



— VSEBINA —

MEDNARODNA KONFERENCA VODILNIH V ZDRAVSTVU 2019

ODMEVNA KRVODAJALSKA KAMPANJA

»MANJKAJOČA ČRKA« / RESOLUCIJA ALI REFORMA

NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA?

IMPRESUM REVIJE

ISSN 1580-4917

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

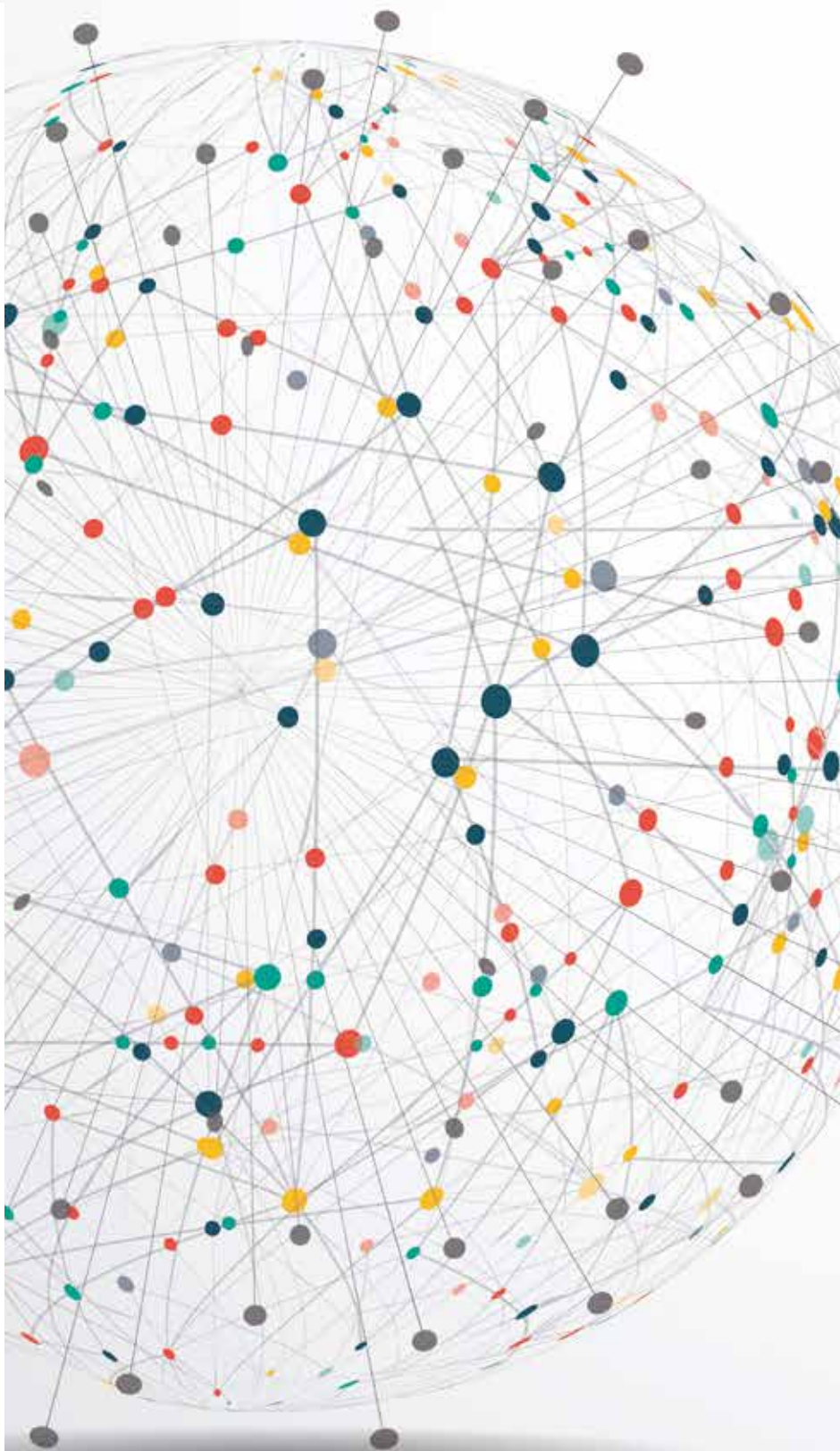
Letna naročnina z DDV: 80 EUR

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.





MEDNARODNA KONFERENCA VODILNIH V ZDRAVSTVU 2019 V LJUBLJANI

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je aktivni član Evropske zveze bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE). Ta predstavlja nacionalna javna in zasebna združenja bolnišnic v državah Evropske unije in Švice. Prizadeva si za izboljšanje zdravja vseh evropskih državljanov in za visoke standarde bolnišnične obravnave.

V okviru HOPE se vsako leto vključujemo v program izmenjave zdravstvenega osebja, ki je namenjen vsem zdravstvenim delavcem in sodelavcem, še zlasti zaposlenim na vodilnih in vodstvenih delovnih mestih. Udeleženci en mesec trajajočega programa v državah EU najboljše od dobrih praks, ki so jih spoznali med izmenjavo, vsako leto predstavljajo na zaključni konferenci HOPE Agora v eni izmed evropskih držav. Letos je ta potekala od 3. do 5. junija 2018 v Stockholmu, na njej pa je Slovenija zasedla 3. mesto na podelitvi nagrad za najboljše predstavitve dobrih praks med 20 državami. Drugo mesto je zasedla Danska, prvo Nizozemska.

Vodstvo HOPE je Slovenijo izbralo za gostovanje zaključne konference HOPE Agora 2019. Konferenca bo pod okriljem združenja potekala od 2. do 4. junija v Ljubljani. Pri izvedbi konference bodo sodelovale tudi druge zdravstvene organizacije, kot sta MZ in ZZS. Predlagana tema konference je »Z dokazi podprto odločanje v zdravstvu«.

Povabilo k organizaciji tako pomembnega mednarodnega dogodka razumemo kot veliko čast in tudi priložnost. Konferenca bo zagotovo

eden izmed največjih mednarodnih dogodkov v zdravstvu, na katerem bo sodelovalo več kot 200 udeležencev iz vrst zdravstvenega managementa iz vse Evrope. Ker bo dogodek medijsko pokrit s strani domačih in tujih medijev, smo v združenju prepričani, da imata Slovenija in celoten zdravstveni sistem z organizacijo takšne konference izvrstno priložnost za promocijo. Istočasno imamo v zdravstvu priložnost za pridobivanje znanj in primerov dobrih praks iz razvitih držav. Vse člane združenja in druge zdravstvene organizacije prijazno vabimo k sodelovanju.

MAJA ZDOLŠEK

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije,
predstavnica Slovenije v HOPE

SEJE ZDRUŽENJA: MAJ, JUNIJ 2018

5. SEJA ODBORA PSIHIATRIČNE BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI

17. maj 2018

/1. Potrditev zapisnika 4. seje Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti /2. Načrt ukrepov za izvajanje standardov in normativov dela zdravnikov v JZZ do 31. 1. 2025 – poročilo delovne skupine /3. Klinični psiholog – sprememba načina financiranja /4. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravlja 2018-2028 /5. Razno

7. SEJA PRAVNE KOMISIJE

7. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 6. seje Pravne komisije /2. GDPR – Poročilo delovne skupine in morebitna problematika uveljavljanja GDPR /3. Uveljavljanje ZZDej-K – odprta vprašanja (priznavanje kompetenc in aktivnosti diplomiranih medicinskih sester, ki so jih SMS pridobile z večletnim delom (38. člen ZZDej-K); sklepanje pogodb o medsebojnem sodelovanju med pravnimi osebami) /4. Opravljanje pripravništev, sekundariata in specializacij /5. Razno

5. SEJA KOMISIJE ZA KAKOVOST

12. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 4. seje Komisije za kakovost /2. Poročilo o sestanku s predstavniki Ministrstva

za zdravje /3. Imenovanje delovnih skupin /4. Predstavitev dobrih praks /5. Razno

8. SEJA ODBORA BOLNIŠNIČNE DEJAVNOSTI

18. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 7. seje Odbora bolnišnične dejavnosti /2. Poslovanje JZZ HIII 2018 in predlog Aneksa št. 1 k SD 2018 /3. E-posvet /4. Načrtovanje specializacij /5. Priprava na organizacijo letne konference Evropskega združenja bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE) v Sloveniji /6. Predlog enotnega pravilnika o kliničnih preizkušanjih za ustanove /7. Predstavitev problema vzpostavitve intenzivnega pedopsihiatričnega oddelka /8. Projekt »Pametni sistem integriranega zdravstva in oskrbe RS« /9. Razno

8. SEJA ODBORA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

18. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 7. seje Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti /2. Poslovanje JZZ HIII 2018 in predlog Aneksa št. 1 k SD 2018 /3. E-posvet /4. Načrtovanje specializacij /5. Priprava na organizacijo letne konference Evropskega združenja bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE) v Sloveniji /6. Predlog enotnega

pravilnika o kliničnih preizkušanjih za ustanove /7. Predstavitev problema vzpostavitve intenzivnega pedopsihiatričnega oddelka /8. Projekt »Pametni sistem integriranega zdravstva in oskrbe RS« /9. Razno

8. SEJA UPRAVNEGA ODBORA

20. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 7. seje Upravnega odbora /2. Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 /3. Priprava na organizacijo letne konference Evropskega združenja bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE) v Sloveniji /4. Razpis za direktorja/ico združenja /5. Razno

3. SEJA KOMISIJE ZA INFORMACIJSKE SISTEME

22. junij 2018

/1. Potrditev zapisnika 2. seje Komisije za informacijske sisteme /2. Projekt eNaročanje (SLA pogodba med NIJZ in izvajalci) /3. Priprava predstavitve Enotnega informacijskega sistema za področje zdravstva z vidika izvajalcev /4. Uvedba Elektronskega potrdila o upravičenosti od dela (eBOL) – projekt ZZS /5. Ponovna izvedba ankete o stanju informatike v zdravstvu /6. Razno

VSEBINA



**Z ZELO OMEJENIMI KADROVSKIMI
IN FINANČNIMI VIRI V UKC
LJUBLJANA DELAMO ČUDEŽE**

16

Pogovor z Alešem Šabedrom, generalnim
direktorjem UKC Ljubljana.



**RESOLUCIJA ALI REFORMA NA
PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA?**

10

Resolucija o nacionalnem programu duševnega
zdravja 2018–2028 predvideva, da se v 10-letnem
obdobju na primarni ravni vzpostavi 25 centrov
za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter 25
centrov za duševno zdravje odraslih.

JUNIJ 2018

KOMENTAR

- 1** MEDNARODNA KONFERENCA
VODILNIH V ZDRAVSTVU 2019 V
LJUBLJANI

NA KRATKO

- 4** TRETJE MESTO SLOVENIJI
NA HOPE AGORA 2018
4 13. ŠPORTNE IGRE SLOVENSКИH
BOLNIŠNIC V 2018
5 »ROZA KNJIGA« ZA LETO 2017

AKTUALNO

- 6** REZULTATI POSLOVANJA
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V
OBDOBJU JANUAR-MAREC 2018
10 RESOLUCIJA ALI REFORMA NA
PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA?
14 DAVČNI NADZORI ZA LETO 2011 -
SODNA PRAKSA

POGOVOR

- 16** »Z ZELO OMEJENIMI KADROVSKIMI
IN FINANČNIMI VIRI V UKC
LJUBLJANA DELAMO ČUDEŽE«

NOVOSTI

- 21** NAZAJ K IZVIRNIM NAČELOM
EKONOMIKE IN VODENJA V
ZDRAVSTVU, 25. STROKOVNO
SREČANJE DEVZ
31 CENTER ZA KREPITEV
ZDRAVJA ZD POSTOJNA
31 VRHUNSKI DOSEŽKI GOLNIŠKIH
RAZISKOVALCEV
32 ODMEVNA KAMPANJA
»MANJKAJOČA ČRKA« V ZTM RS

TRETJE MESTO SLOVENIJI NA HOPE AGORA 2019



Slovenija je 5. junija 2018 na zaključni konferenci programa izmenjave zdravstvenega osebja v okviru Evropske zveze bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE) v Stockholmu zasedla tretje mesto med 20 državami. Prvo mesto je zasedla Nizozemska, drugo pa Danska. Primere dobrih praks iz Slovenije so na konferenci v Stockholmu predstavile udeleženke iz Španije, Latvije in Velike Britanije, ki smo jih v združenju in v UKC Ljubljana gostili vsak po dva tedna.

Program izmenjave zdravstvenega osebja, ki je

letos potekal od 7. maja do 4. junija, udeležencem nudi boljši vpogled v delovanje zdravstvenega sistema in bolnišnic v Evropi, obenem pa spodbuja izmenjavo znanja in primerov dobrih praks med zdravstvenimi strokovnjaki. Udeleženci so letos preučevali primere dobrih praks osredotočenja na bolnike, njihovo aktivno vključevanje v procese zdravstvene obravnave in upoštevanje njihovih izkušenj pri zviševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ter organizacije sistema zdravstvenega varstva.

13. ŠPORTNE IGRE SLOVENSКИH BOLNIŠNIC V 2018

Odbor bolnišnične dejavnosti je na 7. seji sprejel sklep, da bodo letošnje športne igre slovenskih bolnišnic potekale na Bledu. Glavni organizator iger bo združenje, pokroviteljstvo nad dogodkom pa je prevzela Splošna bolnišnica Jesenice, ki sicer letos praznuje 70. obletnico. Predlog termina za izvedbo iger na Bledu je 29. 9. 2018.



»ROZA KNJIGA« ZA LETO 2017

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je v juniju izdalo redno letno publikacijo **Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije** za leto 2017. Prvi del knjige vsebuje vrste, obseg in gibanje ekonomskih kategorij, ki so jih zavodi kot določeni proračunski uporabniki izkazovali v svojih letnih poročilih za leto 2017 in za pretekla leta. Drugi del vsebuje finančne in kadrovske podatke, podatke o številu postelj, opravljenem obsegu dela, druge podatke po posameznih zavodih in podatke o posameznih dejavnostih (za vse zavode skupaj, določene podatke po območnih enotah). Iz zbranih podatkov so izračunani tudi kazalniki in kazalci. Vabljeni k ogledu.



RAZPIS ZA DELOVNO MESTO DIREKTORJA (M/Ž) ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE

Na podlagi Statuta Skupnosti zavodov - Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije (Uradni list RS, št. 36/14) Upravni odbor Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva 38, 1000 Ljubljana razpisuje delovno mesto **direktorja (m/ž) za štiriletni mandat**.

Za direktorja združenja je lahko imenovana oseba, ki poleg pogojev, določenih v zakonu, izpolnjuje še naslednje, s statutom določene pogoje:


- da ima univerzitetno izobrazbo,
- da ima najmanj pet let delovnih izkušenj na vodilnih delovnih mestih,
- da pozna delovanja sistema zdravstvenega varstva in

zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene dejavnosti v Sloveniji,

- da predloži usmeritve delovanja združenja.

Kandidati svoje prijave z dokazili pošljejo v roku 14 dni po objavi, kar pomeni **do vključno 6. 7. 2018** na naslov: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana, s pripisom na ovojnici »za razpis, ne odpiraj«.

O izboru bodo kandidati obveščeni **do 15. 9. 2018**. Kandidati se lahko z delovanjem združenja seznanijo na spletni strani <http://www.zdrzz.si>.



ZDRUŽENJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE JE POSREDOVALO PARTNERJEM POBUDO ZA SKLENITEV ANEKSA ŠT. 2 K SD 2018, SAJ Z ANEKSEM 1 K SD 2018, KI GA JE DNE 14. 6. 2018 SPREJELA VLADA RS ŠE VEDNO NISO BILI SPREJETI SISTEMSKI UKREPI, NA KATERE ZDRUŽENJE VES ČAS OPOZARJA. KLJUB POVIŠANJU CEN ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA 5 % V SD 2018 IMAJO NAMREČ ZDRAVSTVENI ZAVODI VSE VEČJE LIKVIDNOSTNE TEŽAVE. Z ANEKSEM 2 K DOGOVORU 2018 JE ZDRUŽENJE TAKO PONOVO ZAHTEVALO DVIG CEN ZDRAVSTVENIH STORITEV ZARADI POVIŠANJA STROŠKOV NA PODROČJU PLAČ, PRIZNANJA REGRESA IN DODATNEGA POKOJNINSKEGA ZAVAROVANJA.

REZULTATI POSLOVANJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V OBDOBJU I-III 2018

OBJAVLJAMO REZULTATE POSLOVANJA ČLANOV
ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE ZA
PRVO TROMESEČJE 2018.

TATJANA JEVIŠEVAR, MAG. TANJA DE GLERIA

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija

REZULTATI POSLOVANJA, UGOTOVLJENI PO NAČELU NASTANKA POSLOVNEGA DOGODKA

PRIHODKI

Celotni prihodki so bili v obdobju I-III 2018 v vseh JZZ višji za 14.430.095 EUR ali 3,0 % v primerjavi z enakim obdobjem leta 2017. Od tega so bili:

- v bolnišnicah višji za 19.665.300 EUR ali za 5,8 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017,
- v zdravstvenih domovih so bili nižji za 8.573.050 EUR ali za 7,3 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017 in
- v drugih zavodih so bili višji za 3.337.845 EUR ali za 13,9 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017.

Tabela 1: Prihodki in odhodki JZZ (po načelu poslovnega dogodka) v EUR

	obdobje		indeks
	realizacija I-III 2017	realizacija I-III 2018	I-III 2018 / I-III 2017
CELOTNI PRIHODKI			
bolnišnice	336.577.275	356.242.575	105,8
zdravstveni domovi	117.448.475	108.875.425	92,7
drugi zavodi	23.995.602	27.333.447	113,9
SKUPAJ	478.021.352	492.451.447	103,0
CELOTNI ODHODKI			
bolnišnice	352.785.964	370.390.459	105,0
zdravstveni domovi	116.245.706	109.328.842	94,0
drugi zavodi	24.992.648	28.035.145	112,2
SKUPAJ	494.024.318	507.754.447	102,8

* brez ZD Izola

ODHODKI

Celotni odhodki so bili v obdobju I-III 2018 v vseh JZZ višji za 13.730.128 EUR ali 2,8 % v primerjavi z enakim obdobjem leta 2017. Od tega so bili:

- višji v bolnišnicah za 17.604.495 EUR ali za 5,0 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017,
- v zdravstvenih domovih so bili nižji za 6.916.864 EUR ali za 6,0 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017 in
- v drugih zavodih so bili višji za 3.042.497 EUR ali za 12,2 % v primerjavi z obdobjem I-III 2017.

POSLOVNI IZID (PO NAČELU POSLOVNEGA DOGODKA)

V obdobju I-III 2018 je izkazalo izgubo 51 JZZ, ob koncu leta 2017 pa 45 JZZ (ind.=113,3).

Od tega je bilo:

Tabela 2: Poslovni izid JZZ (po načelu poslovnega dogodka) v EUR

	obdobje				indeks I-III 2018 / I-III 2017
	realizacija I-III 2017		realizacija I-III 2018		
		% v CP		% v CP	
PRESEŽEK					
bolnišnice	127.939	0,0	450.810	0,1	352,4
zdravstveni domovi	2.315.720	2,0	1.630.278	1,5	70,4
ostali zavodi	274.534	1,1	57.966	0,2	21,1
SKUPAJ	2.718.193	0,6	2.139.054	0,4	78,7
IZGUBA					
bolnišnice	16.336.628	4,6	14.598.694	3,9	89,4
zdravstveni domovi	1.112.952	1,0	2.083.696	1,9	187,2
ostali zavodi	1.271.580	5,1	759.664	2,7	59,7
SKUPAJ	18.721.160	3,8	17.442.054	3,4	93,2

* brez ZD Izola

- število bolnišnic z izgubo v obdobju I-III 2018 19, konec leta 2017 pa jih je bilo 11 (ind.=172,7),
- število zdravstvenih domov z izgubo v obdobju I-III 2018 29, konec leta 2017 pa jih je bilo 33 (ind.= 87,9),
- število drugih zavodov z izgubo v obdobju I-III 2018 3, konec leta 2017 pa je bil le 1 (ind.=300,0).

Presežek prihodkov nad odhodki vseh JZZ znaša 2.139.054 EUR in je za 21,3 % nižji v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta. **Skupna višina ugotovljene izgube** znaša 17.442.054 EUR in je nižja za 6,8 % v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta.

V **bolnišnicah** v obdobju I-III 2018 znaša **izguba** 14.598.694 EUR in je nižja za 10,6 % v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta. **Presežek** prihodkov v bolnišnicah znaša 450.810 EUR in je za 252,4 % višji glede na isto obdobje preteklega leta. Skupen znesek izgube v bolnišnicah je v tem obdobju presegal vrednost presežka za 14.147.884 EUR in znaša 3,9 % realiziranih celotnih prihodkov v obravnavanem obdobju.

V **zdravstvenih domovih** znaša v obdobju I-III 2017 **izguba** 2.083.696 EUR in je višja za 87,2 % v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta. **Presežek** prihodkov v zdravstvenih domovih znaša 1.630.278 EUR. Presežek je nižji glede na isto obdobje preteklega leta za 29,6 %. Skupen znesek izgube v zdravstvenih domovih je v tem obdobju presegal vrednost presežka za 453.418 EUR in

je znašal 1,9 % realiziranih celotnih prihodkov v obravnavanem obdobju.

V **drugih zavodih** (NIJZ, ZTM, Slovenija transplant, NLZOH) beležijo v obdobju I-III 2018 **presežek** prihodkov nad odhodki v višini 57.966 EUR, ki je za 78,9 % nižji v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta. Skupna višina **izgube** znaša 759.664 EUR in je nižja za 40,3 % v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta. Skupen znesek izgube v drugih zavodih je v tem obdobju presegal znesek presežka za 701.698 EUR in znaša 2,7 % realiziranih celotnih prihodkov v tem obdobju.

NEPORAVNANE OBVEZNOSTI

Iz podatkov o neporavnanih obveznostih na dan 31. 3. 2018 je razvidno, da je znašala višina neporavnanih obveznosti v vseh JZZ 32.464.517 EUR in je bila za 983.794 EUR ali za 2,9 % nižja kot na dan 31. 12. 2017. Od tega so se neporavnane obveznosti po zapadlosti:

- do 30 dni znižale za 14.106.596 EUR ali za 57,1 %,
- od 30 do 60 dni so se zvišale za 12.001.299 EUR ali za 258,8 %,
- od 60 do 120 dni so se zvišale za 1.091.907 EUR ali za 40,7 % in
- nad 120 dni so se malenkost zvišale, in sicer za 29.597 EUR ali 2,1 %.

Slika 1: Stanje neporavnanih zapadlih obveznosti (v milijonih EUR)

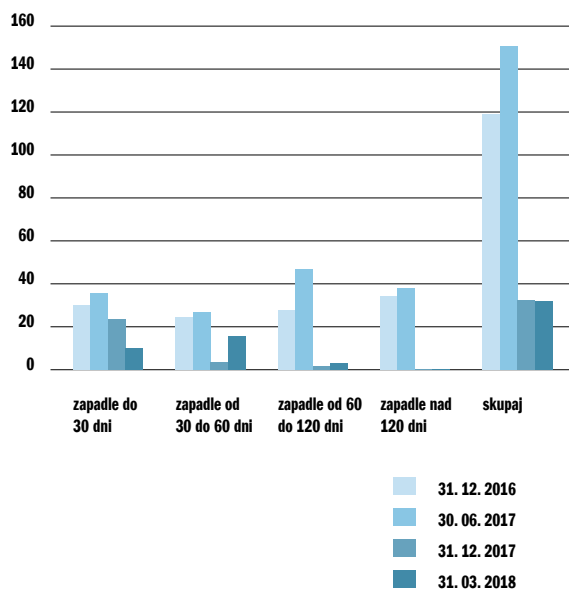


Tabela 3: Stanje neporavnanih zapadlih obveznosti v EUR

a.: 12/31/2016 c.: 12/31/2017 ind.: d/c	b.: 6/30/2017 d.: 31.03.2018*	zapadle do 30 dni	zapadle od 30 do 60 dni	zapadle od 60 do 120 dni	zapadle nad 120 dni	skupaj
- bolnišnice	a.	29.995.551	24.785.431	28.365.504	35.377.652	118.524.138
	b.	35.940.368	27.167.122	47.539.530	37.138.833	147.785.853
	c.	23.970.272	4.340.342	2.470.699	1.298.155	32.079.467
	d.	9.403.753	16.125.987	3.596.199	1.343.030	30.468.969
	ind.	39,2	371,5	145,6	103,5	95,0
- zdravstveni domovi	a.	622.244	208.095	47.649	76.041	954.030
	b.	107.080	159.976	9.964	1.949.512	2.226.532
	c.	752.133	296.072	214.446	102.182	1.364.833
	d.	632.871	125.431	129.236	87.025	974.563
	ind.	84,1	42,4	60,3	85,2	71,4
- drugi zavodi	a.	17.423	0	0	0	17.423
	b.	676.548	185.333	72.962	0	934.843
	c.	3.889	0	0	122	4.011
	d.	583.074	386.294	51.616	0	1.020.985
	ind.	14.992,9	/	/	/	25.454,6
SKUPAJ	a.	30.635.218	24.993.527	28.413.153	35.453.693	119.495.591
	b.	36.723.996	27.512.431	47.622.456	39.088.345	150.947.228
	c.	24.726.295	4.636.414	2.685.144	1.400.458	33.448.311
	d.	10.619.699	16.637.713	3.777.051	1.430.055	32.464.517
	ind.	42,9	358,8	140,7	102,1	97,1

* brez ZD Izola

POVZETEK

Iz podatkov o poslovanju JZZ za obdobje I-III 2018 v primerjavi z istim obdobjem preteklega leta je razvidno, da so rezultati poslovanja v tem obdobju leta 2018 slabši od rezultatov v istem obdobju lanskega leta, kljub temu da so se cene zdravstvenih storitev v letu 2018 z uveljavitvijo SD 2018 povišale za 5 %, saj je višina izkazane izgube za 15,3 mio EUR višja od ugotovljenega presežka in se je v tem obdobju ponovno povečalo število JZZ, ki so izkazali izgubo.

Razloga za poslabšanje rezultatov poslovanja sta predvsem dva:

- na nivoju prihodkov: cene zdravstvenih storitev so se povišale od 1. 3. 2018 dalje, torej v zadnjem mesecu obravnavanega obdobja, v prvih dveh mesecih pa so bile v višini lanskega leta, zato je bil učinek povišanja cen na prihodke JZZ le v zadnjem mesecu obravnavanega obdobja (ob predpostavki, da so JZZ upoštevali kot prihodek za OZZ s strani ZZS v višini prejetih akontacij za prve tri mesece 2018) in

- na nivoju odhodkov: višji stroški dela, ki so posledica vseh dosedanjih zakonskih povišanj stroškov dela od leta 2015 dalje, ki pa nimajo ustreznega pokritja v cenah zdravstvenih storitev, torej v prihodkih.

V primerjavi z realiziranimi rezultati ob koncu lanskega leta je za 13,3 % naraslo tudi število JZZ, ki so izkazali izgubo, saj je teh kar 51. Tudi podatki o neporavnanih zapadlih obveznostih kažejo, da se je skupna višina neporavnanih zapadlih obveznosti na dan 31. 3. 2018 sicer znižala za 2,9 % v primerjavi s stanjem ob koncu leta 2017, vendar so kar za 258,8 % narasle zapadle neporavnane obveznosti od 30 do 60 dni in za 40,7 % zapadle neporavnane obveznosti od 60 do 120 dni, kar kaže na to, da likvidnostne težave v JZZ še vedno otežujejo njihovo poslovanje.

Podatki torej potrjujejo stališče Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, da je povišanje cen zdravstvenih storitev za leto 2018 prenizko, zato je odločitev, da si kot partner v pogajanjih prizadeva za uveljavitve dodatnega povišanja cen zdravstvenih storitev v najkrajšem možnem času, nujna in pravilna.



Z ANEKSOM ŠT. 1 K SPLOŠNEMU DOGOVORU ZA POGODBENO LETO 2018 JE VLADA RS SPREJELA MREŽO REGIONALNIH CENTROV ZA CELOSTNO OBRAVNAVO OTROK S POSEBNIMI POTREBAMI (CZO) KOT DEL MREŽE OZIROMA KREPITEV RAZVOJNIH AMBULANT.

RESOLUCIJA ALI REFORMA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA?

ZBRALA IN UREDILA: MIRIAM KOMAC

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija

Marca 2018 je bila v Državnem zboru sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (RNPZ), ki predvideva, da se v 10-letnem obdobju na primarni ravni vzpostavi 25 centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) in 25 centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO).

RNPZ predvideva vzpostavitev prvih 3 CDZOM in 2 CDZO ter 1 subspecialističnega tima za ambulantno obravnavo otrok in mladostnikov na terciarni ravni že v letu 2019. Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 se prvi CDZOM in CDZO zagotavljajo v ZD Kočevje, ZD Postojna in ZD Novo mesto.

Z RNPZ se prilagaja in dopolnjuje delovanje služb in storitev na področju duševnega zdravja. Z namenom boljše dostopnosti in učinkovitosti se v letu 2019 uvajajo:

1. **Regionalni centri za zgodnjo obravnavo (CZO)**, ki bodo nadomestili dosedanje razvojne ambulante.

2. **Regionalni centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM)**, ki bodo omogočali lokalno dostopnost, zgodnjo in strokovno ter multidisciplinarno obravnavo otrok in mladostnikov (0–19 let) s težavami v duševnem zdravju ter njihovih staršev v okviru osnovnega zdravstvenega varstva in v tesnem sodelovanju z drugimi službami, šolskimi strokovnimi delavci, učitelji in strokovnimi delavci v CSD.

3. **Regionalni centri za duševno zdravje odraslih (CDZO)** (za starejše od 19 let) so organizacijska struktura, ki prek preventivnih in zdravljenju namenjenih služb omogoča izboljšanje dostopa do storitev za duševno zdravje in odgovarja na

potrebe odrasle populacije, med katerimi so tudi starejši.

4. **Subspecialistični timi na državni oziroma regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov** s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji. Obravnavali bodo otroke in mladostnike, razvijali protokole obravnave, ponujali konzultacije ter izobraževali multidisciplinarne time na lokalni ravni.

Ministrstvo za zdravje je maja 2018 imenovalo delovno skupino, v kateri sodeluje tudi predstavnik združenja, in katere naloga je, da za nove time v letu 2018 oblikuje klinične smernice in protokol sodelovanja notranjih in zunanjih deležnikov, metodologijo izobraževanja in usposabljanja strokovnega kadra, pripravo mreže in prednostne kriterije za dodelitev multidisciplinarnih timov ter metodologijo spremljanja in evalvacije.

CENTER ZA ZGO- DNJO OBRAVNAVO OTROK S POSEB- NIMI POTREBAMI



**zgodnja obravnavna otrok
20.000 otrok**

KADROVSKA SESTAVA

Kadrovska sestava z dopoljenimi timi centra za zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami, ki pokriva območje **20.000 otrok**, je:

- zdravnik specialist pediatra (1),
- diplomirana medicinska sestra (1),
- zdravstveni tehnik (1),
- nevrofizioterapevt (3),
- delovni terapevt (2),
- klinični logoped ali logoped (2),
- specialist klinične psihologije (1),

- specialni pedagog (1),
- socialni delavec (1).

Do konca leta 2020 bo vseh 42 razvojnih ambulant kadrovske in finančno okrepjenih in del mreže centrov za celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami

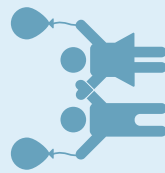
NALOGE

Naloga tima centra za zgodnjo obravnavo otrok s posebnimi potrebami:

- enotna vstopna točka za otroke in mladostnike z razvojnimi motnjami ter njihove družine,
- terensko delo/obiski na domu.

- zgodnja diagnostika pediatra in/ali psihologa,
- terapevtska, nevrofizioterapevtska, logopedska, delovnoterapevtska, specialno pedagoška obravnavna, psihosocialna pomoč družini,
- razširjene timske konzultacije z drugimi strokovnimi službami (vrtači, razvojni vrtači, šole, druge izobraževalne ustanove, CSD, hospitalne enote),
- terensko delo/obiski na domu.

CENTER ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV



**0 do 19 let
16.000 otrok**

Z vzpostavitvijo 25 regijskih CDZOM bo odgovorjeno glede na potrebe otrok in mladostnikov v vsej Sloveniji.

KADROVSKA SESTAVA

Kadrovska sestava CDZOM/tima za duševno zdravje otrok, mladostnikov (stariimi od 0 do 19 let) in njihovih družin, ki pokriva območje s **16.000 otroki in mladostniki**:

- specialist otroške in mladostniške psihiatrije (1),
- specialist klinične psihologije (4),
- psiholog (1),
- specialni pedagog /delovni terapevt/socialni pedagog (2),
- socialni delavec (1),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- zdravstveni tehnik (1),
- administrator (1).

NALOGE CDZOM

- sistematski psihološki pregledi triletnikov,
 - zgodnja diagnostika pedopsihiatra/kliničnega psihologa,
 - terapevtska pedopsihiatrična, klinično psihološka, specialnopedagoška, socialnopedagoška, delovnoterapevtska, socialna obravnavna otrok,
 - izvajanje urgentne tiražne službe v CDZOM – v prehodnem obdobju do vzpostavitve celotne mreže CDZOM bosta vzpostavljena dva urgentna centra (UKC Ljubljana in UKC Maribor) za obravnavo nujnih primerov, v katera se vključijo vsi delujoči specialisti otroške in mladostniške psihiatrije,
 - izvajanje multidisciplinarnih timskih obravnav s strokovnjaki zunanjih institucij, ki so udeleženi v obravnavi posameznega primera (strokovnjaki s CSD-jev, vrtev, šol), z dokazi
- podprte psihoterapevtske intervencije, intervencije na domu pri otrocih/mladostnikih, po merilih za skupnostno obravnavo in krizne intervencije na domu,
- svetovanja ob kriznih situacijah, akutnih stanjih,
- izobraževanje lokalnih svetovalnih služb v vrtcih in šolah,
- izvajanje programa starševstva neverjetna leta v skupini 10–12 staršev, izvajanje programov starševstva na domu – začetna izvajanja v družinah z velikimi tveganji in šibkim sodelovanjem ter
- sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo v lokalnem okolju, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja oziro ma poslabšanja duševne motnje.

CENTER ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH



odrasli
50.000–70.000 odraslih

KADROVSKA SESTAVA

Regionalni tim za ambulantno obravnavo je pristojen za **50.000–70.000** prebivalcev, sestavljajo ga:

- specialist psihiater (1),
- specialist klinične psihologije (3),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (1),
- socialni delavec (1),
- administrator (0,5),

Regionalni tim za skupnostno psihiatrično obravnavo je pristojen za **50.000–70.000** prebivalcev, sestavljajo pa ga:

- specialist psihiatrije (1),
- delovni terapevt (1),
- specialist klinične psihologije (1),
- diplomirana medicinska sestra (DMS) (5),
- socialni delavec (1),
- administrator (0,5).

NALOGE CDZO

- triza in krizne intervencije,
- zgodnja diagnostika in obravnavo odraslih z duševnimi motnjami v ambulantni (stresne motnje, anksiozne motnje, motnje razpoloženja, stabilna stanja psihoz),
- zgodnja diagnostika,
- psihoterapevtska individualna, partnerska/družinska in skupinska obravnavo,
- ambulantna obravnavo odvisnih od alkohola in njihovih svojcev po aktualnih smernicah,
- akutno psihiatrično zdravljenje v domačem okolju, ki naj kar najbolj prepreči hospitalizacije,
- intenzivno spremljanje in obvladovanje psihičnih stanj, ki niso stabilna in lahko ob poslabšanju pomenijo nevarnost za paciente in za druge,
- nepretrgano spremljanje in zdravljenje ljudi z dolgotrajnimi psihičnimi motnjami, da bi preprečili institucionalizacije v zavodih in jih kar najdlje obdržali v domačem okolju,
- sodelovanje s psihiatričnimi bolnišnicami pri napatitvi oseb z akutnim poslabšanjem zdravstvenega stanja in pri vračanju oseb nazaj v domače okolje,
- sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo, krepitev duševnega zdravlja in preprečevanje razvoja oziroma poslabšanja duševne motnje,
- sodelovanje z izvajalci psihosocialne rehabilitacije v skupnosti (izvajalci socialno varstvenih programov v skupnosti), CSD in drugimi.

Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018 je Vlada RS sprejela mrežo Regionalnih centrov za celostno obravnavo otrok s posebnimi potrebami (CZO) kot del mreže oziroma krepitev razvojnih ambulant. Sprejeta sta standarda Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter Center za duševno zdravje odraslih, ki ga sestavljata dva tima, in sicer tim za ambulantno obravnavo in tim za skupnostno psihiatrično obravnavo. Začetek financiranja novih standardov je 1. 1. 2019.

Zaradi pomanjkanja kadrov in velike problematike na področju duševnega zdravlja se bodo lahko CDZOM, CDZO in CZO vzpostavljali ob predpisani minimalni sestavi interdisciplinarnega tima v Prilogi I Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019, ki pa se bo morala dopolniti do optimalne predpisane sestave tima v dveh letih.

(Vir: RNPĐZ 2018-2028 in Predlog Aneksa št. 1 k SD 2018)

DAVČNI NADZORI ZA LETO 2011 – SODNA PRAKSA

TATJANA JEVŠEVAR, JANJA MOČAN

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija

V letu 2014 je Finančna uprava Republike Slovenije opravila vrsto davčnih inšpekcijskih nadzorov (DIN) davka ter prispevkov od dohodkov fizičnih oseb iz zaposlitve za obdobje od 1. 1. 2011 do 31. 12. 2011. V postopku inšpiciranja je davčni organ ugotavljal, da so JZZ zdravnikom na podlagi pogodb o strokovnem sodelovanju za opravljena dežurstva in opravljanje občanske zdravniške službe (operacije, specialistične dejavnosti...) plačevali račune, ki so jih izdali zdravniki kot samostojni podjetniki (s. p.), družbe z omejeno odgovornostjo (d. o. o.) oziroma zavodi. Na tak način so se izvajala izplačila tako za zdravnike, ki so bili v tem JZZ zaposleni, kot tudi za zdravnike, ki so bili zaposleni v drugih JZZ in so opravljali zdravniško službo pri davčnem zavezancu le občasno.

FINANČNA UPRAVA JE UGOTOVILA, DA

- pri zdravnikih, ki so bili v delovnem razmerju pri izplačevalcu, se plačila računov, izstavljenih s strani s.p., štejejo za delno plačilo plače (37. člen ZDoh-2);
- pri zdravnikih, ki so v rednem delovnem razmerju pri drugih javnih zavodih, se plačila po računih štejejo za plačilo po podjemnih pogodbah (38. člen ZDoh-2).

Navedeno ugotovitev je FURS utemeljeval s tem da se je storitev opravljala po pogodbah, ki so dejansko „navidezne“, saj je bil njihov pravi namen doseči višje

plačilo za nadurno delo in hkrati čim ugodnejšo obdavčitev.

V sodnih postopkih je Vrhovno sodišče RS v treh zadevah v prvem trimesečju letošnjega leta ugotovilo, da je bilo na podlagi v letu 2011 veljavnega 65. člena ZZdrS JZZ dovoljeno sklepati pogodbe civilnega prava *le z zdravniki kot fizičnimi osebami*.

Kljub temu, da so pri JZZ zaposleni zdravniki na podlagi podjemnih pogodb tudi izven svojega rednega delovnega časa dejansko opravljali enako delo kot v svojem delovnem času, to ne pomeni, da so bile pogodbe sklenjene v nasprotju s 65. členom ZZdrS. Pri presoji pravne narave razmerja je treba namreč upoštevati tudi določbo drugega odstavka 11. člena Zakona o delovnih razmerjih, ki v zakonsko predvidenih primerih dopušča, da se delo, kljub temu, da se opravi v obliki, ki ima elemente delovnega razmerja, opravi na podlagi pogodbe civilnega prava. V inšpiciranem obdobju je ravno 65. člen ZZdrS predstavljal zakonsko podlago za takšno izjemo, saj je v primerih, kot je tudi obravnavani, zaradi varovanja širšega javnega interesa - nemotenega izvajanja javne zdravstvene dejavnosti, pod izjemnimi pogoji, dopuščal večjo avtonomijo pogodbenih strank in predstavljal podlago za to, da so javni zdravstveni zavodi oziroma druge pravne ali fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in zdravniki svoja (delovnopravna) razmerja v zvezi z izvajanjem javne zdravniške službe lahko urejali tudi s pogodbami civilnega prava.



Tri odločitve VSRS:

VSRS Sodba in sklep X Ips 360/2016

VSRS Sodba X Ips 364/2016

VSRS Sodba in sklep X Ips 15/2017

Ne glede na to, da dejanske okoliščine, ki jih je sodišče ugotovilo v zvezi s prejemki pri v JZZ zaposlenih zdravnikov (ki so pogodbe o opravljanju zdravstvenih storitev sklepali kot samostojni podjetniki), kažejo, da je imela tudi ta oblika sodelovanja elemente delovnega razmerja, je treba v zvezi z obdavčitvijo in obremenitvijo na tej podlagi izplačanih dohodkov s prispevki, upoštevati določbo drugega odstavka 11. člena ZDR, ki v zakonsko predvidenih primerih dopušča, da se delo, kljub temu, da se opravi v obliki, ki ima elemente delovnega razmerja, opravi na podlagi pogodbe civilnega prava. V inšpiciranem obdobju je bil ravno 65. člen ZZdrS, na katerega se v reviziji sklicuje revidentka, zakonska podlaga za takšno izjemo.

Če obstaja zakonska podlaga za dodatno plačilo zdravnikov po podjemni pogodbi ali drugi pogodbi civilnega prava, je tudi prejemke zdravnikov, izplačane na tej podlagi treba davčno obravnavati po razmerju ustreznem pravnem temelju, ki ustreza tej ekonomski vsebini.

Iz navedenih razlogov bi morali biti po stališču Vrhovnega sodišča dohodki vseh zdravnikov (čeprav formalno samostojnih podjetnikov in zdravnikov, ki so delo opravljali preko d. o. o. oziroma zavoda), ki jih je JZZ izplačeval na podlagi pogodb o opravljanju zdravstvenih storitev, obravnavani kot dohodki iz drugega pogodbenega razmerja po 38. členu ZDoh-2.



KO SO SE PROBLEMI NA OTROŠKI KARDIOLOGIJI ZAOSTRILI, IN DOKLER NISMO IMENOVALI NOVEGA POSLOVNEGA DIREKTORJA PEDIATRIČNE KLINIKE, SEM PRESELIL SVOJO PISARNO NA PEDIATRIJO. TO PA TUDI ZATO, DA LAŽJE SPOZNAVAM UTRIP POSAMEZNE KLINIKE ALI PA ODDELKA. TUDI SESTANKE IMAM DOSTIKRAT RAJE IZVEN MOJE PISARNE. VZPOSTAVILI PA SMO TUDI DAN ODPRTIH VRAT ZA ZAPOSLENE, IN SICER ENKRAT MESEČNO.

Z ZELO OMEJENIMI KADROVSKIMI IN FINANČNIMI VIRI V UKC LJUBLJANA DELAMO ČUDEŽE

POGOVOR Z ALEŠEM ŠABEDROM, GENERALNIM
DIREKTORJEM UKC LJUBLJANA

LUCIJA MAK UHAN

UKC Ljubljana

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Novinarka Dela je v rubriki Portret tedna o devetem generalnem direktorju UKC Ljubljana v samostojni Sloveniji, Alešu Šabedru, med drugimi zapisala, da je »za vodenje UKC treba biti najmanj nadčlovek,« saj da je pasti in izzivov pri vodenju te ustanove toliko, da se jim je težko izogniti. Po pol leta vodenja te ustanove smo ga vprašali, kakšne so njegove izkušnje. »Vodenje UKC Ljubljana je izjemno odgovorno, tako da lahko njeni navedbi kar pritrdim. Vsakdo na položaju generalnega direktorja mora imeti visoka etična in moralna načela, dobra managerska znanja, pa tudi debelo kožo. Pri vsaki odločitvi je treba pogledati korak naprej, kakšne so lahko posledice. Lahko rečem, da je delovni dan generalnega direktorja predvsem prekratek«.

Ali je res, kot je tudi zapisala, da kot generalni direktor UKC ne smeš dvigniti telefona? Da je to delovno mesto lahko tudi zelo nevarno?

Z dvigovanjem telefona nimam težav. Pred problemi in izzivi nikoli nisem bežal in tudi v tej funkciji ne bežim. Interesov zunaj in znotraj naše ustanove je res ogromno, problemov in žarišč še več. Je pa res, to lahko potrdim tudi že iz polletnih izkušenj v UKC Ljubljana, da ko sprejmemo neko odločitev, ki marsikomu ni po godu, hitro dobiš »udarec« nazaj.

Za ustanovo z 8000 zaposlenimi se večkrat sliši, da jo je praktično nemogoče obvladovati. Še tako močna podpora in pooblastila s strani ustanovitelja ne zadoščata za obvladovanje tako velikega zavoda. Vam je uspelo postaviti ekipo, s katero obvladujete vodenje vaše ustanove?

UKC Ljubljana je hkrati malo in veliko mesto. Ob nastopu mandata smo skupaj s strokovno direktorico in glavno medicinsko sestro UKC Ljubljana obiskali vse klinike in službe. V tem času, kar sem generalni direktor, lahko rečem, da sem vsaj deloma spoznal utrip in delovanje naše bolnišnice. S strokovno direktorico in glavno medicinsko sestro tako rekoč vsako jutro pregledamo

najpomembnejše zadeve in iščemo rešitve. Dobro pa sodelujemo tudi z vsemi vodstvi klinik, kliničnih oddelkov in služb. Tudi sam se večkrat sprehodim po našem kliničnem centru in obiščem veliko delovišč. Ko so se problemi na otroški kardiologiji zaostri, in dokler nisimo imenovali novega poslovnega direktorja pediatrične klinike, sem preselil svojo pisarno na pediatrijo. To pa tudi zato, da lažje spoznavam utrip posamezne klinike ali pa oddelka. Tudi sestanke imam dostikrat raje izven moje pisarne. Vzpostavili pa smo tudi dan odprtih vrat za zaposlene, in sicer enkrat mesečno.

Kakšno je trenutno finančno stanje in plačilna sposobnost?

UKC Ljubljana je imel v letu 2017 sicer pozitivni finančni izid v višini 46,4 milijona evrov, seveda z upoštevanjem dodeljenih enkratnih sredstev na podlagi interventnega zakona za pokritje izgub preteklih let, v višini približno 80 milijonov evrov. Brez teh sredstev bi poslovali negativno, in sicer v višini 33,5 milijona evrov. Presežek odhodkov nad prihodki se kaže tudi že v prvih mesecih letošnjega leta, tudi težave s plačevanjem dobaviteljem se kopičijo.

Že od samega prihoda na mesto generalnega direktorja vam »diha za ovratnik« sanacijski odbor. Lahko v kratkem strnete, kakšni so bili glavni ukrepi v sanacijskem programu?

Sanacijski program UKC Ljubljana smo pripravili v skladu z izhodišči Sanacijskega odbora in vključuje prav vse elemente za pripravo sanacijskega programa. Sanacijski program ne zahteva uravnoteženega poslovanja, zato upamo, da bo UKC Ljubljana posloval uravnoteženo šele leta 2021.

Je vaš sanacijski program sedaj potrjen? Kako ga izvajate?

Sanacijski program imamo sedaj potrjen, odgovorni nosilci nalog smo seznanjeni s sanacijskim programom in ga moramo izvajati. Izvajanje sanacijskega programa obravnavamo na vseh pomembnih kolegijih. Bi mi pa bilo mnogo lažje pri srcu, če ne bi bili v postopku sanacije. Vendar je to žal naša realnost.

Kateri programi oziroma katere klinike vam povzročajo največje finančne težave?

Najbolj kritični sta kirurška in pediatrična klinika, sledita nevrološka klinika in klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo. Zato smo se dogovorili, da bodo poslovni in strokovni direktorji posameznih klinik, skupaj s podpornimi strokovnimi službami, preverili, kakšne so možnosti za izboljšanje poslovanja, kje se lahko procesi optimizirajo.

Je optimizacija poslovanja prava rešitev oziroma kako bi sicer po vašem mnenju še lahko odpravili pomanjkanje denarja v vaši ustanovi?

Z višjo ceno zdravstvenih storitev, seveda. Zahteve in pričakovanja slovenskega prebivalstva po kakovostnih zdravstvenih storitvah, ki so primerljive s storitvami v evropskem zdravstvenem prostoru, so vsak dan večje in večje. K nam prihajajo pacienti, ki potrebujejo najdražjo zdravstveno obravnavo. Od nas se pričakuje, da obnovimo stare stavbe, posodabljammo opremo, skrbimo za razvoj stroke, uvajanje novih metod in tehnologij itd. Z letnim proračunom, ki ga imamo sedaj na voljo, vse to izvajamo zelo težko.

V tem času, ko vodim UKC Ljubljana, smo gostili številne tuje delegacije zdravnikov in tudi ministrov (iz Kijeva, Poljske, Filipinov, Črne Gore, Avstralije ...). Vsi so bili navdušeni nad našimi vrhunskimi strokovnimi in poslovnimi dosežki ter nad tem, koliko dela naši zaposleni opravijo v UKC Ljubljana. Z zelo omejenimi

UGOTAVLJAMO NAMREČ, DA 39 ODSOTKOV ČAKAJOČIH PRI NAS ČAKA NAD DOPUSTNO ČAKALNO DOBO. TO SI LAHKO RAZLAGAMO SAMO TAKO, DA LJUDJE VEDO, DA BI BILI V MARSIKATERI BOLNIŠNICI PREJ NA VRSTI, ŽELIJO PA BITI OBRAVNAVANI V UKC LJUBLJANA.

kadrovskimi in finančnimi viri namreč v UKC Ljubljana delamo čudeže.

Problem podfinanciranosti so dolge čakalne vrste. Kako rešujete ta problem?

Čakalne sezname smo prečistili. Vsi vodstveni kadri sprotno pregledujejo in čistijo čakalne sezname.

Kljub urejanju seznamov je čakajočih najbrž še vedno veliko?

Tako je. Ugotavljamo namreč, da 39 odstotkov čakajočih pri nas čaka nad dopustno čakalno dobo. To si lahko razlagamo samo tako, da ljudje vedo, da bi bili v marsi-

kateri bolnišnici prej na vrsti, želijo pa biti obravnavani v UKC Ljubljana.

Kako pri vas poteka izvajanje EDP?

V lanskem letu smo v večini izpolnili enkratni dodatni program in tudi na ta način pomagali skrajšati čakalne dobe. Ocenjujemo, da je EDP prispeval k skrajševanju čakalnih dob. Enako pričakujemo tudi letos. Realizacija v večini programov poteka po načrtovani dinamiki.

Rekli ste v večini.

V celoti nismo realizirali programa operacij hrbtenice, operacij kile in operacij ušes, nosu, ust in grla. O tem, kaj smo realizirali in kaj nismo uspeli, je bilo mnogo polemik in vroče krvi tako v strokovnih krogih kot v javnosti. Problem interpretacije in razlage je večplasten. Med glavnimi razlogi, da nismo lani v celoti izvedli EDP, pa je dejstvo, da smo dobili potrditev dodatnega programa šele meseca maja, v nekaterih segmentih pa tudi pomanjkanje zdravnikov specialistov, na primer otorinolaringologov.

S problemom pomanjkanja zdravstvenih strokovnjakov in njihovega odhajanja v tujino se soočajo vsi javni zdravstveni zavodi.

Razlogi so večplastni. Menim, da je najpomembnejši egalitarizem plačnega sistema, togost sistema javnega sektorja ter seveda zahtevnost dela na najtežjih deloviščih. Sicer pa kriza in pomanjkanje zdravstvenih kadrov ni le slovenski, ampak globalni problem, zato imajo sicer pri nas izobraženi in izvrstni kadri v tujini odlične ponudbe.

Kako se vi soočate s tem problemom?

Veliko medicinskih sester je odšlo delat drugam, na manj zahtevna, pa približno enako plačana delovišča. Nekaj odhodov smo sicer nadomestili z zaposlenimi, ki so imeli na posameznih organizacijskih enotah sklenjeno delovno razmerje za določen čas, ker so nadomeščali zaposlene, ki so odsotni zaradi dolgotrajne bolniške ali porodniške odsotnosti. Javne razpise večkrat ponavljamo, vendar nam ne uspe pritegniti novih kadrov. Imeti bi morali vzvode, da svoje kadre zadržimo in jih lahko tudi stimulatивно nagradimo. Tu pa naletimo na sistemske ovire.

Ali ste morali zaradi pomanjkanja kadrov zapirati že kakšne oddelke ali sobe?

Trudimo se, da ne bo letos nič drugače kot vsako leto oziroma v poletnih mesecih, ko je veliko zaposlenih na dopustu in ko se ne izvajajo elektivni programi. V tujini je povsem normalno, da ko jim primanjkuje kadrov, določene oddelke ali zapirajo ali združujejo, in sicer zaradi varne obravnave pacientov. Pri nas pa temu

rečemo, da so to krizne razmere, ker ne znamo razmišljati po evropsko.

Velik problem je tudi delo vaših zaposlenih drugje.

Res je to velik problem in res je tudi, da imajo za to soglasje. Vendar pa bi bilo bolje, da bi delali pri nas in da bi jih lahko enako plačali, kot dobijo pri drugem izvajalcu. Vse to so vprašanja, na katera želijo tudi naši zaposleni odgovore in konkretne rešitve. To so vprašanja, ki zahtevajo rešitve na zakonodajni, torej sistemski ravni.

V TEM ČASU, KO VODIM UKC LJUBLJANA, SMO GOSTILI ŠTEVILNE TUJE DELEGACIJE ZDRAVNIKOV IN TUDI MINISTROV (IZ KIJEVA, POLJSKE, FILIPINOV, ČRNE GORE, AVSTRALIJE ...). VSI SO BILI NAVDUŠENI NAD NAŠIMI VRHUNSKIMI STROKOVNIMI IN POSLOVNIMI DOSEŽKI TER NAD TEM, KOLIKO DELA NAŠI ZAPOSLENI OPRAVIJO V UKC LJUBLJANA. Z ZELO OMEJENIMI KADROVSKIMI IN FINANČNIMI VIRI NAMREČ V UKC LJUBLJANA DELAMO ČUDEŽE.

Slovenija pa se je po drugi strani za zdravnike iz tujine skorajda zaprla. S poostreno zahtevo po znanju slovenskega jezika (C1, raven mojstrstva) in velikimi težavami pri izpitu iz slovenščine, ki jih imajo vse redkejši kandidati za delo pri nas, hitro izginjamo iz zemljevida za tuje zdravnike zanimivih držav (predvsem iz nekdanjih jugoslovanskih republik). Pridobitev dovoljenja za delo pri nas je za mnoge preprosto prezapletena.

V okviru optimizacije poslovanja je poleg teh (zgoraj opisanih) področij pomembno tudi področje informa-

tizacije zdravstva. Kako boste to področje uredili v vaši ustanovi?

Zares si želimo, da bi imeli v Sloveniji zdravstveni zavodi enoten in sodoben informacijski sistem. Pri nas imamo tri osnovne zdravstvene informacijske sisteme. To ni optimalno niti s stroškovnega vidika niti z organizacijskega, probleme imamo pri delu vsi zaposleni. Posodobitev in poenotenje informacijskega sistema smo si načrtali tudi v naši petletni strategiji razvoja.

Ne moremo seveda mimo afer, ki hromijo vašo hišo zdravja. Najprej vam seveda čestitamo, da ste zadnje dogodke na otroški kardiokirurgiji komunikacijsko profesionalno izpeljali in preprečili dodatne medijske afere.

Hvala. Že od prvega dne v UKC Ljubljana problemov ne skrivamo. Nekateri so taki, ki jih moramo rešiti brez pozornosti javnosti. O nekaterih pa moramo spregovoriti tudi javno. Tako smo reševali in še rešujemo program zdravljenja otrok s srčnimi boleznimi. Veliko pa pri normalnem delu s pacienti, ne samo pri otrocih, ampak tudi pri odraslih, pomaga mirno in stabilno okolje za delo, da lahko naši zaposleni zdravijo brez pritiskov zunanjega okolja. Tudi pretirana pozornost medijev je pogosto razlog, da nam ne uspe prepričati strokovnjakov, da bi prišli delat k nam.

Kako si vi prizadevate rešiti ta problem?

TUDI PRETIRANA POZORNOST MEDIJEV JE POGOSTO RAZLOG, DA NAM NE USPE PREPRIČATI STROKOVNJAKOV, DA BI PRIŠLI DELAT K NAM.

Dnevno se pogovarjamo in iščemo rešitve. Tako za ta kot za poletne mesece imamo z našimi in tujimi specialisti kardiologi intenzivisti pokritost z zdravniki specialisti kardiologi za delo v ambulantah službe za kardiologijo, v urgentni invazivni diagnostiki in sodelovanje pri konzilijih s tujimi kardiokirurgi. Trenutno pa še nimamo zagotovljenega vsakodnevnega dela pediatričnega kardiologa na hospitalnem oddelku in stalne pripravljenosti pediatra kardiologa. Tako v Sloveniji kot v tujini je teh kadrov malo. In težko pridejo k nam za daljši čas. Še težje ugodimo zahtevam glede plačila, pogojev bivanja itd.

NA KRATKO:

Prva stvar, ki jo bo moral nov minister za zdravje urediti, je?

Poleg v pogovoru navedenih sistemskih ukrepov, bi ustanovitelj moral zagotoviti sredstva za poplačilo dolgov iz preteklosti v celoti. Nujno bi morali dobiti plačano vse, kar naredimo. Borimo se za dvig cen zdravstvenih storitev oziroma za realno priznanje cen zdravstvenih storitev. Trudimo se, da UKC Ljubljana dobi dodatna sredstva v primeru preseganja programa. UKC Ljubljana tudi že nekaj let zapored obravnava več pacientov, kot nam jih prizna plačnik. Prizadevamo si tudi za boljše ovrednotenje nekaterih storitev ter priznanje novih programov, saj UKC Ljubljana uvede precej novih strokovnih metod, ki pa še niso priznane v programu in tako niso plačane.

Javno ali zasebno zdravstvo?

Oseбно menim, da imamo, ne glede na vse kritike, v Sloveniji dober zdravstveni sistem. Imamo priložnosti za izboljšave. Pa vendar. Vse preveč nam je samoumevno, da za to, kar prispevamo v zdravstveni sistem, dobimo najboljšo, vrhunsko zdravstveno oskrbo. In da nam to kar pripada. Poglejmo izven naših meja. Realnost tam je drugačna. Lahko smo samo veseli, da je pri nas tako.

Kakšen plačni sistem za zdravstvene delavce bi uvedli?

Management vsake bolnišnice bi moral imeti vzvode, da bi lahko nagrajevali plačilo po opravljenem delu in glede na zahtevnost in vrhunskost dela.

Zdravstvena ustanova, po kateri se zgledujete in zakaj?

UKC Ljubljana in vsi zaposleni vsak dan s svojim delom dokazujejo, da sodijo tako v evropski kot svetovni vrh.

Kratkoročno razmere rešujemo z gostujočimi zdravniki specialisti, na dolgi rok pa moramo pridobiti in izobraziti dovolj specialistov ter zagotoviti stabilno kadrovsko zasedbo. Prizadevamo si, da bi uspeli pridobiti nekatere kardiologe, ki so že delali pri nas, pa so si zaradi razmer na posameznih oddelkih poiskali delo v tujini. S tem je bila narejena velika škoda tako za UKC Ljubljana kot za naše male bolnike. Ne glede na pravno-organizacijsko ureditev področja zdravljenja otrok s srčnimi boleznimi je najpomembneje, da otroci to zdravljenje resnično imajo zagotovljeno. In to vsak dan skozi vse leto.

NAZAJ K IZVIRNIM NAČELOM EKONOMIKE IN VODENJA V ZDRAVSTVU

**DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU (DEVZ) JE 24. IN 25. MAJA 2018
ORGANIZIRALO ŽE 25. STROKOVNO SREČANJE. TOKRATNO SREČANJE
JE POTEKALO V PORTOROŽU POD ČASTNIM POKROVITELJSTVOM
PREDSEDNIKA RS BORUTA PAHORJA.**

VOJKO MIHELJ

član Upravnega odbora DEVZ

HELENA ULČAR ŠUMČIČ

predsednica DEVZ

Med letom se nabere veliko za zdravstveni management aktualnih tem in izzivov. Programski odbor srečanja (sestavljali so ga **mag. Robert Cugelj**, **mag. Franc Hočevar** in **Helena Ulčar Šumčič**) je tematiko za letošnje jubilejno srečanje združil pod nazivom »Nazaj k izvirnim načelom ekonomike in vodenja v zdravstvu«, v želji, da bi v času predvolilnih obljub opozorili na dejanska tveganja, slabitev javnega zdravstva in krizo, ki se kaže v delovanju zdravstvenega sistema ter odgovorili na nekatera ključna vprašanja. Teme so temeljile na predpostavkah, ki pripomorejo k učinkovitosti: organiziranost, načrtovanje, vodenje, nadzor, kadri in nenazadnje kultura odnosov in medsebojne komunikacije. Za kakovostno predstavitev teh tem so povabili k sodelovanju številne eminentne predavatelje in nekatere kolege, ki z rezultati v praksi odstopajo od povprečja. V dveh dneh aktivnega dela so udeleženci tako spoznali večšine in znanja, ki jim bodo pomagali pri sprejemanju pravih odločitev za uspešno obvladovanje procesov, poslovanja ter vodenja zavodov, pri prepoznavanju potenciala ljudi in iskanju prave poti za izhod iz krize. Za spopad z vsemi problemi je namreč nujna obuditev elementarnih funkcij ekonomistov in vodstev v celotnem sistemu zdravstva in njihovo aktivno angažiranje. Kot doslej, so tudi prispevki tega srečanja objavljeni v zborniku, ki je dostopen na spletni strani Društva ekonomistov v zdravstvu (www.devz.si).

Ob začetku strokovnega srečanja (v četrtek, 24. 5.) je številne udeležence (vseh je bilo nekaj nad 170) pozdravila predsednica DEVZ **Helena Ulčar Šumčič** in jim zaželela uspešno delo, aktivno sodelovanje in prijetno druženje. Besedo je predala moderatorjem prvega dne srečanja, mag. Robertu Cuglju in **Jožetu Vetrniku**.

Uvodno predavanje je imel **mag. Mirko Stopar**, v. d. generalnega direktorja Direktorata za zdravstveno ekonomiko na Ministrstvu za zdravje, vodi pa tudi sanacijski odbor za bolnišnice. Predstavil je »**Razmišljanja ministrstva o štirih temeljnih načelih ekonomike**« in jih povezal s sistemom neprestanih izboljšav (krog PDCA – planiraj, izvedi, preveri, akceptiraj). Poudaril je ključne elemente ekonomike in vodenja v vseh organizacijah (načrtovanje, organiziranost, vodenje in nadzor) in predstavil vključevanje sanacijskega odbora pri dveh ključnih fazah, načrtovanju in nadzoru ukrepov za zagotovitev finančne in poslovne stabilnosti javnih bolnišnic. Premalo uporabljamo sistem neprestanih izboljšav, saj pri uporabi v praksi prihaja do odstopanj, ker postopamo reaktivno, se posvečamo le operativnemu delu, premalo planiramo in nadziramo, zato je ukrepanje nepravčasno. Zaradi pomanjkanja virov in nesistematičnega pristopa k reševanju nastalih razmer, ukrepamo šele, ko do težav pride in te le gasimo, ne odpravljamo pa vzrokov za njihov nastanek. Potrebe in pričakovanja pa so

vedno višja in zahtevnejša, zato je treba dosledno izvajati sistem izboljšav in voditi organizacijo k večji družbeni odgovornosti, ki se v zdravstvu pojmuje kot odgovornost izvajalcev zdravstvenih storitev do potreb in pričakovanj okolja, s poudarkom na pravočasni, varni in kakovostni obravnavi pacienta. To zahteva organizacijske spremembe v smeri čim večje učinkovitosti, pri čemer so bistveni element usposobljeni, pripadni in motivirani zaposleni, dobro medsebojno komuniciranje in ustrezna informacijska podpora.

Vlada je septembra 2017 zaradi visokih izgub, slabe likvidnostne situacije in neplačanih zapadlih obveznosti v JZZ sprejela Zakon o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti JZZ, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija. Po tem zakonu so bila 15 bolnišnicam nakazana sredstva za pokrivanje presežka odhodkov nad prihodki (preteklih izgub) in 6 bolnišnicam odpisane obveznosti iz naslova združevanja amortizacije. Ključni cilj pa je sanacija bolnišnic za ekonomsko vzdržno in samostojno delovanje. S tem interventnim zakonom je ustanovitelj posegel v načrtovanje, organiziranost, vodenje in nadzor JZZ in je vodstva bolnišnic preoblikoval v sanacijske uprave. Te usmerja in nad njihovim delom, spoštovanju izhodišč in rezultati, bdi sanacijski odbor MZ. Temeljni del sanacijskih programov sta analiza stanja bolnišnice in akcijski načrt ukrepov s terminskim planom.

Potrjeni sanacijski programi so podlaga za sprejem letnih programov dela in finančnih načrtov. Sistemske rešitve, ki so ključni problem za nastale razmere in osnova za rešitve, niso sestavni del sanacijskih programov. Manjka strateško načrtovanje na ravni celotnega sistema, pomanjkljivo so preverjena tveganja obstoječega sistema financiranja. Trd oreh sta tudi vprašanji racionalizacije mreže izvajalcev in problematika javnega naročanja. Priložnosti za izboljšave so v usposobljenosti, motiviranosti in pripadnosti ključnih vodilnih kadrov in vseh zaposlenih, spremenjen način vodenja bolnišnic in ustrezne, enotne, povezane informacijske rešitve na ravni zdravstvenega sistema.

Pogled gospodarstva na zdravstvo je s prispevkom »Zdravstvo ni zastoj«, podala **mag. Sonja Šmuc**, generalna direktorica Gospodarske zbornice Slovenije (GZS). Predstavila je slovensko gospodarstvo v številkah. K prihodkom ZZZS (2,68 mrd EUR v letu 2017) posamezni zavarovanci prispevajo zelo različno: zaposleni v gospodarskih družbah 211 EUR, s. p. 141 EUR, upokojeanci 58 EUR, kmetje 47 EUR, samoplačniki 24 EUR na mesec, vsi pa imajo enake pravice iz zdravstvenega zavarovanja. V letu 2017 so znašali odhodki za zdravstvene storitve 69,9 % oz. 1,87 mrd EUR in so bili 4,9 % višji kot v predhodnem letu. Prikazala je velike razlike v storilnosti zaposlenih v bolnišni-

cah, saj se je v l. 2016 gibalo število operativnih posegov na zdravnika od min. 270 do max. 872 in število operacijskih ur na zdravnika od min. 128 do max. 598. Prav tako so po bolnišnicah velike razlike pri izrabi prostorov in opreme (operacijske dvorane 3,16–15,28 ur/dan, aparati za MR od 214 do 8.337 preiskav na leto, aparati za CT od 1.689 do 11.289 preiskav na leto, delež prostora za opravljanje dejavnosti bolnišnice glede na celotno površino od 47,8 % do 84,3 %). Opozorila je tudi na veliko število izgubljenih delovnih dni zaradi bolniške odsotnosti (11,4 mio delovnih dni), za katere delodajalci prispevajo skoraj polovico nadomestil, ob tem pa imajo še strošek nadomeščanja odsotnega delavca. Doreči bo treba košarico pravic in tako racionalno urediti tudi to področje. Glavne želje gospodarstva so: racionalna in transparentna poraba zbranih sredstev; jasna določitev zdravstvene košarice z delno participacijo; primerna dostopnost do zdravstvenih storitev; boljše upravljanje in organizacija zdravstvenega sistema; stroga delitev javnega in zasebnega sektorja in istočasno njuno sobivanje; denar naj sledi zavarovancu po sistemu čistih računov. Potrebne kapacitete v zdravstvu niso načrtovane racionalno in so še vedno odvisne od moči posameznikov. Težko je spremljati kazalnike uspešnosti delovanja sistema, saj nimamo javnih podatkov za uporabnike o kakovosti bolnišnic in posameznih zdravnikov. Gospodarstvo in državljani ne želijo plačevati več, če ob vseh znanih anomalijah ni zagotovljena racionalna poraba obstoječih sredstev, zato je nujno potrebna celovita reforma zdravstvenega sektorja, prilagoditev demografskim trendom (čakalne dobe), izboljšanje upravljanja in vodenja in ukrepi za izboljšanje stanja po posameznih zavodih.

V razpravi so prisotni pritrdili, da je premalo komunikacije z gospodarstvom in med izvajalci. Tudi zdravstvo pesti veliko bolniških odsotnosti. Težko je načrtovati, ker primanjkuje kadra, pogodbe se sklepajo za nazaj in ostaja precej neplačanega programa, finančno nepokritih priznanih pravic zaposlenim in drugih odprtih dilem v pogajanjih, vedno se iščejo diagnoze za nazaj. Če hočemo zdravstvo umestiti v gospodarsko dejavnost, mora temu slediti primerna zakonodaja.

Direktor Splošne bolnišnice Izola, **mag. Radivoj Nardin**, ki uspešno vodi Izolsko bolnišnico od leta 2014, je predstavil »Vodenje bolnišnic v sedanosti in prihodnosti« in ob tem nanizal uspehe, ki so jih dosegli zadnja leta v njihovi bolnišnici. Pri vodenju bolnišnice se je treba, ne glede na krizno obdobje opredeliti, ali si za stabilnost ali za spreminjanje. Največ truda je treba vložiti v spremembo kulture v organizaciji in v motiviranost zaposlenih. Vedno pa ostaja v središču dogajanja pacient. Z izboljšanjem komunikacije med oddelki, zblizevanjem oddelkov in izboljšavami na več področjih so dosegli zavidljive re-



Udeleženci 25. srečanja DEVZ: »Vodstva in zaposleni v javnih zdravstvenih institucijah se zavedamo, da je obvladovanje temeljnih načel delovanja organizacije, kot so: organiziranje, načrtovanje, vodenje in nadzor, bistveno za učinkovito delovanje javnih zdravstvenih zavodov (JZZ)«.

zultate in vidno povečali učinkovitost dela. Pomemben doprinos je dala uvedba novega informacijskega sistema in obnovitev informacijske infrastrukture, ki omogoča brezpapirno poslovanje v ambulantah in ukinitve kartonov. Ob tem so uredili in standardizirali centralno administracijo, vzpostavili in standardizirali skupen center za osebno naročanje in »call center« za telefonsko naročanje, skupen za vse dejavnosti. Ob vstopu v bolnišnico so uvedli vrstomat. Standardizirali so vse dopise in uvedli kverturko, za komunikacijo po celotni bolnišnici pa deluje cevna pošta. Posebej skrbno so uredili procese nabave in javnega naročanja, ločeno od lekarne pa deluje moderno centralno skladišče, posodobili in racionalizirali so notranjo logistiko. Velik pomen dajejo procesom analitike, kjer deluje tudi proces sledenja izkoriščenosti in vzdrževanja za vse stroje. Pomemben je tudi standardiziran proces dela v finančni službi s poudarkom na izterjavi zapadlih

terjatev. Spremembe zaposleni težko sprejemajo in takšna sprememba organizacijske kulture se ne zgodi preko noči. Potrebna je precej odkritega medsebojnega komuniciranja, običajno pa tak proces zahteva tudi nekaj menjav vodilnih, predvsem pa je zaposlene treba naučiti strateškega načina razmišljanja. Nujno je integriranje vseh poslovnih funkcij v organizaciji. Niso pa zanemarljiva tudi nova vlaganja, ki v sedanjem času predstavljajo specifičen problem. Uspehi izolske bolnišnice kažejo, da se tudi v kriznih časih da veliko storiti.

Dr. Jožko Peterlin, preizkušen poslovni finančnik in ustanovitelj Inštituta za poslovne finance SmartFin, je v nadaljevanju predstavil temo »Kako se izogniti pastem pri finančnem načrtovanju v podjetju«, oz. kako zagotoviti ali ohraniti finančno varnost, učinkovitost in uspešnost? Tudi sam meni, da moramo zdravstvo gledati

skozi oči gospodarske dejavnosti in le delno upoštevati drugačnost. Vsak zavod mora imeti strateški načrt in vizijo, poslovni načrt in finančni načrt z načrtom denarnih tokov. Pri načrtovanju mora upoštevati trende in omejitve v resursih, finančne pogoje, kapitalsko ustreznost in obratni kapital, ter paziti na vse pokazatelje donosnosti kapitala (uspešnost, učinkovitost, varnost). Poslovodstvo je dolžno ravnati s profesionalno skrbnostjo poslovno finančne stroke in si prizadevati, da je zavod vedno kratkoročno in dolgoročno plačilno sposoben. Za doseganje načrtovanega denarnega toka je treba imeti jasne in uresničljive cilje, cilji posamezne poslovne funkcije/posameznika morajo biti skladni s cilji/zmožnostmi podjetja: znati je treba obvladovati dejavnike tveganja, ki vplivajo na prejeme in izdatke ter imeti vgrajene »amortizerje« glede na predvideno pot, ne smemo pa si privoščiti prevelikih tveganj. Znati je treba ugotoviti, kje je skrit denar (vrednost zalog, oskrbovalna veriga, pravočasna izstavitve računov, sprotne izterjave kupcev ...) in ga spraviti v obtok. Prav tako moramo poznati in postaviti opozorilna znamenja, ki nakazujejo finančne težave (tržni delež, neto dolg, delež zapadlih terjatev, neto obratni kapital, zgornja meja dolga). Le tako se lahko ukrepa še pred krizo, v kateri razum običajno ne deluje optimalno in je pomembno le preživetje, torej ob prvih opozorilnih znakih. Zaključil je z misljo, da »upanje ni strategija«.

Dolgoletna članica DEVZ, sicer pa pomočnica direktorja za poslovno upravno področje v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, **Nada Zajec**, je v prispevku »Kako se ekonomisti v zdravstvu odzivamo na situacijo v zdravstvu« podala ugotovitve iz svoje dolgoletne prakse. Delo v zdravstvu urejajo stari zakoni, celo iz 1991 leta, prav tako je zastarelo financiranje zdravstva, ni normativov ... Tudi za ekonomsko stroko v zdravstvu je cilj nemoteno, kakovostno ter varno izvajanje zdravstvenih storitev, za kar pa je treba zagotoviti potrebna delovna sredstva in ustrezne kadre. Potrebna so dodatna specifična znanja (delovanje zdravstva, modeli ...), široko vedenje o zunanjih in notranjih dejavnikih in stalna dodatna usposabljanja.

V delo včasih preveč poseže država, kot npr. z enkratno akcijo delitve dodatnih sredstev za kritje izgub, ki je potekalo brez meril in kriterijev. Tisti, ki so v preteklosti dobro delali, teh sredstev niso dobili. Predvsem v manjših bolnišnicah med nosilci sanacijskih programov ni ekonomskega kadra, sanacijske ekipe pa za svoje delo niso dodatno nagrajene. Ugotavlja tudi, da sodelovanje med ekonomisti ni dobro, njihovo delo pa je kljub zahtevnemu in obsežnemu delu slabo vrednoteno, saj je za to skupino najvišji 38. plačni razred. Vsekakor pa so ekonomisti, ki stalno obnavljajo znanje in dobro pozna-

jo zdravstveni sistem, tudi na področju vodenja javnih zdravstvenih zavodov nujno potreben kader.

Več razpravljavcev se je po tem sklopu predavanj dotaknilo tem kot so negativni finančni načrti v sanacijskih programih, pristop k spreminjanju organizacijske klime v SB Izola in neupoštevanje rasti stroškov v priznanih cenah zdravstvenih storitev. Dobili so odgovore, da načrtovanje z minusom ni načrtovanje in da se organizacijska kultura v kolektivu spreminja sama po sebi, skladno z ravnanjem vodstva.

Sledili sta dve temi s kadrovskega področja. Najprej je nastopila **Ksenija Špiler Božič** iz BB Consultinga. V svojem prispevku »Kako poiskati potencial v zaposlenih« je avtorica poudarila pomen ozaveščanja, da lahko vsak ob ustreznih pogojih in vodenju prepozna in razvija svoj potencial. Ta potencial se razvija z raziskovanjem, skozi projektno delo in naloge, pri čemer imajo pomembno vlogo mentorstva, spodbujanje in vodenje. Pri tem gre za dvostransko obvezo – zaposlenega in organizacije oz. vodje. Potencial je določena zmogljivost oz. zmožnost, ki se lahko dodatno razvija ob ustreznem vodenju, prvi pogoj pa je ujemanje ciljev organizacije in osebnih ciljev ter motivacija in zavzetost zaposlenih.

Za prepoznavanje potenciala sodelavcev je ključen element odprt odnos in komunikacija. Ko prepoznamo potencial, je sodelavcem nujno ponuditi priložnost in jih motivirati, da se pokažejo in dokažejo. Pomembno je dobro mentorstvo in, vsaj ob koncu projekta, priznanje za opravljeno delo.

Vsak vodja bi moral razvijati svoje veščine raziskovalnih intervjujev, dialoga in poslušanja ter jih uporabiti pri delu s svojimi sodelavci (sistematični razgovori z zaposlenimi), zaposleni pa bi morali biti aktivni v iskanju priložnosti oz. v komunikaciji s svojimi vodji. Če oboji (zaposleni in njihovi vodje) ne prepoznajo potenciala, ga ne morejo razvijati in uporabiti, kar je lahko pomemben razlog za neučinkovitost, nezavzetost in nezadovoljstvo pri delu. V tem procesu vodje pridobijo večine vodenja zaposlenih, komunikacijske spretnosti, spoštovanja različnosti in upravljanja sprememb. Zaposleni pa dobijo priložnost, da raziščejo svoje potencialne, smisel in delo, ki izpolnjuje in vodi v osebni in profesionalni razvoj. Pridobijo torej vse tri strani, tako organizacija in vodje kot zaposleni. Iskati potencial sodelavcev in ga razvijati je nujnost in dobra investicija v prihodnost.

Mag. Vesna Vižintin Šporn zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, je predstavila prispevek »Stanje in priložnosti razvoja zaposlenih v zdravstvu«. Poudarila je, da je strateško upravljanje človeških virov (UČV) ena izmed temeljnih funkcij uspešnega managementa organi-

ZAKLJUČKI OKROGLE MIZE: »ALI JE ZDRAVSTVO RES NEUČINKOVITO«?

Vodstva in zaposleni v javnih zdravstvenih institucijah **se zavedamo, da je obvladovanje temeljnih načel delovanja organizacije**, kot so: organiziranje, načrtovanje, vodenje in nadzor, **bistveno** za učinkovito delovanje javnih zdravstvenih zavodov (JZZ).

Da smo managerji v JZZ bistveno bolj učinkoviti, kakor nas vidi gospodarstvo in kakor o nas govorijo mediji in širša javnost. Primerjava s podobnimi bolnišnicami v tujini kaže, da je **večina slovenskih bolnišnic** povsem **primerljiva** z njimi **po učinkovitosti, nikakor pa ne na področju prihodkov in področju plač** (na ravni vseh zaposlenih). Dejstva kažejo, da:

- so **cene** zdravstvenih storitev nominalno še vedno 10 % nižje, kakor so bile v letu 2009, ko se je začela gospodarska kriza in brezglavo nižanje cen zdravstvenih storitev, pri tem pa smo **ohranili kompletno košarico zdravstvenih pravic**,
- **dvigu stroškov plač** v zdravstvu **ni sledilo financiranje** v ceni zdravstvene storitve (kar pomeni na nacionalni ravni več kot **100 mio eur**),
- da pomanjkanje sredstev v zdravstvu vodi v **siromašenje in iztrošenost medicinske opreme, kar pomeni padec kakovosti in oviran razvoj**,
- je **veliko omejitev za izboljšanje** poslovanja v zakonodaji, zato management v zdravstvu nenehno **predlaga spremembe**,
- so **potrebe slovenskega prebivalstva po zdravstvenih storitvah vse večje** (650.000 obiskov v letu 2017 več kot v letu 2009),
- smo **JZZ dolžni uvajati nove metode zdravljenja** na vseh področjih, kar sicer pomeni **dražje**, vendar **učinkovitejše** zdravstvo, kar je **v korist predvsem slovenskemu prebivalstvu**,
- so zahteve in pričakovanja slovenskega prebivalstva po kakovostnih zdravstvenih storitvah, ki so **primerljive s storitvami v evropskem zdravstvenem prostoru**, vse večje.

Ukvarjanje s kadri bo ena od **prioritet** vodstev JZZ. JZZ se soočajo z odhodi zaposlenih. Razlogi za to so večplastni, glavna razloga pa sta v egalitarizmu plačnega sistema (togosti sistema javnega sektorja) in medsebojnih odnosih znotraj posameznega JZZ.

Zaključki okrogle mize so bili posredovani javnosti.

zacije. Predvsem v zdravstvu, kjer delamo z ljudmi, bi morali imeti v vodstvenih timih strokovnjake za to področje, ki je enako pomembno kot financiranje, obvladovanje stroškov, sistem kakovosti in notranja revizija in bistveni element uspešnega delovanja organizacije. Gre za proces razvoja sposobnosti posameznika, da razumejo in učinkovito implementirajo cilje in standarde v vsakodnevno delo z namenom doseganja boljše učinkovitosti, torej za proces povezovanja vodenja zaposlenih s poslovno strategijo in mora potekati na vseh organizacijskih nivojih. Srednji management je ključen za uspešen potek procesa, za kar mora imeti dovolj znanj s področja UČV, vodja procesa pa skrbi za razvojno funkcijo, pripravlja politike in nudi podporo linijskim vodjem pri izvajanju. Opolnomočenje vodij je ključni element implementacije vsake strategije na področju dela z ljudmi. V nadaljevanju je predstavila izsledke raziskave stanja na področju UČV v zdravstvu. Glavne ugotovitve so, da se kadrovske službe pretežno ukvarjajo z administrativnim delom in implementacijo zakonodajnih zahtev, zelo malo pa z elementi strateškega UČV, t.j. razvojem kadrov in oblikovanjem organizacijske kulture. Vloga vodje kadrovskega področja pri načrtovanju dela ni dovolj poudarjena. Pomembnost strateških dokumentov zaposleni poznajo le na načelni ravni, UČV ni med najpomembnejšimi cilji na kadrovskem področju. Usposabljanje je usmerjeno bolj na področje strokovnega dela zdravstvenega kadra in je prepuščeno dogovoru med neposrednim vodjem in zaposlenim, bolj bi se morali vključiti vodje kadrovskega področja (potrebe, merljivi cilji, evalvacija ...). predvsem pri usposabljanju za vodje. Strateška funkcija UČV je pomemben del uspešnega razvoja in je ključna za doseganje potenciala tako strokovne kot poslovne uspešnosti vsake organizacije. Pomembno je, da imajo neposredno nadrejeni vodje podporo strokovnjaka pri svojih nalogah vodenja in da je ta desna roka direktorja, ki ima ključno vlogo pri sporočanju zaposlenim, da je vodenje ljudi pomembno področje dela. Tudi v okviru Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije bi bilo smiselno razmisliti o ustanovitvi komisije za UČV/HRM. Z razvojem področja strateškega UČV imajo zdravstveni zavodi namreč še veliko možnosti za rast in še boljše izvajanje storitev, za katere so ustanovljeni.

Predavanjem je sledila **okrogla miza**. Vodila jo je **Brigite Ferlič Žgajnar**, novinarka Dela, ki se je novinarstvu zapisala pred 15 leti. Napisala je vrsto intervjujev in preiskovalnih člankov, zadnje čase pa se veliko ukvarja z aktualnimi zdravstvenimi temami. Sogovorniki so bili: mag. Franc Hočevar, Aleš Šabeder, mag. Mirko Stopar, mag. Radivoj Nardin, Irena Vatovec in Ksenija Špiler Božič. Razgovor je tekkel ob vprašanju **Ali je zdravstvo res neučinkovito?**

Udeleženci so enotno ugotavljali, da sistem ni slab, je pa poln izzivov. Večina slovenskih bolnišnic je po učinkovitosti popolnoma primerljiva s tujino, kar pa ne velja za prihodke in osebne dohodke. Velike so razlike po posameznih okoljih in izvajalcih, ki se srečujejo s kadrovske podhranjenostjo, nezadovoljstvom zaposlenih, predvsem pa s podfinanciranostjo, saj se cene zdravstvenih storitev ne usklajujejo z rastjo cen vhodnih materialov in storitev ter s priznanimi pravicami zaposlenim. Cene so tako kljub popravkom, nominalno še vedno 10 % nižje kot v letu 2009, ohranjena pa je enaka košarica pravic, potrebe prebivalcev pa so vse večje. Storitve, opravljene nad planom, niso plačane. Učinki sanacij bodo vidni s časovnim zamikom, medtem pa nastajajo nove izgube, pripravljajo se tožbe. Preveč so potencirane nepravilnosti, čeprav se najdejo tudi pozitivni primeri in primerjave. Poslovanje se da le delno obravnavati kot gospodarstvo, veliko pa je specifik, ki jih je težko razumeti, saj je na prvem mestu pacient, potem ekonomika poslovanja. Malo je vzvodov za vodenje, ni spodbud za delo na tujih trgih, ni stimulativnega nagrajevanja dobrih. Čeprav obstoječi sistem ni optimalen, ponekod še obstajajo skrite neizkoriščene možnosti, priložnost boljšega povezovanja in učenja na dobrih praksah. Tudi po pričakovanih spremembah, za katere se mora poenotiti in uskladiti politika (posodobitev zakonodaje, mreža, košarica storitev, kalkulacija cen ...), namreč ne bo enoznačnih rešitev in je iluzija, da bo lepo za vse. Ključno sporočilo te razprave in srečanja bi moralo biti, da je zdravstvo ob vseh teh omejitvah zelo učinkovito in da v zdravstvu s toliko malo denarja, kot ga imajo vse strukture zaposlenih na voljo, pravzaprav delajo »čudeže«.

Popoldanski del po kosilu so organizatorji namenili sprostitvi in prijetnemu druženju udeležencev. Na skupnem izletu so se z ladjo »Laho« popeljali po delu slovenskega morja, poskusili solinarske izdelke in si ogledali znamenitosti Pirana. Tudi v večernem delu se je nadaljevalo prijetno druženje ob glasbi in plesu.

Drugi dan srečanja (petek, 25. 5. 2018) so program vodili **mag. Rosvita Svenšek**, **mag. Franc Hočevar** in **Vojko Mihelj**.

Z obsežno predstavitevjo »**Centralizirani zdravstveni informacijski sistemi na državni ravni – da ali ne**« sta v uvodu nastopila gosta iz Avstrije **Inna Mlada, dipl. ing.** in **Philipp Meng, dr. med.** Predstavila sta pomen centralizacije zdravstvenih informacijskih sistemov, ki prispeva k boljšim izidom za paciente in zmanjšanju ekonomskega bremena. Centralizacija je možna na različnih nivojih, največ kar je mogoče doseči pa je centralizacija na državni ravni, kjer so v enoten sistem vključeni vsi izvajalci zdravstvenih storitev. Tehnološki napredek

omogoča zmogljive, osrednje podatkovne centre. Tudi mednarodni standardi in programska oprema za varno sočasno uporabo večjega števila uporabnikov so že na voljo. Kar precej držav se je uspešno spopadlo z izvedbo centraliziranega zdravstvenega sistema ali osrednjih bolnišničnih informacijskih sistemov. Iz teh projektov imajo izkušnje, kaj je potrebno opraviti za analizo potenciala oz. obstoječe infrastrukture, za zasnovano rešitve, oblikovanje scenarijev z opredelitvijo vseh možnosti in pasti ter sprejete politične in finančne odločitve na nivoju države. Ves čas mora biti motivacija vseh deležnikov v zdravstvenem sistemu na visoki ravni. Prisotna pa mora biti tudi podpora prebivalstva/pacientov.

S centralizacijo informacijskih sistemov se poenoti tudi logistika in klinična dokumentacija, kar prinese znižanje stroškov, lažje spreminjanje, integralnost, transparentnost, enotno poročanje, kontrolo in primerjavo stroškov, pregled nad kadri. Spremljati in primerjati je mogoče tudi stroške po pacientu.

Za pacienta to pomeni večjo zanesljivost, preprečitev podvajanja zdravstvenih storitev, skrajšanje ležalne dobe ..., za zdravstveno nadgradnjo pa boljšo dosegljivost in prenosljivost podatkov. Izognemo se večkratnemu vnosu podatkov. Odgovor na naslovno vprašanje je vsekakor da – centralizacija zdravstveno informacijskih sistemov je nujna.

Damjana Jelačin Ivanovič, vodja Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZZ), OE Koper, je **predstavila zdravstveno regijo v okviru območne enote Koper**, na območju katere je potekalo letošnje srečanje.

OE ZZZS Koper zajema območje 11 občin, uvrščenih v dve zelo raznoliki statistični regiji (Obalno-kraška in Primorsko-notranjska), tako po geografskih, kot po demografskih, gospodarskih in socialnih kazalnikih.

Zaradi obširnega območja, zadovoljevanja potreb prebivalstva, zagotavljanja dostopnosti in kakovostnih storitev je nastalo 6 izpostav in zelo razvejana zdravstvena mreža (6 zdravstvenih domov, 4 bolnišnice, 2 lekarni, 1 zavod za usposabljanje, 2 varstveno delovna centra in 132 zasebnih izvajalcev s koncesijo, 6 socialnovarstvenih zavodov). Pri preskrbljenosti po izpostavah so razlike, ki se postopoma zmanjšujejo, širitve programov pa niso predvidene. Za območje je značilna velika razlika v BDP/prebivalca med regijama, nadpovprečna starost prebivalstva, brezposelnost je nekoliko nižja kot na nivoju države, velik je delež oseb, ki samostojno opravljajo gospodarsko dejavnost in oseb, ki same plačujejo prispevek za OZZ. S širitvami programov in izboljšanim vrednotenjem se je njihova skupna vrednost povečala za 20,12 %. Med glavnimi izzivi za prihodnost so še naprej obvladovanje bolniških odsotnosti in izdatkov za

zdravila. Kot dobra praksa so se izkazali skupni sestanki izvajalcev primarne in sekundarne ravni z območja, na katerih obravnavajo aktualne probleme in se skupaj dogovorijo za rešitve, ki jih nato izvajajo.

Mag. Franc Hočevar, dober poznavalec zdravstvene problematike in aktivni starosta DEVZ se je lotil zahtevnega dela in udeležencem predstavil »**Volilne obljube na področju zdravstvenega varstva v programih političnih strank**«. Analiziral je programe za področje zdravstvenega varstva 11-ih strank, ki kandidirajo na volitvah. Ugotovil je, da se programi močno prekrivajo in imajo mnogo skupnih značilnosti, kar je verjetno rezultat nadvse pestrih diskusij o zdravstvu v preteklih letih o čakalnih vrstah, očitkih korupcije, pomanjkanju sredstev, koncesionarjih, ločitvi javnega in zasebnega zdravstva, odpravi dopolnilnega zavarovanja in dolgotrajni oskrbi. Prvenstveno so usmerjeni v kritiko dosedanjih razmer, saj se je od koalicijskih zavez sedanje vlade na področju zdravstvenega varstva dogodilo malo ali nič, kar bi lahko označili kot reformo. Visoki uradniki in politiki določajo smeri razvoja in vplivajo na količino denarja in njegovo razdelitev, pri čemer se izogibajo sodelovanju, povezovanju, organiziranemu znanju, izkušnjam in obstoječi dobri praksi. Opisal je ključne usmeritve, ki jih večinsko vsebujejo analizirani volilni programi in jih tu le naštejemo: solidarnost kot temeljno vodilo za zbiranje sredstev; problem čakalnih vrst; okrepitev osnovnega zdravstvenega varstva; slaba organizacija obstoječih zdravstvenih zavodov; kakovost in varnost storitev; korupcija; zdravstvena mreža; stimulativne plače; skupni javni razpisi; standardiziranje vgradnih materialov; odgovornost za lastno zdravje; javno zasebna partnerstva; konkurenca med izvajalci; starost in staranje (dolgotrajna oskrba); redefiniranje košarice pravic; vodstva zdravstvenih zavodov; -vzdržnost virov (podfinanciranje); informacijski sistem; debirokratizacija. Neenotni so programi v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem, v redkih pa je zajeto področje genetike in etike. Enotno izhodišče vseh zdravstvenih programov je, da je cilj in naloga sistema zdravstvenega varstva, da zagotovi boljše zdravje in kakovost življenja prebivalstva. Slediti mora potrebam državljanov in njihovim pričakovanjem. Ugotavlja, da imajo stranke več kot 70 % skupnih programskih izhodišč, kar je idealna priložnost, da se s konsenzom dosežejo iztočnice za celovito ureditev zdravstvenega področja, seveda če bodo volilne obljube stranke uresničile in ni zdravstvo le dobra priložnost za pridobivanje volivcev. Tem ugotovitvam je predavatelj kot dober poznavalec sistema dodal še svoj pogled in izhodišča, ki jih je strnil ob prebiranju enajstih volilnih programov.



*Udeleženci okrogle mize so razpravljali o vprašanju **Ali je zdravstvo res neučinkovito?** Na fotografiji z leve: Brigite Ferlič Žgajnar, Delo, Aleš Šabeder, UKC LJ, mag. Mirko Stopar, MZ, mag. Radivoj Nardin, SB Izola, Ksenija Špiler Božič, BB Consulting, Irena Vatovec, ZD Postojna, mag. Franc Hočevar.*

»Kdo lahko združi politiko za uspešno reformo zdravstva« je bila tema, ki se jo je še precej širše lotil in jo kot odličan retorik zelo dinamično predstavil **dr. France Arhar**, svetovalec predsednika Republike Slovenije. Na zdravstvo in javne službe je pogledal z malo drugačnega zornega kota. Od države ne moremo vedno samo zahtevati, ker mora skrbeti za številna področja, nako-pala pa si je tudi velik dolg in za letne obresti gre kar lep del proračuna. Zdravje je sicer »goodwill«, a blago dobi vrednost šele, ko dobi kupca. Biti moramo bolj pošteni do sebe in drugih in tudi pri sebi poiskati še skrite rezerve in kar je možno postoriti sami. Ne se zanašati na ponavljajoče nestrokovno pisanje in primerjave, bolje je, da zadeve analiziramo pri sebi in primerno usmerimo svoje ukrepanje. Veliko je še možnosti racionalizacij v javnem sektorju, pa tudi v zdravstvu. Vidi jih v prihrankih pri skupnem naročanju oz. skupnih naba-

vah, v optimizaciji z združevanjem, povezovanjem in mreženjem bolnišnic, hitrejšem obračanju kapitala in ne varčevanju v državni blagajni za negativne obresti, v neprekinjenem obratovanju in boljšem izkoristku zdravstvene tehnologije in sicer zelo sposobnih ljudi, ki so živi kapital. Ob dobrem delu in vidnih izboljšavah bo bolj prisluhnila tudi država, na nivoju katere morajo za zdravstvo skupaj delati in sodelovati ministrstva za delo, finance in zdravje. Dr. Arhar je postregel še z mnogimi dobrimi mislimi in nasveti, ki pa jih je težko izluščiti in spraviti v kratek povzetek.

Zadnji v dopoldanskem delu drugega dne srečanja je nastopil **Marjan Sušelj**, direktor Zavoda za zdravstveno varstvo Slovenije (ZZVS) s prispevkom »**Ali je res potrebno vlogo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v zdravstvu spremeniti?**« Ključni deležniki v zdra-

vtvu in pri poslovanju ZZZS so: uporabniki/zavarovane osebe, plačniki/zavezanci, izvajalci/zdravstveno osebje, 18 let star statut ZZZS, regulatorji/ Ministrstvo za zdravje, Vlada RS, Državni zbor, zavarovalnice za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Najbolj nas bolijo denarna sredstva in različni pogledi na financiranje in čakalne vrste oz. čakalne dobe. Interesi so največkrat diametralno nasprotni in vsak ima in zagovarja svoj prav. Vprašal je, ali res vse storitve potrebujemo na svojem dvorišču, ali bi bilo za racionalnejšo organizacijo in mrežo bolje upoštevati kritično maso pacientov, ne pa rutine in potem ukrepov, kot je sanacija bolnišnic? Ali imamo v zdravstvu vse potrebne institucije (npr. za kakovost)? Ali ni izrojeno delo po podjemnih pogodbah, privatno delo popoldne ...? So še potrebne nekatere pridobljene bonitete (dolgi letni dopust, skrajšan delovni čas)?

Spremembe vsi želimo in pričakujemo. Ali je sploh kakšen izgovor proti temu? Ob sedanjih razmerah imajo tudi na ZZZS probleme. Denarja ne morejo razdeliti, ker je Državni zbor neoperativen, odločitve pa se že nekaj časa sprejemajo za nazaj. Upravljalci zdravstvene blagajne imajo različne zahteve in prioritete: dostopnost storitev, več nadzora, transparentnost, mreža, kazalniki kakovosti, bolniške, objektivno poročanje, konkretne usmeritve, plani in rezultati. Na podlagi vseh problemov je poudaril izzive, ki jih vidijo na ZZZS: vprašanje zadostnih finančnih virov in obvladovanje pritiskov na rast odhodkov, poenostavitev upravljanja ZZZS (skupščina, upravni odbor?), načrtovanje za dve leti, nagrajevanje po kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev, solidarnost (poenotenje prispevne stopnje), opredelitev pravic OZZ (ločitev pravic OZZ in drugih pravic), večja samostojnost in odgovornost javnih zavodov (sprememba statusa), ločitev javne službe in zasebne dejavnosti, umestitev koncesij, izstop iz enotnega plačnega sistema, pridobivanje dodatnih drugih virov, digitalizacija poslovanja.

Vsekakor je potrebna boljša komunikacija in več medsebojnega razumevanja med vsemi v zdravstvenem sistemu, saj so cilji večinoma enaki, le skupno pot do njih je treba poiskati.

V kratki razpravi po tem prvem sklopu predavanj so eni razpravljavci poudarjali avtonomnost ZZZS in solidarnost pri prispevkih, drugi pa so izražali dilemo, da bi z ukinitvijo PZZ nastal monopol, tretji pa so zopet kritizirali nekorektno pokrivanje dejanskih stroškov s strani ZZZS (na primeru LZM).

Na podlagi zadnjih podatkov in projekcij je »Posledice demografskih in tehnoloških sprememb na vire in izdatke za zdravstvo« predstavila **mag. Eva Helena Zver** iz Urada RS za makroekonomske analize in razvoj.

Problem vzdržnosti financiranja zdravstvenega sistema je tesno povezan z demografskimi in tehnološkimi dejavniki. Na prihodkovni strani se bomo soočili s hitrim zmanjševanjem delovno sposobnega prebivalstva (do leta 2070 za 15 %), ki so glavni plačniki v sistem zdravstvenega zavarovanja, na strani izdatkov pa se bodo zaradi naraščanja števila starejšega prebivalstva (do leta 2070 za več kot polovico) povečale potrebe. Aktivni del prebivalstva ne bo več zmogel finančnega bremena. Pritisk na rast izdatkov pa povzroča tudi razvoj novih zdravil, novi postopki zdravljenja in nove tehnologije. Vse te dejavnike je treba upoštevati pri iskanju rešitev za dolgoročno vzdržno financiranje zdravstva, kajti prihajalo bo do vedno večjega pomanjkanja javnih virov za financiranje pokojnin, zdravstva, dolgotrajne oskrbe in izobraževanja.

V projekciji AWG 2018 je pripravljenih kar 12 različnih scenarijev na različnih predpostavkah glede povečanja javnih izdatkov za zdravstvo do leta 2070. Vsi kažejo, da bo rast javnih izdatkov za zdravstvo pri nas višja kot v povprečju EU. Za dolgotrajno oskrbo potrebe naraščajo še hitreje kot za zdravstvo, močno pa se bodo povečale po letu 2025, ko bo močna generacija prestopila mejo 80 let, vse več starostnikov prehaja v formalno oskrbo, cene storitev dolgotrajne oskrbe pa hitro naraščajo. Tu je v projekciji pripravljenih 10 različnih scenarijev, ki kažejo na povečanje javnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo do leta 2070 med 0,8 in 3,7 odstotnih točk, na 1,8 do 4,6 % BDP. Prikazane rastoče potrebe zaradi demografskih in tehnoloških sprememb kažejo na rastoč razkorak med prihodki in izdatki in potrebno bo stalno ukrepanje za zmanjševanje vrzeli. Ukrepati bo treba v smeri: izboljševanja zdravstvenega stanja prebivalcev (povečanje vlaganj v varovanje zdravja; zmanjšanje neenakosti v zdravju; krepitev varstva pri delu in zmanjšanje absentizma); sprememb v virih financiranja zdravstvenega sistema (izenačenje stopenj in širitev prispevnih osnov; dopolnjevanje javnih virov z zasebnimi zdravstvenimi zavarovanji); povečanja učinkovitosti sistema (prenova modela plačevanja izvajalcev; spodbude za večjo učinkovitost zaposlenih; prenova procesa nakupovanja zdravstvenih storitev; centralizacija javnega naročanja zdravil).

O »Optimizaciji zdravstvenih domov« je svoj prispevek podala **mag. Vera Rozman**, direktorica Zdravstvenega doma Trebnje, ki svoje izkušnje iz gospodarstva s pridom izkorišča za vodenje zdravstvenega doma. Poslovne subjekte ločujejo od drugih njihovi unikatni poslovni procesi, ki morajo za uspešno delovanje teči po ekonomskih zakonitostih in v skladu s strategijo in cilji. Optimizacija procesov, ki pomeni iskanje najboljših, stroškovno učinkovitih poslovnih rešitev ob upoštevanju danih omejitev, mora biti stalno prisotna in je

pomemben dejavnik obstoja in razvoja. Bistvo vsakega procesa, njegovega delovanja in spreminjanja so ljudje. Vodstva v javnih zavodih (JZ) so razpeta med zahtevami uporabnikov, pričakovanji zaposlenih, zahtevami zakonodaje, političnimi pričakovanji, sledenjem ekonomskih zakonitosti, nadzorom in kritiko ter lastnimi vrednotami in prepričanji. Tudi v JZ je treba spoštovati osnovna ekonomska načela (uspešnost in učinkovitost). Prenove poslovnih procesov (optimizacije) se lotimo, če želimo spremeniti in izboljšati njihovo delovanje z namenom zniževanja stroškov, zmanjšanja porabljenih virov, povečanja kakovosti, skrajšanja časa, zmanjšanja števila napak, zmanjšanja pritožb, izboljšanja organiziranosti, povečanja zadovoljstva deležnikov ... Vsaka prenova poslovnih procesov gre skozi določene, med seboj povezane faze: 1. identifikacija potreb po spremembi in iskanje priložnosti za izboljšave, 2. analiza obstoječih procesov, 3. plan aktivnosti za izvedbo sprememb, 4. izvedba aktivnosti-optimizacija. Pri vseh fazah se pojavljajo dileme (strah pred spremembami, premalo informacij, izbira neustreznih aktivnosti in lotevanje nebitvenih stvari, izguba motivacije, pomanjkanje sredstev). Če je katerakoli faza slabo izvedena, pade celoten projekt.

Zdravstvo pri prenovi poslovnih procesov ne more zasledovati samo ekonomskih kriterijev, saj mora upoštevati zakonodajo, pogodbo z ZZZS, zdravstveno politiko in usmeritve lastnikov. Poslovna avtonomija je v primerjavi z gospodarstvom tu bolj omejena. V procesu prenove morajo prispevati in biti vključeni vsi zaposleni, izrabi je treba vse, kar vedo in znajo. Z izgradnjo organizacijske kulture dosežemo, da se zaposleni poistovetijo s potrebami in cilji zavoda, kar da najboljši rezultat. Ob koncu je direktorica predstavila še izsledke raziskave o odnosu med zaposlenimi in organizacijo (Dnevnik – Zlata nit), h kateri je pristopil ZD Trebnje, da bi ugotovili šibke točke in našli področja, kjer je odnose možno izboljšati.

Zadnji predavatelj je bil **mag. Marjan Ferjanc**, dolgoletni direktor in sedaj svetovalec v Splošni bolnišnici Celje. Na zanimiv in kritičen način je spregovoril o »Upravljanju, vodenju in odgovornosti v zdravstvu«.

»Upravljanje in vodenje sta v literaturi sorodna pojma, vendar je umestno, da jima v zdravstvu prisodimo pomembno razliko. Upravljavca sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti na najvišji ravni je država. Ta preko Ministrstva za zdravje sprejema najvišje politične in strateške cilje. Operativno vlogo ministrstva izvajajo sveti zavodov, ki pa zaradi nejasnih pristojnosti in pomanjkljivih kompetenc članov, večkrat slabo opravljajo svojo nalogo. Ker sredstev za zdravstvo zaradi naraščajočih potreb po zdravstvenih storitvah ni do-

volj, prelaga država (upravljavca) breme pomanjkanja sredstev na vodstva zdravstvenih zavodov ter trka na njihovo odgovornost do prebivalstva glede izpolnjevanja pravic iz zdravstvene zakonodaje. Na lastno odgovornost do obljub iz zakonodaje pa pozablja. Zdravstveni zavod vodi direktor, ki je odgovoren za poslovanje, za organizacijo dela, predstavlja in zastopa zavod ter je odgovoren za zakonitost delovanja. V operativnem delu je težišče njegovega dela na organiziranju in vodenju zaposlenih. Pomembna je ugotovitev, da je vsak odgovoren za svoje delo, tako na upravljalni kot na izvedbeni ravni, vendar se v praksi največ odgovornosti nalaga prav na ramena direktorjev, v medicinskem delu na zdravnike, ostali deležniki zdravstvenega sistema pa se odgovornosti večinoma ognejo. Razmere v zdravstvu se bodo uredile, ko bo vsaka odgovornost ustrezno nagrajena ali po potrebi sankcionirana«. Tako je v povzetku napisal sam avtor, ki pa nam je v nastopu še podrobneje razčlenil pojme odgovornosti, vodenja in upravljanja, ločnice med njimi in odstopanja od klasične ekonomske teorije zaradi specifik v javnih zdravstvenih zavodih in zdravstvu. Za zaključek je nanašal kup vprašanj, na katere mora slovenska družba čim prej poiskati odgovore.

Ob zaključku srečanja je predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu, Helena Ulčar Šumčič, strnila glavna sporočila odločevalcem v zdravstvu:

1. **Brez politično usklajenega dokumenta**, ki bo veljal ne glede na to, kdo bo na oblasti, **se zdravstvo ne bo moglo razvijati**. Predsednica ekonomistov v zdravstvu v imenu društva **politiko poziva, da pripravi poenoteno strategijo slovenskega zdravstva**.
2. Postaviti je treba **jasne pristojnosti in odgovornosti** znotraj posameznih akterjev in med posameznimi akterji v zdravstvu, torej med **MZ, ZZZS in izvajalci**.
3. **Centralizacija informacijskega sistema** na ravni vseh deležnikov v zdravstvu je nujna. Predlagamo, da se na ravni MZ ustanovi projektna skupina z izkušenim projektnim vodjem, ki bo pripravila dokument za odločitev na vladi glede projekta in financiranja.
4. **Povezanost primarnega in sekundarnega nivoja** in sodelovanje na področju napotovanja pacientov bo imele ključno vlogo pri načrtovanju zdravstvenega sistema.
5. Pri spremembi sistema zdravstvenega varstva moramo upoštevati **z ustavo predpisan sistem socialnega zavarovanja**, Bismarckov model, ki je na tem delu Evrope prisoten tako v Slovenji kot v naših sosednjih državah.

Predsednica DEVZ se je zahvalila vsem za prisotnost in aktivno sodelovanje ter jih povabila na 21. jesensko srečanje, ki bo 18. in 19. oktobra letos v Termah Vivat.

CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA ZD POSTOJNA

ZD Postojna je pridobil evropski projekt »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih«. S tem je vzpostavljen integriran Center za krepitev zdravja. Programe »Šola zdravega hujšanja«, »Zdravo jem«, »Ali sem fit?«, »Spoprijemanje s stresom, tesnobo, depresijo, tehnike sproščanja« tako nadgrajujemo. Zaposlili smo psihologinjo, dietetičarko, pediatra, diplomirano medicinsko sestro, patronažno medicinsko sestro, kineziologinjo in fizioterapevtko. Projekt naslavlja poseben poudarek na nadgradnji programa »Priprava na porod in starševstvo«, kjer bo nosečnicam poleg strokovnih vsebin omogočena tudi aktivna vadba s fizioterapevtko. Dodaten program za otroke in mladostnike omogoča izvedbo tako individualnih kot skupinskih obravnav – vključeni bodo v program »Šola zdravega hujšanja«. Tu vidimo priložnost obravnave celotne družine, kjer s korekcijo življenjskega



Izvedba meritev v lokalni skupnosti. Na fotografiji (iz leve): psihologinja Polona Štrancar in dietetičarka Ana Žužek Barle, ZD Postojna.

sloga, od načel zdrave prehrane in gibanja do ozaveščenosti o škodljivosti pretirane uporabe mobilnih tehnologij, lahko naredimo ogromno. Omogočena je obravnava ljudi na domu, ki iz različnih razlogov težko obiščejo ZD. Po vaseh se bodo vzpostavile posvetovalnice v lokalnih skupnostih. Pristopili bomo tudi v marginalne skupine, kjer bomo uporabnikom zagotovili medkulturnega mediatorja. Novost so tudi pogovorne ure za krepitev zdravja, z namenom krajših individualnih

posvetov s strokovnjaki iz CKZ ter za nudenje podpore in pomoči pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem. Programi so za udeležence brezplačni.

Naš cilj je aktiven pristop do uporabnikov. Z vizijo uspešne integracije projekta se zavedamo, da je preventivna dejavnost in spreminjanje življenjskega sloga prebivalstva tek na dolge proge. Rezultati niso hipni, pa vendar se izplača. Zdravje je neprecenljivi dar. Vsak korak šteje!

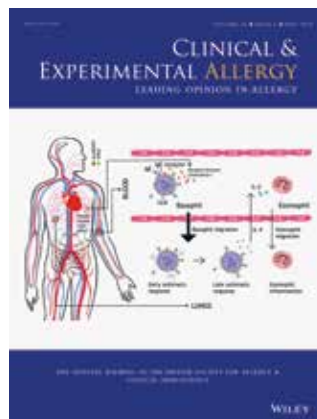
Ana Žužek Barle, Zdravstveni dom Postojna

VRHUNSKI DOSEŽKI GOLNIŠKIH RAZISKOVALCEV

Znanstveni članek dveh raziskovalcev Klinike Golnik, izr. prof. dr. **Petra Korošca**, univ. dipl. biol., spec. lab. med. gen. in doc. dr. **Matiije Rijavca**, univ. dipl. mikrobiol., je bil objavljen na naslovnici prestižne znanstvene revije **Clinical**

and Experimental Allergy. Revija sodi v sam vrh svetovnih revij, saj zaseda 4. mesto med revijami iz področij alergologije in imunologije. Omenjeni prispevek z naslovom »**Pomembna in specifična vloga bazofilcev pri akutnih alergijskih reakcijah**« je nastal z mednarodnim sodelovanjem raziskovalcev iz alergološkega oddelka Univerze v Oldenburgu v Nemčiji in Imperial College v Londonu v Veliki Britaniji.

Jana Bogdanovski, Klinika Golnik



ZTM IN ODMEVNA KAMPANJA »MANJKAJOČA ČRKA«

Slovenija se je ob svetovnem dnevu krvodajalcev (14. junija 2018) pridružila odmevni mednarodni kampanji MISSING TYPE (Manjkajoča črka), katere osrednji namen je ozavestiti javnost o vsakodnevni potrebi po oskrbi bolnikov s krvjo ustrezne krvne skupine. Na praznik krvodajalstva in krvodajalcev smo krvodajalcem želeli posredovati zahvalo za zagotavljanje zadostnih



Sodelujoči na novinarski konferenci.



Reševalci na motorjih. Foto: Anže Malovrh

Letos so se kot krvodajalska skupina na novinarski konferenci predstavili reševalci, ki so opozorili na povečane potrebe po krvi v spomladanskem in poletnem času, ko slovenske ceste beležijo več prometnih nesreč.

Reševalci na motorjih so zelo ranljiva skupina v prometu, obenem pa pomagajo ponesrečencem v prometnih nesrečah; nekateri med njimi so tudi krvodajalci.

in ustreznih količin krvi in javnost seznaniti s pomenom krvodajalstva za nemoteno delovanje zdravstva. Zahvala gre tudi podpornikom in vsem, ki sodelujejo pri preskrbi s krvjo.

Manjkajoča črka

Na novinarski konferenci na Zavodu RS za transfuzijsko medicino smo javnosti predstavili osrednjo nit letošnje krvodajalske pobude, ki je del mednarodne kampanje »Missing type«. Nosilci kampanje so pozvali podjetja, da iz svojih logotipov odvzamejo črke A, O, B in AB, ki predstavljajo krvne skupine.

V slovenski kampanji Manjkajoča črka smo predstavili zveste darovalce in hvaležne prejemnike, ki jim je darovana kri omogočila zdravljenje ali celo rešila življenje. Iz njihovih imen smo umaknili črke, ki predstavljajo krvne skupine. To so črke, ki rešujejo življenja. Pobudi Manjkajoča črka so se z umikom črk A, O, B in AB iz svojega imena 14. junija pridružila podjetja BTC, Mercator, NLB, Telekom, Pristop, Adriatic Slovenica in Petrol ter številni mediji z brezplačnimi objavami oglasov.

Mag. Natalija Lamprecht

ROMAN ŠKRINJAR

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

**Vaše darilo
me je rešilo.**



DARUJ
ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

daruj-kri.si
 Daruj kri

Pokroviteljji akcije:



Zavod Republike Slovenije
za transfuzijsko medicino
Blood Transfusion Centre of Slovenia

PETROL

Energija za življenje



**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