
- nezaupanje in nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom,
- nesporazumi in dezinformacije v povezavi s kriznimi dogodki,
- težave v sodelovanju med uporabniki in izvajalci,
- neizpolnjena pričakovanja in splošno pomanjkanje osnovnih kompetenc, sočutja, razumevanja in empatije.

Naj k temu takoj dodamo, da so podobne ocene prisotne tudi v drugih državah v Evropi in drugod po svetu in da so zgornje označbe pravzaprav rezultat raznih strokovnih analiz pa tudi tistih, ki so jih pripravljali v državnih organih.

Dovolite mi, da na kratko opredelim dosedanje postopke uresničevanja koalicijskih zavez na področju zdravstvenega varstva. V prvi vrsti je treba dodati, da ti

postopki niso bili odprti in niso segali do poznavalcev, niti tistih, ki so dolžni izvajati posamezne zaveze in naloge. Verjetno je tudi ta izkušnja botrovala pripravi programov zdravstvenega varstva, ki so trenutno zapisani v volilnih programih posameznih strank.

Tako so znotraj koalicije, še posebej pa v opoziciji, vsi pričakovali, da se bo zgodila neke vrste reforma zdravstvenega varstva. Priznati je pač treba, da se je zgodila vrsta sprememb, kot so urgentni centri, e-napotnica in e-recept, zakon o zdravstveni dejavnosti, zakon o pacientovih pravicah, o polurnem čakanju in 14-dnevnih napotnicah ter še nekaj drugih pravilnikov. Ostalo je še nekaj nedokončanih nalog, kot je npr. zakon o zdravstvenem zavarovanju in dolgotrajni oskrbi. Pri tem velja omeniti še resolucijo 18-22 in nadvse drago analizo, ki je opozorila na tisto, kar že vsi vemo. Skratka, dogajalo se je veliko, dogodilo pa se je, razen stopnjevanega nemira, malo ali nič, kar bi lahko označili kot reformo. Nastalo je mnogo praznih pravic, zgodila se je fantastična hiperregulacija in odvzele so se kompetence tistim, ki bi morali vse to uresničevati. Če na kratko apostrofiramo resolucijo, je ta še posebej opozorila, kako na široko je treba sodelovati, da bomo prišli do pravih odločitev, zgodilo pa se je povsem obratno.

Kako bi morali odločevalci ravnati vsaj približno vemo. Kakšni pa so postopki sprejemanja odločitev o spremembah in novostih v zdravstvenem varstvu, pa je po splošni oceni povsem druga stvar. In pogosto so odločitve take, da izbrane rešitve niso optimalne in včasih tudi ne take, ki bi jih bilo sploh mogoče uresničiti. In kdo so ti, ki sprejemajo te odločitve? To so v prvi vrsti visoki uradniki in politiki. Politiki in uradniki so najmočnejši dejavnik in so, če citiram sociologe, najpomembnejši zdravstveni delavci. Oni sprejemajo odločitve, z resolucijami določajo smeri razvoja in močno vplivajo tudi na količino denarja ter njegovo razdelitev. Ključna težava je v tem, da se odločevalci izogibajo sodelovanju, povezovanju, organiziranemu znanju pa tudi izkušnjam in obstoječi dobri praksi. Odločevalci premalo ali skoraj nič ne sodelujejo s podsistemi, kot so združenja, zbornice, društva, strokovna javnost in drugi, ki predstavljajo predparlamentarno demokracijo.

Če iščemo razloge, zakaj tako zavzet pristop pri pripravi volilnih programov na področju zdravstvenega varstva, vidimo, da so ti prvenstveno usmerjeni v kritiko dosedanjih razmer. Kot vidimo, se te kritike ne nanašajo le na problem dostopnosti kot najbolj izpostavljenega, ampak tudi na način delovanja in usklajevanja aktivnosti znotraj koalicije.

KLJUČNE USMERITVE VOLILNIH PROGRAMOV

V nadaljevanju si oglejmo ključne usmeritve, ki jih vsebujejo dostopni volilni programi na tem področju:

1. Vseh 11 programov političnih strank izpostavlja **solidarnost** kot temeljno vodilo za zbiranje sredstev. Vse se zavzemajo za ohranjanje vseh dosedanjih oblik solidarnosti iz bruto prispevkov delavca in delodajalca kot tudi za uvajanje novih dajatev, ki bi nadomestile dosedanje dopolnilno zdravstveno zavarovanje, upoštevaje enako načelo solidarnosti.
2. Večina programov izpostavlja **problem čakalnih vrst**. Večinoma ga razumejo kot resen sistemski problem, ki se kaže v splošnem in linearnem povečevanju števila čakajočih. Ocenjujejo, da so bili dosednji ukrepi občasni in nesistemski. Tega problema bi se lotili z reorganizacijo mreže, s povečanjem sredstev za zdravstvene namene iz prispevkov in proračuna ter z odprtimi razpisi. Polovica analiziranih programov se zavzema tudi za redefiniranje še dopustnih čakalnih vrst in za poimenovanje tistih obolenj, ki s čakanjem bistveno poslabšujejo možnost ozdravitve in kakovost življenja ter ogrožajo življenje.
3. Vsi programi se zavzemajo za okrepitev **osnovnega zdravstvenega varstva** in za povečanje števila družinskih in splošnih zdravnikov, večinoma na račun povečanja zmogljivosti obstoječih zdravstvenih domov in njihovih ambulant. Tretjina programov pa se zavzema za povečanje števila koncesionarskih pogodb in obsega dejavnosti. Kot zanimivo posebnost naj omenim tudi spodbudo za zagotovitev zdravstvene oskrbe na primarni ravni v odročnih krajih.
4. Programi opozarjajo na **slabo organizacijo** obstoječih zdravstvenih zavodov, na nekompetentno vodenje in vodstvo. Več kot polovica jih postavlja zahtevo po preoblikovanju javnih zdravstvenih zavodov v t. i. gospodarske družbe splošnega pomena, z več avtonomije. Ne glede na politično provenienco se pa načeloma vsi zavzemajo za večjo avtonomnost javnih zdravstvenih zavodov, kar naj bi jim omogočilo bolj smotno poslovanje in aktiviranje vseh razpoložljivih virov, tako človeških kot prostorskih, tehnoloških in drugih.
5. **O kakovosti** in varnosti storitev govorijo vsi, nihče pa podrobno. Nihče tudi ne pove, kaj ima v mislih. Nekateri v zvezi s tem izpostavljajo nove zahteve po akreditaciji in uvajanju novih standardov ter njihovo kontrolo.
6. **Korupcija** in očitki v zvezi z njo v zdravstvu so večinska tema. Snovalci programov so prepri-

čani, da je zdravstvo s strani dobaviteljev močno skorumpirano in da se je treba s tem problemom resno spopasti. Redki programi omenjajo korupcijo t. i. druge ravni, ki daje prednost privilegirancem ter temelji na zvezah in poznavstvu v postopku zdravstvene obravnave.

7. **Zdravstvena mreža** je izpostavljena v večini programov. Nekateri razčlenjujejo potrebne ukrepe, ki od zdravstvenih zavodov terjajo medsebojno povezovanje na vertikalni ravni, na sekundarnem nivoju, kakor tudi povezanost in optimizacijo organizacije med primarnim in sekundarnim zdravstvenih varstvom. Resni pomisleki pa se nanašajo na delo in organizacijo ter na neustrezno razporeditev urgentnih centrov. V zvezi z mrežo je večkrat izpostavljeno tudi vprašanje optimizacije zdravstvenih kapacitet in gospodarnost v povezavi s smotrno rabo virov. Nekateri opozarjajo tudi na to, da je treba opraviti temeljito analizo zdravstvenega stanja prebivalstva, gostote in vrste posameznih obolenj, njihove lokacije in še drugih indikatorjev, pomembnih za planiranje, kar naj bi predstavljalo osnovo za postavitev smiselne razporeditve kapacitet, znanja, lokacij ipd. To je treba upoštevati pri postavitvi boljše mreže zdravstvenih zavodov, posamičnih ambulant in drugih načinov obravnave zavarovancev in bolnikov na posameznih lokacijah.
8. Več kot polovica programov se zavzema za **stimulativne plače**, zlasti za zdravnike. Menijo, da je nujno treba zdravnike, ki več delajo, tudi bolje plačati in jih nagraditi skladno z obsegom pa tudi kvaliteto opravljenega dela. Skratka, zavzemajo se za postavitev normativov, ki bi omogočali izvedbo takega sistema.
9. Večina se zavzema za **skupne javne razpise**, ki naj bi bili vodeni na enem mestu za vse namene in vrste nabav. Nekateri se zavzemajo za to, da bi združili dosedanje nabavne službe v enovito republiško nabavno službo z ustrezno specializacijo nabav.
10. Najmanj tretjina programov se zavzema za **standardiziranje** vgradnih materialov in tudi za protokole storitev. Ta standardizacija naj bi bila tudi osnova za razpise. Zavzemajo se tudi za standardizacijo delovnega okolja, ki naj bi določala pogoje, v katerih se delo izvaja, tako v tehnološkem kot kadrovske in logističnem smislu.
11. Vsi napotujejo državljanke k večji **odgovornosti za lastno zdravje** in zdrav življenjski slog. Ena

**PRIPRAVITI BO TREBA NOV
ZAKON O JAVNIH ZAVODIH
IN DOPOLNITI ZAKON O
ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI,
V KATERIH JE TREBA
OPREDELITI USTREZNO
AVTONOMIJO ZDRAVSTVENIH
ZAVODOV. VODSTVOM
TEH ZAVODOV JE TREBA
VRNITI POOBLASTILA, KI
SO BILA PO NEPOTREBNEM
PRENESENA NA SVETE
ZAVODOV IN UPRAVNE
ORGANE TER POSEGAJO NA
PODROČJE AVTONOMNEGA
VODENJA JAVNEGA
ZDRAVSTVENEGA ZAVODA.**

od strank predvideva tudi zaostritev zavarovalnih pogojev za kadilce, debele, alkoholike in druge z nezdravim življenjskim slogom.

12. Tretjina programov se smiselno zavzema za vzpostavitev **javno-zasebnega partnerstva** v zdravstvenem sistemu, predvsem za vzpostavitev manjkajoče zdravstvene infrastrukture in vzporedno s tem tudi za vstop večjega števila koncesionarjev v sistem javnega zdravstvenega varstva. Več kot polovica poudarja, da je javno zdravstvo vse tisto, kar se financira iz javnih virov, torej da so koncesionarji sestavni del javnega zdravstva in da naj se ta sestavi-



»Ključna težava je v tem, da se odločevalci izogibajo sodelovanju, povezovanju, organiziranemu znanju pa tudi izkušnjam in obstoječi dobri praksi. Odločevalci premalo ali skoraj nič ne sodelujejo s podsistemi, kot so združenja, zbornice, društva, strokovna javnost in drugi, ki predstavljajo predparlamentarno demokracijo.« (mag. Franc Hočevar)

na javnega zdravstva uravnava skladno s potrebami in načrtovanjem ustreznih kapacitet v prihodnosti. Torej, da so koncesionarji sestavni del odgovornosti za uravnavanje kapacitet, potrebnih za izvajanje javnega zdravstva pa tudi dobrodošla spodbuda za vzpostavitev ustreznih konkurenčnih razmer pri izvajanju zdravstvenih storitev. Prisotne so tudi pobude za ukinitve koncesij in podelitev pravice zdravljenja v okviru javnega zdravstvenega varstva licenciranim zdravnikom, da opravljajo storitve po izbiri zavarovanca, skladno z njegovo pravico do izbire zdravnika.

13. Pojem **konkurence** med izvajalci zdravstvenih storitev se pojavlja pri več kot polovici programov. Omenja se konkurenca kvalitete in referenčnih zdravnikov ter posameznih oddelkov ali zdravstvenih izvajalcev, ki so znani in prepoznani kot dobri zdravniki oziroma institucije. Zavzemajo se za tovrstno konkurenco pa tudi za konkurenco, ki bi z boljšimi cenovnimi pogoji in prepoznano kvaliteto zagotavljala tudi boljše poslovne pogoje za svoje delovanje. Tretjino moti monopolni status posameznih izvajalcev za posamične storitve. Mnogi so prepričani, da lahko le koncesionar-

- ji predstavljajo ustrezno konkurenco javnim zdravstvenim zavodom.
14. Vsi omenjajo **starost in staranje**, problem dolgotrajne oskrbe, nujne specializacije za obravnavo zdravstvenih težav starejših v okviru posamičnih zdravstvenih zavodov, nujen razvoj paliativne oskrbe znotraj javnih zdravstvenih zavodov in zagotovitev pogojev za dostojno umiranje.
 15. Več kot polovica programov omenja **redefiniranje košarice pravic** in jasnejšo določitev pravic, ki se plačujejo iz javnih zbranih sredstev in eventualno iz proračuna ter tudi iz zasebnih sredstev. Skratka, definiranje košarice je nedosledno, viri za njeno kritje niso jasno definirani, vsebina košarice ni povsem razpoznavna. Nekateri se zavzemajo, da je v njej vse to, kar je bilo že doslej, drugi pa za izločitev nekaterih pravic, ki naj bi se financirale z zakonsko določenim osebnim prispevkom iz dopolnjenih virov za socialne transferje in direktno iz proračuna.
 16. Nekateri menijo, da bi **vodstva zdravstvenih zavodov**, člani svetov oziroma nadzornih organov javnih zdravstvenih zavodov morali izpolnjevati minimalne akreditacijske zahteve in nabor znanja za opravljanje teh funkcij.
 17. **Vzdržnost virov** je neizpeta pesem. Večina je prepričana, da je javno zdravstveno varstvo podfinancirano, da proračun zagotavlja premalo sredstev za delovanje javnega zdravstva. Nekateri tudi menijo, da bi morali plačevati več iz lastnih žepov in da bi morali razviti vzporedni zavarovalni sistem za nekatere zdravstvene storitve, ki so vezane na dolgotrajno nego in oskrbo, ter za storitve višjega standarda, ki neposredno ne ogrožajo zdravja. Stranke predlagajo povečanje deleža BDP za pravice iz sistema javnega zdravstvenega varstva do 10 % BDP.
 18. Povsem neenoten pristop z največ razlikami pa se pojavlja pri zamislih v zvezi z **zdravstvenim zavarovanjem**. Na račun zdajšnjega zasledimo mnogo očitkov o monopolu, o netransparentnosti, o nekompetentnosti, o zastarelosti instrumentarija sklepanja pogodb in izhodišč, kot je splošni dogovor ipd., do tega, da se popolnoma transformira v agencijo za zbiranje denarja za zdravstveno zavarovanje, v katero bi s konkurenčnimi cenami in kvaliteto storitve vstopale posamezne zavarovalnice s ponudbo programa, ki naj bi predstavljal osnovo za oblikovanje svojega zavarovalniškega portfelja.
 19. V redkih programih najdemo tudi povsem upravičena opozorila v zvezi z genetiko in druga, ki posegajo na **področje etike**.
 20. Tako ali drugače se v svojem programskem kontekstu stranke lotevajo tudi zahteve za postavitev uporabnega **informacijskega sistema**, ki bo povezal vse vertikalne in horizontalne ravni zdravstvenega varstva in v katerem bo bolnik oziroma zavarovanec temeljni uporabnik tega sistema z namenom, da se vzpostavi o tehnici osnove za učinkovito sodelovanje in komunikacije na pravih podatkih.
 21. **Debirokratizacija** se pojavlja v kontekstu ocene razmer skupaj z opozorilom, da se zbira preveč istih podatkov na različnih mestih. To delo močno bremeni zdravstvene delavce, nalaga se jim vedno več tovrstnega dela, celo z grožnjo kaznovanja.
- Lahko povzamemo, da je skupno in enotno izhodišče vseh analiziranih programov, če ga strnemo v en odstavek, to, da je cilj in naloga sistema zdravstvenega varstva, da zagotovi boljše zdravje in kakovost življenja prebivalstva. Vse aktivnosti na tem področju morajo slediti načelom človekovega dostojanstva, enakosti in enakopravnosti, solidarnosti ter poklicne etike. Zdravstveno varstvo kot sistem mora slediti potrebam državljanov in njihovim pričakovanjem. To terja univerzalno kritje zdravstvenih storitev in enakopraven dostop vseh ljudi do potrebne zdravstvene oskrbe. Z zakonom zagotavljenе pravice morajo biti skladno z zahtevami zdravstvene stroke dostopne vsem in na vseh območjih pod enakimi pogoji. Zdravstvena oskrba, ki je zapisana v zakonih in ustavi kot temeljna pravica, ne sme biti odvisna od materialnega položaja posameznika, kraja njegovega bivanja ali drugih prestižnih oz. privilegijskih razlogov.
- Nemogoče je zajeti vse razvejane misli in domislice znotraj programov. Dejstvo pa je, da ne glede na to, kakšne politične provenience je stranka, imajo vse več kot 70 % skupnih programskih izhodišč. Skratka, zaznava problemov in ciljev je dokaj poenotena pa tudi razumevanje problematike je na isti ravni usklajenosti. Če kdaj, je to pot idealna priložnost, da se dosežejo nekatere konsenzualne iztočnice za celovito ureditev sistema zdravstvenega varstva, ki bo v splošno zadovoljstvo in korist vseh bolnikov, zavarovancev in državljanov, torej upravičencev do zdravstvenega varstva in zdravstvenih storitev. Očitno so politične stranke izrabile negativno razpoloženje in ocenjevanje zdravstva kot sistema za pridobivanje volilnih glasov in večjo moč pri odločanju v zakonodajni in izvršilni veji oblasti. Recimo, da je to pošteno in prav. Še bolj

IZHODIŠČA ZA REFORMO ZDRAVSTVA PO MNENJU AVTORJA



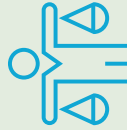
SOLIDARNOST

Solidarnost mora ostati temeljno vodilo za zbiranje sredstev za zdravstveno varstvo. Načelo solidarnosti moramo krečiti in storiti vse, da se upošteva pri uvajanju novih načinov financiranja zdravstvenih storitev. To naj velja tako za vplačila iz prispevkov zaposlenih in delodajalcev, za zbiranje sredstev v okviru proračuna kot za morebitne nove dajatve, ki bi obremenile prihodke državljanov.



DOSTOPNOST

Dostopnost do zdravstvene storitve po načelu enakopravnosti (za vse socialne sloje enako) je predpogoj za zagotavljanje zdravja in ustrezne kakovosti življenja vseh. Linearno povečevanje števila čakajočih in obdobja čakanja na storitev so preveč resno opozorilo, da bi se teh problemov lotevali občasno in z nesistemskimi posegi. Da bi uredili stanje na tem področju, je treba na novo definirati dopustne čakalne dobe, opredeliti kot nujne tiste vrste obolenj, ki povzročajo poslabšanje zdravstvenega stanja, ter urediti informacijski sistem, ki bo omogočal preglednost nad številom čakajočih in čakalnimi dobami. Kot nujen ukrep je treba takoj na novo določiti prednostni program storitev (prospektivni) in ga povečati na **polovico vseh zdravstvenih storitev**, ki se opravijo na sekundarnem nivoju, da se čakanje nad dopustno mejo, kot ga določa doktrina, pokrije z odprtim razpisom, v katerega lahko vstopajo vsi, ki so skladno s strokovnimi zahtevami sposobni opraviti določeno storitev, ter da se plačajo v celoti vse opravljene storitve, ki presegajo obseg dela po dosedanjih pogodbah z ZZS. S slednjim bi vsaj nekoliko izboljšali materialno stanje zdravstvenih zavodov, ki delajo s pre-sežkom zdravstvenih storitev.



PRAVIČNOST

Pravičnost je predpogoj, da se zbrani viri v okviru solidarnosti pravilno in ustrezno razdelijo med vse zavarovance v okviru zdravstvenega sistema. V ta namen je treba standardizirati posamezne pravice, protokolirati postopke obravnave, da bodo enaki in veljavni za vse zdravstvene institucije, standardizirati delovno okolje, v katerem se izvajajo zdravstvene storitve, in zagotoviti, da bo vsak zavarovanec, ne glede na to, v kateri zdravstveni ustanovi se bo zdravil ali pa v katerem kraju živi, deležen storitve pod enakimi pogoji in na enak način.



GOSPODARNOST

Gospodarnost in smotrna uporaba vseh razpoložljivih virov sta predpogoja za učinkovitost. To od nas zahteva bolj pregledno organizacijo vseh organizacijskih oblik, tako v zdravstvenih zavodih kakor tudi v institucijah zdravstvenega sistema. Brez ustreznega horizontalnega in vertikalnega prepletanja človeških zmogljivosti, tehnoloških možnosti, informatike in finančnih virov ni mogoče organizirati gospodarnega in učinkovitega zdravstva. Nujno potrebno je optimizirati oddelke in druge organizacijske enote ter s prehodom na t. i. procesno organizacijo zagotoviti povezovanje znotraj posameznih zavodov in še posebej med posameznimi zdravstvenimi zavodi. Preprosto je treba zagotoviti kritične količine dela, torej pacientov, znanja, zdravnikov, medicinskih sest, rentgenologov in drugih, ustrezno tehnološko podporo s sodobno opremo, da bo proces zdravljenja učinkovit in ustrezen. V okviru gospodarnega ravnanja sodi tudi dokaj jasna določitev obsega dela posameznega zdravstvenega zavoda, kar naj bi pripomoglo tudi k večji specializaciji posameznih zdravstvenih zavodov. Sem sodi tudi povezovanje med primarnim in sekundarnim nivojem v t. i. regionalne centre.



VZDRŽNOST

Vzdržnost oziroma zadostnost finančnih virov je nezaključena diskusija. Ni mogoče zagotoviti toliko virov, kolikor jih je razvito zdravstvo sposobno porabiti, zato bo finančnih virov vedno primanjkovalo. Definitivno pa smo v stanju, ko je javno zdravstveno varstvo močno materialno podhranjeno, kar usodno vpliva na uresničevanje poslanstva in izvajanje vsakodnevnih nalog. Občasno razporejanje sredstev iz proračuna za skrajševanje čakalnih vrst in za saniranje preteklih izgub ni sistemski ukrep. Nihanje cen zdravstvenih storitev slabi organizacijo, onemogoča načrtovanje in vnaša v sistem zmedo, ki je ne bo mogoče dolgo uravnati z občasnimi finančnimi posegi. Zdravstvu je treba zagotoviti stabilne virov, in to na tak način, da bo mogoče načrtovati, se opirati na pretekle poslovne rezultate in nemoteno izvajati delo skladno s pogodbami. Stabilnost financiranja omogoča učinkovitejšo organizacijo, večje zadovoljstvo, zaupanje v sistem in minimalno gotovost, ki je opora vodstvom in nadzornim organom v sistemu zdravstvenega varstva. Zavzemamo se za razrešitev tega problema na način, da se zagotovijo stalni viri iz proračuna. Nemudoma pa je treba pristopiti k temeljiti razpravi o nujno potrebnih sredstvih za delovanje zdravstvenega sistema, tako v okviru prispevnih stopenj kot eventualnih sprememb na tem področju, ter tudi o stabilnih virih iz proračuna. V okviru vzdržnosti je treba tudi temeljito proučiti obseg in namen novih dajatev državljanov za vzpostavitev sistema dolgotrajne oskrbe in nege. Brez teh dajatev dolgotrajna nega ne more biti boljša in učinkovita.

pošteno in prav pa bi bilo, če bodo te obljube uresničili, in da ne bo, tako kot kaže v tem trenutku, zdravstvo le dobra priložnost za pridobivanje volivcev s povsem drugimi nameni, ki nimajo nikakršne povezave z naslovno temo. Izrabljati zdravje ljudi za manipulacijo z obljubami je najmanj neetično.

Ob branju programov in pisanju tega zapisa ne morem biti povsem zadovoljen. Zavedam se, da zapis ne predstavlja neoporečne in znanstveno utemeljene analize prebranih programov političnih strank s področja zdravstva. Past za napake, glede na moj osebni odnos do zdravstva kot sistema in zmožnosti znotraj tega sistema, je, tako kot ocena posameznih dejstev, vedno rezultat pretekle izkušnje in znanja, ki ga človek ima. V tem zapisu je mnogo subjektivne presoje in subjektivne specifične senzibilitete.

MNENJE AVTORJA

V nadaljevanju te »analize« si bom zato privoščil svoj pogled, ki je rezultat prebiranja enajstih programov in nekaterih osebnih izkušenj.

Vse spremembe in reformna prizadevanja morajo spodbujati krepitev osnovnega zdravstvenega varstva in prizadevanja, da se v okviru sistema javnega zdravstvenega varstva organizirajo vse potrebne storitve. Temeljna izhodišča, ki jih je pri tem treba upoštevati so solidarnost, dostopnost, pravičnost, gospodarnost, vzdržnost in so predstavljena v infografiki na straneh 12 in 13.

Ponoviti je treba, da je javno zdravstvo vse tisto, kar se financira iz javnih virov, torej da so **koncesionarji** sestavni del javnega zdravstva in da se bo ta sestavina sistema javnega zdravstvenega varstva uravnavala skladno s potrebami in načrtovanjem ustreznih kapacitet v prihodnosti. Bistven vpliv na širjenje ali zmanjševanje obsega koncesionarskega dela naj bi imeli v prihodnje zavodi osnovnega zdravstvenega varstva in zavodi sekundarnega zdravstvenega varstva. Obe ti ravni institucij sta odgovorni za razvoj in izvajanje vsaka svojega dela zdravstvenega varstva. Koncesionarji so sestavni del te odgovornosti. To odgovornost zato integrirajo tako zdravstveni domovi kot bolnišnice – v primeru, ko ti instituciji ugotovita, da ne moreta zagotoviti vseh obveznosti v okviru svojih nalog, lahko dajeta pobudo za vzpostavitev ustreznih kapacitet s podelitvijo koncesije. Tudi sicer bi bilo smiselno, da se vprašanja zaposlovanja pri koncesionarjih deregulirajo in da se te odločitve prepustijo v celoti vodstvom zdravstvenih zavodov. Dosedanje nesporazume na tem področju je treba razrešiti z razumno zakonsko ureditvijo in smiselno pogodbeno ureditvijo koncesionarskega dela kot integralnega dela javnega zdravstva. V okviru teh odnosov naj se odpra-

vi tudi nesmiselna regulacija nosilcev dela, ki odvzema mladim zdravnikom pooblastilo za delo.

Vodenje zdravstvenih zavodov je potencialna rezerva učinkovite zdravstvene institucije. Tako kot so licencirani drugi delavci v zdravstvu, je potrebno postaviti tudi osnovne zahteve znanja in vedenja pri opravljanju tega dela. Prav bi bilo, da se poleg formalnih pogojev, ki jih vsebuje večina statutov za vodstvene strukture, postavi tudi zahteva po specifičnih znanjih, ki jih preverjeno morajo imeti vse vodstvene strukture v zdravstvenem zavodu. Vodenje zdravstvenega zavoda ni intuicija, so znanje in izkušnje, ki predstavljajo specifične vsebine in njihovo poznavanje. Nujno je vzpostaviti sistem usposabljanja in izobraževanja vodstev zdravstvenih zavodov. Vsekakor je treba usposobiti vodstvene strukture za izvajanje pogajalskih in komunikacijskih nalog ter za razvijanje in uporabo različnih orodij in modelov za zagotavljanje učinkovitejšega izvajanja zdravstvenega varstva.

Javni razpisi so smiselni zato, da se javni zdravstveni zavodi oskrbijo s cenovno sprejemljivimi in ustreznimi storitvami in materiali. Zato je smiselno in nujno, da so razpisi enotni oziroma skupni za eno vrst, da se s tem zagotovijo boljši količinski in logistični popusti. V sistemu javnih razpisov že v sedanjih razmerah v različnih zdravstvenih zavodih deluje množica pooblaščenih delavcev in ni nobene potrebe, da bi zaposlovali nove v okviru državnih ali drugih organov, ki naj bi opravili to delo. Te razpisne komisije je preprosto treba integrirati, jih na nek način specializirati in ustrezno organizirati, da bodo opravljale delo za celoten sistem javnega zdravstva. Zavedati se je treba, da smo relativno majhen sistem zdravstvenega varstva in zaradi tega količinsko nezanimiv, zato je treba storiti vse, da se to delo koncentrira na enem mestu za vse uporabnike in za vse namene.

Nadzor: imamo vrsto nadzornih institucij, ki pogosto posegajo v delo javnih zdravstvenih institucij. Njihovo delo naj bi bilo predvsem proaktivno in ne zastraševalno. Del nadzorne funkcije opravljajo tudi sveti zavodov, člani v teh organih so pretežno izbrani po političnih preferencah, brez ustreznega znanja in razumevanja razmer v zdravstvu. Najmanj, kar bi bilo treba storiti, je, da bi moral vsak kandidat za člana sveta izpolnjevati nekatere akreditacijske zahteve za opravljanje tega dela.

Birokracija se je razbohotila tudi v zdravstvu. Po nepotrebem se za več namenov in z istimi cilji zbira vrsta podatkov, kar že močno obremenjuje tako zdravstvene delavce kakor tudi druge v javnih zdravstvenih zavodih. Zapovedi in prepovedi se preveč razmnožujejo in ne dajejo pravih rezultatov. Temeljito je treba pregledati vse pravilnike in pravila, jih poenostaviti in prilagoditi razumni uporabi, s pravim namenom. Sem sodijo tudi



Vodenje zdravstvenih zavodov je potencialna rezerva učinkovite zdravstvene institucije. Tako kot so licencirani drugi delavci v zdravstvu, je potrebno postaviti tudi osnovne zahteve znanja in védenja pri opravljanju tega dela.

predimenzionirane zahteve po akreditacijah in certifikatih ter pravilih kakovosti, ki se praviloma v praksi ne uresničujejo in ne dajejo pravih rezultatov.

Informatika je za zdravstvo usodnega pomena zaradi mnogih razlogov, vendar je ključni uporabnik, pacient, vedno znova in znova izpostavljen novemu zajemanju podatkov, ki so bili že predhodno večkrat pobrani. Še vedno imamo situacije, ko je zdravniški karton glavni dokument. Zaradi slabe informatike imamo ponavljajoče se preglede in nepreglednost pretekle dokumentacije, ki je mnogokrat osnova za nadaljnjo obravnavo. Ko pacient zamenja zdravstveno institucijo, se skoraj praviloma zgubi informacijska vez. Informacijski programi so med seboj nepovezani in mnogokrat nekompatibilni. Skratka, informacijski sistem slovenskega zdravstvenega varstva je treba v celoti povezati na skupnih osnovah, z namenom, da se opusti papirno sporočanje ter omogočita hitro ukrepanje in dostopnost do ključnih podatkov, potrebnih za postopek zdravljenja. Zagotoviti pa je treba tudi varnost občutljivih individualnih zdravstvenih podatkov. Ta povezanost mora zagotoviti prepletenost informacij tako primarnega, sekundarnega kot tudi terciarnega nivoja.

Investicije se morajo v prihodnje usmeriti pretežno v nove tehnologije zdravljenja in sodobno tehnološko podporo. Še posebej na dragih napravah moramo zagotoviti obseg obravnav, ki bo omogočal hitro menjavanje tehnološke opreme. Uvedejo naj se skupni razpisi za ustanove, ki so take naprave sposobne učinkovito uporabljati, saj bomo le tako lahko sledili sodobnim trendom obravnave.

Upravne funkcije vlade na področju zdravstva je treba postaviti na višjo raven s postavitvijo jasnih prioritete, izpostavitvijo ključnih problemov in določitvijo ciljev, ki bodo merljivi. Vloga uprave je, da integrira vse mogoče potencialne v sistemu zdravstvenega varstva za doseg čim boljšega rezultata zdravljenja. Upravni organ ni sam sebi namen in ni odvisen samo od svojega znanja; njegova naloga je, da organizira znanje, poznavanje in informacije na ta način, da bo lahko učinkovito opravil svoje delo. Ena nadvse pomembnih nalog uprav pa bi bila tudi, da umirjajo napetosti, tako znotraj zdravstvenih zavodov kot tudi med njimi. Za to nalogo pa vsekakor potrebujejo več znanja in obvladovanja večšin s področja komuniciranja in vzpostavljanja prave organizacijske kulture. Načrt dela, ki ga mora ta organ pripraviti, mora biti stvar široke razprave in premišljene odločitve. Še pred tem pa je treba izčistiti neuresničljive zahteve in spremeniti vrsto dokumentov, ki bodo v pomoč vsem strukturam zdravstvenega sistema. Ključni problem uprave je tako imenovani implementacijski deficit, ki kaže na to, da vrsta stvari, zapisa-

nih v analizah, resolucijah, pravilnikih pa tudi zakonih, preprosto ni uresničljiva. In to predvsem zato ne, ker niso bile predhodno evalvirane okoliščine in možnosti implementacije. Možnost implementacije pa mora biti prvi korak. Predvsem pa se je treba nasloniti na razvejano strukturo svetovalnih organov, kot so razširjeni strokovni kolegiji, ki morajo prvi poiskati odgovor na vprašanje, kaj je dobro za pacienta, kaj je prav za stroko in kaj je ustrezno za sistem. Razširjeni strokovni kolegiji naj tudi povedo, koliko dela morajo opraviti zdravniki, da bodo lahko vzdrževali svoje sposobnosti in aktivno služili instituciji, v kateri delajo.

Prva stvar in nujna naloga je pregleden **cenik**, s pregledno fakturo s specifikacijo, in priprava režima pogodb, ki bodo pripravljene pravočasno in na pravih osnovah ter ki bodo uresničljive.

Pripraviti bo treba nov **zakon o javnih zavodih** in dopolniti **zakon o zdravstveni dejavnosti**, v katerih je nujno potrebno opredeliti ustrezno avtonomijo zdravstvenih zavodov ter vrniti vodstvom teh zavodov pooblastila, ki so bila po nepotrebnem prenesena na svete zavodov in upravne organe in posegajo na področje avtonomnega vodenja javnega zdravstvenega zavoda. Gre zlasti za področje delovne zakonodaje, razvoj internega podjetništva in iskanje dodatnih finančnih virov za razvijanje tržne dejavnosti, ki naj ne bi omejevala osnovnih zadolžitve zdravstvenega zavoda. Ti viri ter način dela in organiziranja zdravstvenega zavoda bi bili pomembna poslovna spodbuda in zagotovitev virov za posodabljanje tehnologije in boljšo organizacijo dela z optimalnim izkoristkom razpoložljivih kapacitet. Skratka, gre za zagotovitev večje samostojnosti pri upravljanju svojih virov skladno z načeli dobrega gospodarja in učinkovitega zdravstvenega sistema. Ta učinkovitost pa naj bi končno določala tudi spodbudno plačilo vodstvom zdravstvenih zavodov in njihovim zaposlenim.

ZAKLJUČEK

Za zaključek naj povem le to, da na nek način zaključujem z aktivnostjo na področju zdravstvenega varstva. Če bo koga popadla neustavljiva želja, da me kaj vpraša ali da še kaj napišem, naj mi to pove in bom skušal tej želji ustreči. Sicer pa mislim, da se morajo začeti pogosteje oglašati mlajši. Opozorim pa jih, da brez izkušenj in znanja zaradi dreves ne bodo videli gozda. To pa, žal, manjka tudi sedanjim ključnim odločevalcem – tako na ravni zakonodajne kakor tudi izvršilne oblasti. Upam, da bodo volitve čez dober teden prinesle kaj boljšega. Ali pa se bo zgodba ponovila?!

Prispevek je bil objavljen v zborniku Strokovnega srečanja ekonomistov in vodstvenih delavcev v zdravstvu 24.–25. 5. 2018 v Portorožu

PRIPRAVA PRAVIL S PODROČJA RAČUNOVODSTVA

V OKVIRU ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE
DELUJE DELOVNA SKUPINA ZA SVETOVANJE JZZ V ZVEZI Z
AŽURIRANJEM PRAVILNIKOV IN NAVODIL ZA POTREBE POSLOVANJA
ČLANOV. V LETU 2016 SI JE ZADALA DVE ZELO ZAHTEVNI NALOGI,
KATERIH REŠITVE PREDSTAVLJAMO V NADALJEVANJU.



TATJANA JEVŠEVAR

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija

1.) IZDELAVA PREDLOGA PRAVIL ZA DELITEV PRIHODKOV IN ODHODKOV PO DEJAVNOSTIH S PREDLOGI UPORABE SODIL ZA ZDRAVSTVENE DOMOVE IN BOLNIŠNICE

Pravila za delitev prihodkov in odhodkov po dejavnostih s predlogi uporabe sodil za zdravstvene domove in bolnišnice zahteva računovodska in druga zakonodaja, npr. zakon o računovodstvu (Ur. list RS, št. 23/99 in 30/02), ki v 9. členu določa, da morajo poslovne knjige in poročila zagotavljati ločeno spremljanje poslovanja in prikaz izida poslovanja s sredstvi, pridobljenimi iz naslova prodaje blaga in storitev. Delovna skupina je želela predlog pravil za delitev prihodkov in odhodkov po dejavnostih izdelati tako, da bi ta dokument služil tudi kot osnova za delitev prihodkov in odhodkov po stroškovnih mestih.

Skladno z navedenim smo v aprilu 2018 izdelali končen predlog sodil za zdravstvene domove in bolnišnice v naslednji obliki:

- kot predlog sodil oziroma predlog Pravilnika o razporejanju prihodkov in odhodkov po stroškovnih mestih ter delitev na dejavnost javne službe in tržno dejavnost **za zdravstvene domove**, ki vsebuje pravila o razporejanju prihodkov in odhodkov po stroškovnih mestih in sodila za delitev na dejavnost javne službe in tržno dejavnost v enem dokumentu (v pravilniku), ker je dejavnost zdravstvenih domov manj kompleksna in iz tega vidika manj zahtevna;
- kot predlog sodil za ugotavljanje stroškov/odhodkov **bolnišnic** po vrstah dejavnosti (javna služba – tržna dejavnost) in vzorec Navodila o knjiženju in razporejanju stroškov/odhodkov in prihodkov po stroškovnih mestih za bolnišnice. Zaradi kompleksnosti delovanja bolnišnic sta bila za bolnišnice izdelana dva dokumenta, in sicer:
 - predlog sodil za ugotavljanje stroškov/odhodkov bolnišnic po vrstah dejavnosti in
 - vzorec pravil za delitev stroškov/odhodkov in prihodkov po stroškovnih mestih, ki ga bo vsaka od bolnišnic modificirala glede na

lastne posebnosti delovanja in ga umestila kot priložo svojemu Pravilniku o računovodstvu.

Oba navedena dokumenta sta bila posredovana v potrditev MZ s prošnjo, da ju uskladi tudi z računskim sodiščem; dokumenta bomo po potrditvi posredovali vsem JZZ kot predlog pravil za vodenje prihodkov in odhodkov po dejavnostih in stroškovnih mestih oziroma kot pripomočka za uporabo.

2.) AŽURIRANJE NAVODILA V ZVEZI Z RAZMEJITVIJO DEJAVNOSTI JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV NA JAVNO SLUŽBO IN TRŽNO DEJAVNOST, KI JIH JE ZAVODOM POSREDOVALO MZ, DNE 15. 12. 2010.

V maju 2018 je delovna skupina pripravila ažuriran predlog Navodila v zvezi z razmejitvijo dejavnosti javnih zdravstvenih zavodov na javno službo in tržno dejavnost MZ z dne 15. 12. 2010 in mu dodala, poleg dopolnjene obstoječe Priloge I, v kateri so na novo opredeljene šifre

posameznih prihodkov JZZ po dejavnostih, še Prilogo II, v kateri je navedena specifikacija javnih in nejavnih virov prihodkov za posamezne vrste JZZ. Prilogi I in II sta izdelani z namenom poenotenga načina evidentiranja prihodkov JZZ po dejavnostih.

Predlog ažuriranih Navodil v zvezi z razmejitvijo dejavnosti javnih zdravstvenih zavodov na javno službo in tržno dejavnost bo služil MZ za izdelavo njihovih novih tovrstnih navodil, ki naj bi jih posredoval vsem JZZ jeseni leta 2018 z veljavnostjo od 1. 1. 2019 dalje.

Menimo, da je navedena delovna skupina združenja realizirala pomembne naloge oziroma izdelala za JZZ pomembne pripomočke pri vzpostavitvi enotnih evidenc, ki bodo hkrati prispevali tudi k pravilnosti njihovih računovodskih izkazov poslovanja.

V juniju 2018 bo delovna skupina nadaljevala s svojim delom na področju ažuriranja računovodskih pravil oziroma s pripravo vzorca Pravilnika o računovodstvu, ki bo predvidoma jeseni kot pripomoček posredovan vsem JZZ.

SPECIALIZACIJE

AKTIVNOSTI IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V MREŽI JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE

JANJA MOČAN

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija

Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – PacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJE, 88/16 – ZdZPZD in 40/17; v nadaljnjem besedilu: ZZdrS) je uvedel več pomembnih sprememb na področju določanja in razpisovanja specializacij, upoštevajoč v preteklosti večkrat izražene kritike in predloge za spremembe. Ker določitev specializacij po novem poteka nekoliko drugače kot doslej, želimo s tem prispevkom na kratko **povzeti aktivnosti izvajalcev, povezane z drugačno ureditvijo specializacij.**

KAKO DO SPECIALIZANTA?

Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljevanju izvajalec) sporoči Zdravniški zbornici Slovenije potrebe za posamezno vrsto specializacij za naslednje koledarsko leto najpozneje do 28. februarja tekočega leta. Izjemoma sme izvajalec sporočiti potrebe tudi med letom, in sicer zaradi izrednih okoliščin (npr. smrt, enostranska odpoved delovnega razmerja, širitev dejavnosti).

Izvajalec ima možnost, da predlaga, da se posamezna specializacija razpiše zanj, svoj predlog pa utemelji.

ODBOR ZA NAČRTOVANJE SPECIALIZACIJ

Na podlagi sporočenih potreb izvajalcev Odbor za načrtovanje specializacij dvakrat letno pripravi predlog števi-

la in vrst specializacij za območje celotne države oziroma za posamezne izvajalce zdravstvene dejavnosti. Pri določitvi števila posameznih vrst specializacij se upošteva, da je najmanj 10 % vseh specializacij določenih za območje celotne države. Hkrati lahko zbornica objavi tudi javni razpis specializacij za znanega plačnika.

ZAPOSILITEV SPECIALIZANTA

Zaposlitve:

- Specializant, izbran na nacionalnem razpisu, se zaposli pri pooblaščenem izvajalcu, ki ga določi ZZS.
- Specializant, izbran na razpisu za izvajalce, se zaposli pri izvajalcu, za katerega je izbran.

S specializantom sklenemo pogodbo o zaposlitvi za delovno mesto, ki je sistemizirano v aktu o sistemizaciji. Zdravniki specializanti smejo opravljati zdravniško službo, za katero specializirajo, le pod vodstvom in z odgovornostjo mentorja.

IMENOVANJE MENTORJEV

Ne glede na prejšnji odstavek lahko specializant med specializacijo samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine, kar s podpisom potrdi mentor na listu specializanta. Specializant je odgovoren za opravljanje teh del in storitev.

Pooblaščen izvajalec imenuje neposredne mentorje, medtem ko glavne mentorje predlaga v imenovanje ZZS.

Pogoje za imenovanje glavnih in neposrednih mentorjev določa 22. člen **Pravilnik o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov** (Ur. l., RS, št. 22/18) <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-0953>.

Pogoji za glavnega mentorja so:

- zdravnik specialist, ki ima učiteljski naslov, naziv svetnika ali višjega svetnika s strokovnega področja specializacije,
- zdravnik specialist, ki ima naslov primarij, ali
- zdravnik specialist z najmanj štirimi leti praktičnih izkušenj na svojem področju po opravljenem specialističnem izpitu, ki je v trenutnem licenčnem obdobju zbral povprečno na leto najmanj 30 kreditnih točk, ki so v skladu s predpisom, ki ureja zdravniške licence, potrebne za podaljšanje licence, in se ustrezno usposablja za mentorja po usmeritvah stroke.

Neposredni mentor pa je zdravnik specialist določene specialnosti, pri dejavnostih, ki jih izvajajo tudi nezdravniki, pa tudi drug strokovnjak. Neposrednega mentorja imenuje pooblaščen izvajalec.

Glavni mentor mora biti specializantu dosegljiv prek elektronske pošte ali telefona vsaj štiri ure na teden,



vsaj enkrat mesečno pa tudi vsaj dve uri osebno. Neposredni mentor mora biti specializantu osebno dosegljiv vsaj štiri ure na dan.

POOBLAŠČENI IZVAJALCI

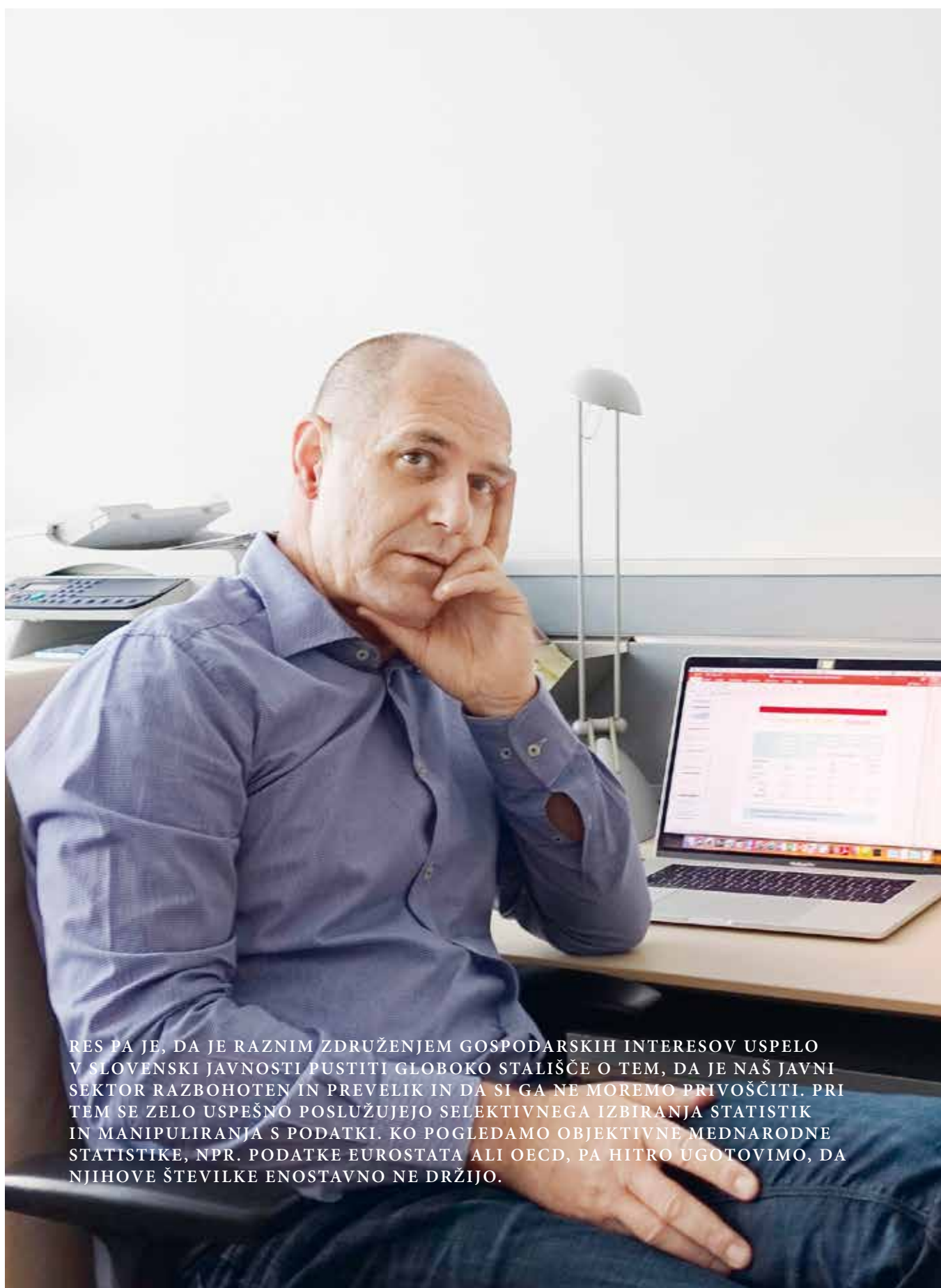
Pooblaščen izvajalec dolžni zbornici sporočati:

- seznam prostih in zasedenih delovnih mest za usposabljanje zdravnikov,
- seznam mentorjev (tudi njihove morebitne odsotnosti),
- seznam zaposlenih pripravnikov, sekundarijev in specializantov ter predviden zaključek njihovega usposabljanja.

ČLANI IZBIRNIH KOMISIJ ZA ODOBRITEV SPECIALIZACIJE

Skladno z določilom tretjega odstavka 17. člena morajo člani izbirne komisije (člani so lahko le zdravniki oziroma doktorji dentalne medicine) pred začetkom sodelovanja v izbirnih postopkih opraviti usposabljanje iz vodenja strukturiranih intervjujev. Ker je v primeru *razpisa za izvajalca* član izbirne komisije tudi predstavnik izvajalca, za katerega je razpisana specializacija, vam svetujemo, da določite svojega predstavnika (zdravniki oziroma doktorji dentalne medicine), ki bo sodeloval v izbirni komisiji, in ga napotite na usposabljanje iz vodenja strukturiranih intervjujev.

V skladu z navedenim predlagamo, da v tistih JZZ, kjer resno razmišljate o razpisih za izvajalca (predvsem manjše bolnišnice in zdravstveni domovi) določite svoje člane za izbirno komisijo in jih napotite na usposabljanje. ZZS sporoča, da za predstavnike izvajalcev v izbirnih komisijah za odobritev specializacije načrtuje tri delavnice – prvo 20. 6. 2018, naslednji dve pa jeseni. Program in prijave najdete na: <https://www.domusmedica.si/#izobrazevanja-zbornice>.



RES PA JE, DA JE RAZNIM ZDRUŽENJEM GOSPODARSKIH INTERESOV USPELO V SLOVENSKI JAVNOSTI PUSTITI GLOBOKO STALIŠČE O TEM, DA JE NAŠ JAVNI SEKTOR RAZBOHOTEN IN PREVELIK IN DA SI GA NE MOREMO PRIVOŠČITI. PRI TEM SE ZELO USPEŠNO POSLUŽUJEJO SELEKTIVNEGA IZBIRANJA STATISTIK IN MANIPULIRANJA S PODATKI. KO POGLEDAMO OBJEKTIVNE MEDNARODNE STATISTIKE, NPR. PODATKE EUROSTAT A LI OECD, PA HITRO UGOTOVIMO, DA NJIHOVE ŠTEVILKE ENOSTAVNO NE DRŽIJO.

V JAVNEM SEKTORJU JE ZAPOSLENIH PREMALO IN NE PREVEČ LJUDI

POGOVOR S PROF. DR. JOŽETOM P. DAMIJANOM Z
EKONOMSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

V javnem diskurzu delavci pogosto nastopajo eden proti drugemu; zasebni sektor vidi v javnem »parazita«, ki je »razbohoten«, »privilegiran« in »zajeda njihovo konkurenčno sposobnost«, javni sektor pa v zasebnem monopolista, ki bi »ljudi rad spraval v še večjo odvisnost«. Gospodarska zbornica je v začetku leta objavila animirani film, ki prikazuje lokomotivo, ki vse težje in počasneje prenaša bremena javne uprave, zdravstva, šolstva, upokojencev in brezposelnih ... Ali je vitka država rešitev za večjo učinkovitost in kakovost življenja državljanov, smo se pogovarjali z ekonomistom, prof. Jožetom P. Damijanom z Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani.

Zakaj pri nas po vašem mnenju obstaja taka nastrojenost do javnega sektorja? Zakaj se je gospodarstvenikom posrečilo naščuvati delavce v zasebnem sektorju (predvsem tiste z najnižjimi dohodki) proti zaposlenim v javnem?

Sam nimam občutka, da je pri nas prisotna tako velika nastrojenost proti javnemu sektorju oziroma da gre pri nas za izstopajoč tovrstni problem. Tudi v drugih evropskih državah, npr. v Belgiji, se srečujejo z veliko pomisleki do javnega sektorja, ki ga prav tako kot pri nas razumejo kot neučinkovitega in počasnega; očitno so tudi v Evropi podobni trendi, kot so bili v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v ZDA, kjer so menili, da država ni rešitev, pač pa problem. Vemo, kaj je temu sledilo.

Je pa res, da je raznim združenjem gospodarskih interesov uspelo v slovenski javnosti pustiti globoko stališče o tem, da je naš javni sektor razbohoten in prevelik in da si ga ne moremo privoščiti. Pri tem se zelo uspešno poslužujejo selektivnega izbiranja statistik in manipuliranja s podatki. Ko pogledamo objektivne mednarodne statistike, npr. podatke Eurostata ali OECD, pa hitro ugotovimo, da njihove številke enostavno ne držijo.

Pojdiva tukaj v podrobnosti. Kakšen je delež zaposlenih v javnem sektorju v primerjavi z ostalimi državami EU?

Kar zadeva zaposlenost v javnem sektorju v dejavnostih, kamor uvrščamo zdravstvo, izobraževanje, socialno varstvo, javno upravo in obrambo (gre za javni sektor brez zaposlenih v javnih družbah), je v Sloveniji po statistiki Eurostata 18,9 % zaposlenih v javnem sektorju, kar nas uvršča na rep evropskih držav; za nami so le še Češka, Bolgarija in Romunija.

Delodajalska združenja pri nas prikazujejo javni sektor kot strošek. Koliko »stane« naš javni sektor z vidika BDP in ali je res predrag, kot se mu pogosto očita?

Če gledamo z vidika BDP, se pravi kakšen je delež javnih izdatkov, ki sicer zajema vse izdatke države, vidimo, da je pri nas delež javnih izdatkov za javni sektor 47, 8 % BDP, kar nas uvršča nekam na sredino držav EU in kar je za okrog 9 % manj kot v razvitih skandinavskih državah; v sosednji Avstriji je ta znesek 51 %, kar je torej za 3 % več kot pri nas, tako da glede na podatke ne moremo reči, da je javni sektor preveč potraten.

Koliko je v Sloveniji zaposlenih v javnem sektorju glede na 1000 zaposlenih prebivalcev in kakšna je slika v Evropi?

Tudi to je zanimiva statistika. V Sloveniji je 90 zaposlenih v javnem sektorju na tisoč zaposlenih, povprečje v državah EU pa je 108; če pogledamo primerljive države, jih ima Avstrija 117, Nemčija celo 132, Češka po drugi strani 88. Na podlagi teh podatkov lahko zelo enostavno ugotovimo, da je v Sloveniji bistveno manj zaposlenih v javnem sektorju kot v primerljivih državah, in bi po istih statistikah glede na povprečje EU morali imeti vsaj za 37.000 več zaposlenih v javnem sektorju. Če se primerjamo samo z omenjenimi tremi državami, bi pri nas morali imeti kar 46.000 zaposlenih več. Torej je v javnem sektorju zaposlenih premalo in ne preveč ljudi.

Kar je povsem v nasprotju s tem, kar trdijo na Gospodarski zbornici, tj. da je v javnem sektorju 35.000 zaposlenih preveč.

V tem primeru gre za nekonsistentne in zmanipulirane podatke.

S čemer ste jih soočili na nedavni okrogli mizi na zbornici. Kako so se odzvali?

Bili so tiho. Te podatke sem tudi že javno pojasnil.

Eden izmed očitkov je, da so plače v javnem sektorju previsoke. Lahko predstavite primer plače enega izmed poklicev?

Primerjamo lahko samo plače istih profilov zaposlenih, absolutnih plač seveda ne moremo primerjati, ker so države na različnih ravneh razvitosti. Lahko pa pri-

merjamo to tako, da normiramo BDP na prebivalca, se pravi z razvitostjo države; če vzamemo plače učiteljev, je v Sloveniji plača učitelja na letni ravni glede na BDP na prebivalca okrog 50 %, kar je bistveno manj kakor v Italiji, kjer ta plača znaša že 90 %, v Avstriji blizu 80 %, celo Madžarska in Hrvaška imata višje plače učiteljev glede na raven razvitosti kot Slovenija; podobna zgodba je pri vzgojiteljih. Slovenija torej plačuje nižje plače glede na BDP na prebivalca kot pa primerljive države. Glede na to res težko rečemo, da so pri nas plače razbohotene ...

Ali so v javnem sektorju plače dejansko višje kot v gospodarstvu?

Ko smo se na Gospodarski zbornici soočili s temi podatki, smo ugotovili, da do te razlike v plačah pride predvsem zato, ker je v javnem sektorju struktura zaposlenih glede izobrazbe bistveno višja kot v gospodarstvu. Če primerjate isti profil zaposlenih (npr. z osnovnošolsko, srednješolsko ali terciarno izobrazbo), pa se izkaže, da so v zasebnem sektorju plače dejansko celo višje kot pa v javnem sektorju. Ker je v javnem sektorju zaposlenih več ljudi z višjo izobrazbo, je tudi povprečna plača višja kot v gospodarstvu. Toda to je problem gospodarstva; raven tehnološke intenzivnosti slovenskih izvoznih proizvodov je še vedno sorazmerno nizka, kar je posledica slabe strukture zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe. Če bi v gospodarstvu zaposlovali več ljudi z višjo stopnjo izobrazbe, bi se tudi inovativnost podjetij in tehnološka intenzivnost njihovih proizvodov močno popravila, s tem pa tudi njihova produktivnost in plače.

Kam se Slovenija uvršča po razvitosti javnega sektorja?

Slovenija ima višjo raven javnega sektorja, ker je majhna država, ki se je po določenih standardih uspela umestiti že med visoko razvite. Je hkrati evropska država s socialdemokratsko ureditvijo in razvitimi socialnimi politikami in se uvršča na raven Avstrije oziroma se že pomikamo proti skandinavskim državam. Svojim državljanom zagotavljamo visoko raven in kakovost javnih storitev. To seveda stane, ne pomeni pa to, da je pri nas ta kakovost dražja kot v drugih državah.

Koliko so naši državljani zadovoljni s storitvami javnega sektorja?

Pri nas je splošno mnenje, da smo nezadovoljni s storitvami javnega sektorja, ko pa, ponovno, vzamemo mednarodne statistike, npr. OECD 2016, je slika drugačna. V Gallupovi raziskavi (Gallup World Pool, 2016) na temo zadovoljstva ljudi z javnimi storitvami se je pokazala zanimiva slika. Pri nas je zelo nizko zadovoljstvo državljanov z vlado, z njo je zadovoljnih samo 25 % ljudi, povprečje držav v OECD je 42 %; na področju za-

dovoljstva s policijo smo v povprečju OECD (77 %). Za zadovoljstvo z zdravstvom je povprečje OECD 70 %, pri nas pa je to zadovoljstvo nadpovprečno, saj je z zdravstvom zadovoljnih 83 % ljudi, kljub vsem aferam, ki smo jim priča. Podobno je na področju izobraževanja, kjer je povprečje EU 67 %, pri nas pa je s šolstvom zadovoljnih 80 % ljudi. Podatki kažejo, da smo pri nas nadpovprečno zadovoljni s storitvami zdravstva in izobraževanja in tudi vsi kazalci kažejo, da je pri nas ta organizacija še vedno relativno dobra.

Sodeč po zadnjih dogajanjih (afere v zdravstvu, nezadovoljstvo učiteljev ...) se je tudi ta del javnega sektorja znašel na skrajnem robu svojih zmogljivosti. Kakšen je vaš pogled na to, kako zadevo rešiti, zlasti na področju zdravstva?

Res je, da imamo nekatere organizacijske težave tudi v teh dveh panogah, kjer se že leta generirajo isti problemi

in posledično afere. V Sloveniji je visoka splošna stopnja zdravstvenega varstva, vendar pa šepa na določenih področjih, ki jih ne moremo urediti zaradi določenih močnih lobijev.

Kaj konkretno imate v mislih?

Če pogledamo samo čakalne vrste, ki so ta hip eden izmed večjih težav v zdravstvu. Te bi se dalo zelo hitro odpraviti, če bi zaposleni delali v turnusih; v popoldanskem času se razen urgentnega dela v zdravstvu ne dogaja nič. V zdravstvu kot pacient lahko zadeve urediš nekje do 13. ure, kasneje se tam ne dogaja prav veliko.

Za delo v turnusih bi potrebovali več zdravstvenih delavcev, predvsem zdravnikov.

Zato je potrebno odpraviti pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester, in sicer tako, da se poveča vpis na fakultete. Če bi uredili prihod tujih zdravnikov tako,

ZADEVE SE TOREJ DA REŠITI V PRVI VRSTI TAKO, DA NAJPREJ POBRSKAMO PRI SEBI IN ODPRAVIMO SISTEMSKJE IN ORGANIZACIJSKE NAPAKE. BOJIM PA SE, DA SI NOBEN MINISTER NE UPA POSEČI V VELIKE SISTEMSKJE PROBLEME, SAJ SO DELEŽNI VELIKIH PRITISKOV. TO MORA BITI ZAVEZA VLADE, KI BI SE MORALA ORGANIZIRANO LOTITI REFORME ZDRAVSTVA. MISLIM PA, DA JE JAVNO ZDRAVSTVO TISTA KVALITETA, KI JO MORAMO OHRANITI.

kot so to naredili v drugih državah, bi zadevo lahko zelo hitro rešili. Ker so lobiji določenih skupin premočni in držijo zdravstveni sistem pod kontrolo, se ukvarjamo z umetno povzročenimi ozkimi grli, ki bi jih bilo mogoče hitro odpraviti.

Tudi drugačen način organizacije nabave medicinskih pripomočkov in zdravil bi bilo potrebno uvesti, denimo po vzoru skandinavskih držav, in lahko bi se organizirali tako, da ne bi prihajalo do takšnih zapletov in korupcije. Zadeve se torej da rešiti v prvi vrsti tako, da najprej pobrskamo pri sebi in odpravimo systemske in organizacijske napake. Bojim pa se, da si noben minister ne upa poseči v takšne systemske, saj so deležni velikih pritiskov. To mora biti zaveza vlade, ki bi se morala organizirano lotiti reforme zdravstva. Mislím pa, da je javno zdravstvo tista kvaliteta, ki jo moramo ohraniti. Kakor moramo ohraniti tudi javno šolstvo, ki se srečuje z drugačnimi težavami. Če imamo javno organizirano državo,

pa moramo v te dejavnosti pritegniti boljše kadre in jih seveda tudi boljše plačati.

Lokomotiva (kapital) so torej zdravi in izobraženi ljudje.

Tukaj v tej zgodbi z lokomotivo je velika zabloda; gospodarstvo namreč nastopa šele v drugi fazi. Če javni sektor ne deluje dobro, torej če ni zdravih in visoko kvalificiranih ljudi, gospodarstvo nima primernih resursov in tega bi se morali pri njih precej bolj zavedati. Če bodo nadaljevali z zahtevami po manjših davkih in z zmanjšanjem javnih izdatkov za dejavnosti, kot sta šolstvo in zdravstvo, bodo deležni manj kakovostnih kadrov, manj zdravih delavcev, na koncu bodo imeli bistveno večje stroške, posledično pa bodo manj konkurenčni na trgu. V bistvu gresta javni in zasebni sektor z roko v roki. Toda samo kakovosten javni sektor lahko naprej poganja gospodarstvo.



VEČINA PREBIVALCEV SLOVENIJE JE NEKADILCEV VENDAR ...

40 %

petnajstletnikov
je že kdaj kadilo



9 %

petnajstletnikov
kadi vsak dan



63 %

prebivalcev, ki so kadili
kadarkoli v življenju je prvič
kadilo pred polnoletnostjo



99 %

prebivalcev je prvič
kadilo v starosti 25
let ali manj



24 %

odraslih
prebivalcev
kadi



31. MAJ 2018, SVETOVNI DAN BREZ TOBAKA

**POMEN OSVEŠČENOSTI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV:
VSAK POSAMEZEN ZDRAVSTVENI DELAVEC IN NJIHOVE ORGANIZACIJE
IMAJO KLJUČNO VLOGO PRI PREPREČEVANJU IN ZMANJŠEVANJU
KAJENJA IN PASIVNEGA KAJENJA TER PRI PODPORI BOLNIKOM PRI
OPUSTITVI KAJENJA.**

HELENA KOPRIVNIKAR

Nacionalni inštitut za javno zdravje

TOBAK IN BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

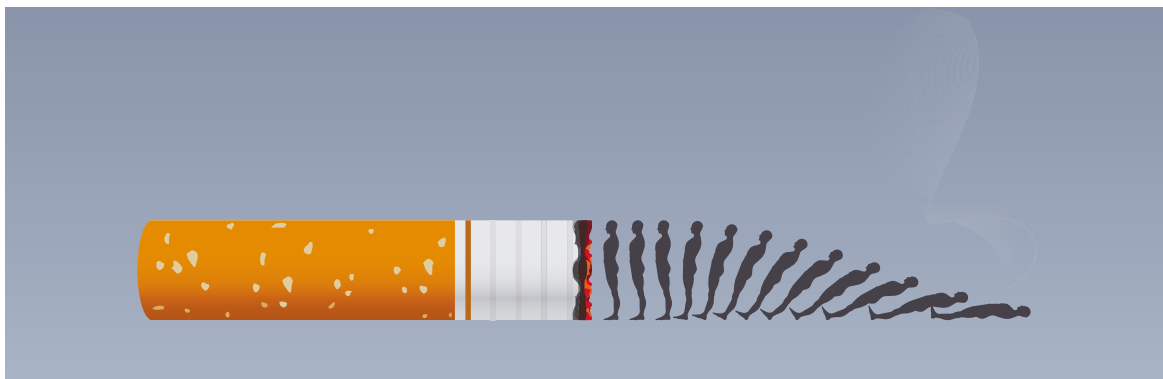
Vsako leto **31. maja obeležujemo svetovni dan brez tobaka**. Na ta dan po vsem svetu opozarjamo na hude posledice uporabe tobaka in spomnimo na ukrepe, ki zmanjšujejo uporabo tobaka in tako varujejo zdravje ljudi. Letos poteka svetovni dan brez tobaka pod globalnim geslom »Tobak in bolezni srca in ožilja«. **Kajenje in pasivno kajenje (izpostavljenost tobačnemu dimu drugih) sta namreč eden najpomembnejših vzrokov za bolezni srca in ožilja in sta v svetovnem merilu vzrok 12 % smrti zaradi bolezni srca in ožilja.**

Kadilci imajo v primerjavi z nekadilci 2–4-krat višje obete za koronarno srčno bolezen in možgansko kap, kajenje pa poveča tudi tveganje za nenadno srčno smrt, aortno anevrizmo in periferno arterijsko bolezen. Tudi kadilci, ki pokadijo manj kot pet cigaret na dan, imajo večje tveganje za bolezni srca in ožilja v primerjavi z nekadilci. Opustitev kajenja zmanjša tveganje za bolezni srca in ožilja, pri bolnikih z že obstoječimi boleznimi srca in ožilja pa za približno za tretjino zniža tveganje za smrt in za akutne dogodke, katerih posledica ni smrt. V obdobju od 2 tednov do 3 mesecev po opustitvi kajenja začne upadati tveganje za srčni infarkt, po 1 letu se tveganje za koronarno srčno bolezen zniža za polovico, po 5–15 letih je tveganje za možgansko kap

podobno tistemu pri nekadilcu, po 15 letih je tveganje za koronarno srčno bolezen podobno tistemu pri nekadilcu. Bolezni srca in ožilja so tudi najpogostejši vzrok smrti zaradi pasivnega kajenja. Pasivno kajenje za 20–30 % poveča tveganje za pojav srčno-žilnih bolezni. Kljub temu da so škodljive posledice kajenja tobaka in pasivnega kajenja na zdravje srca in ožilja že dolgo poznane, pa raziskave v svetu kažejo, da jih kadilci še vedno ne poznajo v celoti in da obstajajo v tem smislu v njihovem znanju velike vrzeli, tudi v razvitih državah.

V Sloveniji kadi približno vsak četrti odrasli prebivalec (delež kadilcev je višji med moškimi kot ženskami), to je približno 317.000 oseb, pasivno pa kadi več kot vsak peti odrasli nekadilec, to je skoraj 304.000 oseb. Vsak posamezen zdravstveni delavec in njihove stanovske organizacije imajo ključno vlogo pri preprečevanju in zmanjševanju kajenja in pasivnega kajenja ter pri podpori njihovim bolnikom pri opustitvi kajenja. Kratek posvet z zdravstvenim delavcem o škodljivosti kajenja in pomembnosti opustitve kajenja je eden najučinkovitejših ukrepov za zmanjševanje kajenja.

Poleg tradicionalnih tobačnih izdelkov pa se pojavljajo tudi novi izdelki, kot so elektronske cigarete in tobačni izdelki, v katerih se tobak segreva, ne gori. Vse bolj priljubljeno postaja tudi kajenje vodnih pip. Pomembno je, da so zdravstveni delavci seznanjeni z



verodostojnimi in neodvisnimi podatki o teh izdelkih, da lahko o njih bolnikom tudi svetujejo. V Sloveniji omenjene izdelke uporablja višji delež mladih kot odraslih. V raziskavi iz leta 2017 smo 17-letne dijake iz vse Slovenije spraševali, katere izdelke so že kdaj poskusili v življenju. Anketirani dijaki so najpogostejše sicer resda navedli cigarete (59 %), vendar pa jih je elektronske cigarete že kdaj uporabilo 37 %, vodne pipe pa 31 %. V zadnjih 30 dneh jih je elektronske cigarete uporabljalo 12 %, medtem ko je bilo v letu 2016 med odraslimi, starimi 25–74 let, takih manj kot 1 %.

Elektronske cigarete so na trgu nekaj več kot deset let in so zato manj raziskane kot tobačni izdelki. Posledic njihove dolgoročne uporabe še ne poznamo. Vemo pa, da vsebujejo številne zdravju škodljive snovi in zato niso neškodljive. Na voljo tudi ni dovolj podatkov o tem, ali so učinkovite kot pomoč pri opuščanju kajenja in jih zato ne priporočamo v te namene. Na voljo pa je znaten obseg dokazov, da njihova uporaba privede do znakov zasvojenosti, prav tako tudi to, da med mladostniki in mladimi odraslimi zvišuje tveganje za kajenje tobačnih izdelkov. Na osnovi vedno številnejših raziskav so mnogi strokovnjaki že mnenja, da elektronske cigarete širijo epidemijo tobaka s tem, da zmanjšajo verjetnost opustitve kajenja in mlade privabljajo h kajenju cigaret. Uporabo elektronskih cigaret odsvetujemo, še posebej otrokom, mladostnikom, nosečnicam, ženskam, ki načrtujejo nosečnost, bolnikom s kroničnimi obolenji (predvsem dihal) in nekadilcem. Uporaba elektronskih cigaret lahko predstavlja korist le za kadilca, ki nikakor ne zmore opustiti kajenja tobaka na drug način, je pa ga potrebno spodbujati, da kasneje opusti tudi elektronske cigarete.

Raziskav o tobačnih izdelkih, v katerih se tobak segreva, ne gori (prvi se je v Sloveniji pojavil proti koncu 2017), je malo in večinoma so to raziskave tobačne industrije, ki jih zaradi komercialnih interesov industrije ne moremo smatrati za neodvisen oz. verodos-

tojen vir podatkov. Neodvisne raziskave kažejo, da ti izdelki niso brez tveganj za zdravje, a so za kakršnekoli zaključke potrebno nadaljnje raziskave.

Vodne pipe se pogosto smatrajo za manj škodljiv tobačni izdelek, kar pa ne drži. Dim vodne pipe vsebuje številne zdravju škodljive snovi, ki so prisotne tudi v dimu cigaret. Vodna pipa proizvaja velike količine dima, kajenje vodne pipe običajno traja dlje kot kajenje ene cigarete in posameznik med enournim kajenjem vodne pipe vdihne toliko dima, kot če bi pokadil 50–200 cigaret. Z vodno pipo se lahko kadijo tudi zeliščni pripravki, ki ne vsebujejo tobaka, a dim, ki pri tem nastaja, vsebuje podobne koncentracije škodljivih snovi, z edino razliko, da v njem ni nikotina. Kajenje vodne pipe je povezano s podobnimi tveganji za zdravje kot kajenje cigaret, to so resne bolezni dihal, srca in ožilja, ustne votline in zob ter različne vrste raka. Raziskave tudi kažejo, da pri mladostnikih, ki sicer ne kadijo drugih tobačnih izdelkov, kajenje vodne pipe pomembno poveča verjetnost, da bodo začeli kaditi druge tobačne izdelke.

Potrebno je, da smo pri obravnavi teh izdelkov zelo previdni, še posebej pa je pomembno, da med otroki, najstniki in mladimi preprečujemo uporabo teh izdelkov. Večina omenjenih izdelkov namreč vsebuje nikotin, ta pa predstavlja pomembno tveganje za te starostne skupine. Nikotin povzroča zasvojenost, mladostniki pa so zelo in bolj kot odrasli dovzetni za zasvojenost z nikotinom. Mlajši, kot je posameznik ob začetku uporabe nikotina, bolj verjetno bo postal zasvojen in bolj bo zasvojen. Nikotin pri mladostniku poveča tudi tveganje za zasvojenost z drugimi psihoaktivnimi snovmi. V obdobju mladostništva in do približno 25. leta starosti poteka intenziven razvoj možganov. Izpostavljenost nikotinu v tem času lahko privede do trajnih škodljivih učinkov na kognitivne sposobnosti. Vsi izdelki, tudi tisti, ki ne vsebujejo nikotina, pa vsebujejo druge in številne zdravju škodljive kemične snovi, ki pomenijo dodatno tveganje za zdravje mladostnika.

#DAJSENASEZNAM

NAGRAJENA KAMPANJA ZA POVEČEVANJE REGISTRA SLOVENIA DONOR

NATALIJA LAMPREHT

Zavod RS za transfuzijsko medicino



Mladi cenijo direktnost: »Povejte direktno, jasno in brez ovinkarjenja, nikar ne bodite pokroviteljski, pa imate mojo pozornost ...«

PREDSTAVLJAJTE SI, DA NE BI BILO NIKOGAR, KO BI POTREBOVALI POMOČ!

V preteklem letu je register potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic Slovenija Donor Zavoda RS za transfuzijsko medicino praznoval 25 let svojega obstoja. V istem letu je Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo, L&L praznovalo 10 let delovanja. Zato smo jubilejno združili moči in splošno javnost, predvsem mlajšo populacijo potencialnih darovalcev, pozvali k vpisu v register. Kampanja je potekala pol leta in v tem času preseгла zastavljene cilje o vpisu 3.000 novih potencialnih darovalcev. Še več, s kampanjo »Daj se na seznam« smo povečali zavedanje o potrebah po da-

rovanju KMC ter skozi njo pridobili mnoge pomembne vpogledе v značilnosti in razmišljanja mlajših populacij.

KAMPANJA JE BILA TAKO USPEŠNA, DA SI JE NA LETOŠNJEM OGLAŠEVALSKEM FESTIVALU SOF ZASLUŽILA VELIKO NAGRADO V KATEGORIJI DRUŽBENO DOBRO.

Po 25 letih obstoja registra Slovenija Donor prvič obsega več kot 20.000 potencialnih darovalcev. Slovenija s tem izpolnjuje merilo za uvrstitev v skupino srednje velikih evropskih registrov, kar povečuje ugled in vpliv registra v mednarodnem prostoru. Obsežnejši kot je register, večja je možnost, da se bo v njem našel bolniku ustrezen



Za vpis v register je potrebno izpolniti medicinski vprašalnik, podati pisno privolitev in oddati bris ustne sluznice.

Več: <http://www.ztm.si/register-darovalcev/slovenija-donor/>

darovalec. Širitev registra je v preteklem letu predvsem zasluga uspešne akcije »Daj se na seznam«.

MLADI CENIJO DIREKTNOST

Skupaj z agencijo Futura DDB d.o.o. smo snovali kampanjo in naš največji izziv je predstavljal prav nagovor ciljni javnosti. V register se namreč lahko vpišejo osebe, stare od 18 do 45 let, zato je jedro komunikacije usmerjeno v mlajše generacije – imenovane milenijce, ki so zahtevna javnost. Naše izkušnje kažejo, da je njihovo osnovno vodilo zelo preprosto: povejte direktno, jasno in brez ovinjarjenja, nikar ne bodite pokroviteljski, pa imate mojo pozornost. Kampanja »DajSeNaSeznam« je namreč naredila natanko to: vstopila v polje njihovega razmišljanja, vzpostavila osebni stik, direktno povedala, kaj in zakaj od njih potrebuje, ter jih prosila za takojšnjo odločitev. Jasen poziv, da s tem, ko se vpišejo v register in se dajo na seznam, naredijo prvi korak k temu, da nekomu pomagajo. V primeru, da so izbrani, pa dejansko lahko nekomu rešijo življenje. Pozornost je bila vzpostavljena, reakcije in odločitve milenijcev pa zelo pozitivno presenetljive!

VEČKRAT IN NA VEČ NAČINOV

Kampanjo smo ob pomoči medijskih sponzorjev plasirali na več kanalov, tako tradicionalnih (tisk, Tv, radio) kot digitalnih. Pozivali smo jih prek Facebooka, Youtuba, spletnih oglasov, in sicer na način, ki je mlade pretresel ter jim omogočal, da se sami za trenutek počutijo vsaj malo tako, kot se počutijo bolniki s krvnimi raki. »Predstavljajte si, da ne bi bilo nikogar, ko bi potrebovali pomoč,« je govoril glas na TV spotu, videu za socialna omrežja, isto so kričali plakati z ulice. In prav tako odločno in trdno so prostovoljci Združenja bolnikov z limfomom in levkemijo prepričevali na več kot 40-ih dogodkih na 30-ih lokacijah po

Sloveniji. Podprli so nas v ŠOU Ljubljana, z nami so pričevali mariborski študenti društva Epruvetka, podpirala so nas mnoga podjetja ter seveda mediji, ki so svojimi objavami poskrbeli, da je naša kampanja dosegla bralce in poslušalce po celi Sloveniji. Prav tako sta k informiranju javnosti doprinesli izredno odmevni novinarski srečanja ob najavi in zaključku kampanje, ko smo praznovali tudi 25. obletnico Slovenija Donor.

PRESENETLJIVI USPEHI

Na rezultate kampanje smo skupaj z Združenjem bolnikov z limfomom in levkemijo izredno ponosni. Za 17 % smo presegle zadani cilj vpisov v register Slovenija Donor. Zastavili smo si 3.000, prepričali pa 3.600 posameznikov, ki so oddali svoj vzorec za vpis. Ob tem smo zabeležili preko 200 osebno poslanih prijavnih vzorcev po pošti, kar predstavlja novo možnost za redno polnjenje registra.

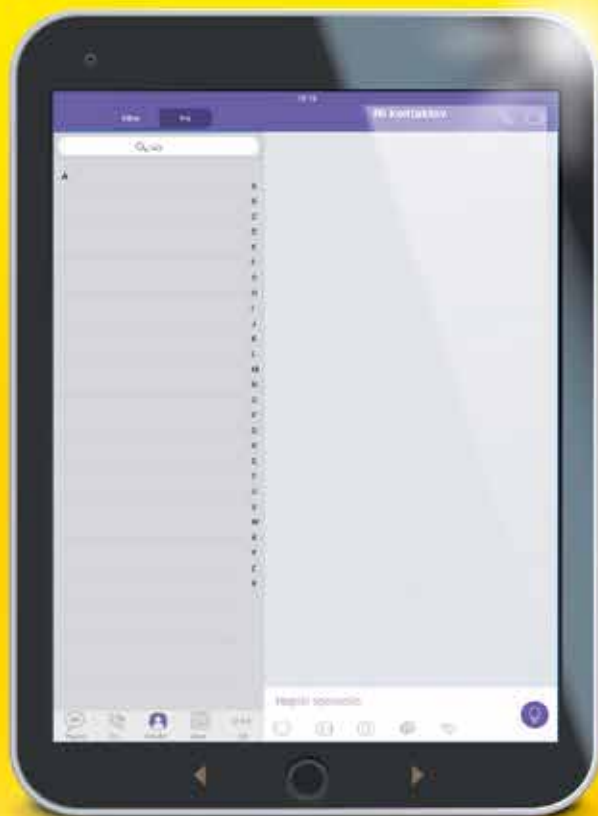
In za piko na i? Nagrada Slovenskega oglaševalskega festivala, ki je našo kampanjo prepoznal kot tisto, ki je tako s kreativnega kot izvedbenega vidika najbolj odločno zaznamovala leto 2017 v smislu ustvarjanja družbenega dobrega.

Uspešnost in izvirnost kampanje je prepoznalo tudi strokovno združenje WMDA (*World Marrow Donor Association*) in naš register Slovenija Donor skupaj z ameriškim registrom Gift of life in braziljskim Redome nominirala za nagrado za izvirnost »Originality Prize«, ki jo bodo podelili na svetovnem kongresu registrov 30. junija.

Zahvaljujemo se Slovenskemu združenju bolnikov z limfomom in levkemijo, ki je zbralo sredstva za izvedbo kampanje in hvala prav vsem, ki ste sodelovali pri širitvi seznama.

Ste se vi že dali na seznam?

PREDSTAVLJAJ SI, DA NE BI BILO NIKOGAR, KO BI POTREBOVAL POMOČ.



Daj se na seznam.

Bolnikom, ki so zboleli za krvnim rakom, številčnejši register potencialnih darovalcev KMC povečuje možnost za preživetje. Pomagaj in se daj na seznam s preprostim odvzemom brisa ustne sluznice.

Več na www.dajsenaseznam.si #DajSeNaSeznam  [dajsenaseznam](https://www.facebook.com/dajsenaseznam)



**SLOVENIJA
DONOR**

Slovenski register potencialnih darovalcev
krvotvornih sestavnih celic



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino



Inštitut za klinično
imunologijo in transfuziologijo



**NOVIS – NOVICE, OBVESTILA, VESTI,
INFORMACIJE SKUPNOSTI.**

Prva številka Novisa je izšla januarja leta 1974. Revija je namenjena zdravstvenemu managementu.

(w) www.zdrzz.si

(f) Zdrúženje zdravstvenih zavodov Slovenije

(t) ZdrúženjeZDRZZ