

JAVNO ZDRAVSTVO DVEH HITROSTI

KADROVSKA ŠOLA
»OD ZAPOSLOTITVE
DO UPOKOJITVE V
ZDRAVSTVU«

UVRŠČANJE INVESTICIJSKIH
PROJEKTOV V NRP

IMPRESUM REVIJE

LETNIK 50

ISSN 1580-4917

Izdajatelj: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, v. d. direktorja Tatjana Jevševar **Uredniški odbor:** mag. Amela Duratovič Konjević, OI Ljubljana; mag. Natalija Lampreht, Zavod za transfuzijsko medicino RS; Janez Lencl, UKC Maribor; mag. Lucija Mak Uhan, UKC Ljubljana; dr. Mitja Vrdelja, NIJZ; Eva Pungartnik, NLZOH

Odgovorna urednica:

dr. Saša Terseglav, ZDRZZ

Oblikovanje: Maja Rebov

Fotografije: arhiv Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Rawpixel, Shutterstock, Unsplash

Tisk: Matformat

Naklada: 530 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 šestkrat na leto. 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 je član Evropskega združenja bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij (HOPE), www.hope.be.



ZDRUŽENJE
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV
SLOVENIJE



Javno zdravstvo dveh hitrosti

Javni zdravstveni sistem v Sloveniji sestavljajo na eni strani javni zdravstveni zavodi in na drugi koncesionarji. Tako eni kot drugi imajo dve skupni značilnosti: javno pooblastilo za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti in na ta način pridobljeno pravico do plačila teh storitev iz javne blagajne. Pomembne pa so različnosti med njimi pri upravljanju odhodkov njunih dejavnosti, saj je regulativa, ki ureja to področje, za obe strani zelo različna, na kar Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije že dolgo opozarja regulatorja (MZ) in ostale deležnike v zdravstvenem sistemu. Omenjeno je po našem mnenju glavni razlog za to, da se koncesionarji finančno in kadrovske krepijo, javni zdravstveni zavodi pa slabijo. To pomeni, da se je izoblikovalo javno zdravstvo dveh hitrosti, saj se obe strani razvijata z različno dinamiko in hitrostjo ter v nasprotnih smereh. Seveda so v veliki meri s tem problemom pogojene tudi naraščajoče čakalne dobe in dostopnost zdravstvenih storitev, kar pomeni, da gre v bistvu za problem uporabnika, torej pacienta.

Navedeno potrjujejo številni primeri rezultatov projektov, ki jih je regulator uvedel v zadnjih letih za skrajševanje čakalnih dob in povečevanje dostopnosti zdravstvenih storitev. Projekti so bili na videz všečni, saj so javnemu zdravstvu prinesli dodaten denar (»stresni test« z 200 mio EUR, plačilo vseh storitev po realizaciji ...), ne pa pričakovanih rezultatov. Zakaj?

Združenje je navedene ukrepe analiziralo in rezultati so pokazali prednosti, ki jih koncesionarji uživajo pri pridobivanju dodatnih prihodkov zaradi večje fleksibilnosti in s tem zmožnosti prilagajanja delovanja novim ukrepom. Dejstvo je, da je zakonska regulativa, ki jo morajo JZZ upoštevati pri delovanju (ZJF s podzakonskimi akti, ZSPJS, ZJN ...), bistveno bolj toga kot regulativa, ki jo morajo pri svojem delovanju upoštevati koncesionarji (ZGD in smiselno omejen del zakonodaje, ki velja za JZZ).

Posledice so že nekaj časa jasno razvidne in se kažejo zlasti v slabih poslovnih rezultatih javnih zdravstvenih zavodov (205 mio EUR nako-pičene izgube iz preteklih let), vse daljših čakalnih dobah, odhajanju

kadra in s tem slabitvi delovanja (zapiranje oddelkov in ambulant), nezmožnosti investiranja in razvoja zaradi likvidnostnih težav ... Na drugi strani pa je viden razcvet koncesionarstva, saj se je ta v zadnjih letih pomembno finančno okrepil, zato vlaga kapital v dodatne in nove zdravstvene kapacitete ter se tudi kadrovsko krepi. Omenjene analize pa so pokazale še eno pomembno značilnost: dodaten denar ni rešil ciljanih težav v zdravstvu, ampak povzročil, da so se koncesionarji zaradi večje fleksibilnosti novim razmeram lahko prilagodili na način, da so opravili večje število manj zahtevnih primerov in s tem ustvarili dodatne prihodke. Pridobili so dvakrat: z velikim številom opravljenih preiskav in z večjim »dobičkom« na enoto storitve, saj so cene v obeh sektorjih enake. Na drugi strani so JZZ izgubili prav tako dvakrat, saj so opravili zahtevnejše preiskave, ki trajajo dlje, zato so jih opravili manj in njihov »dobiček« na enoto je bil pomembno nižji ali pa ga sploh ni bilo.

Problem različne obravnave obeh sektorjev javnega zdravstva pa se kaže tudi na ravni prihodkov, in sicer pri plačilu NZV. Ali je to problem koncesionarjev? Ne. Ali je to problem JZZ? Da. Nazadnje pa je vse to problem regulatorja!

Upamo in želimo, da je razumevanje tega problema rodilo tudi izhodišča za spremembo ZZDej, ki gredo v pravo smer, kar pa seveda še ni dovolj! Iz tega razloga v Združenju pričakujemo konkreten predlog sprememb ZZDej in upamo, da se bo to zgodilo čimprej, saj v trenutni situaciji v javnih zdravstvenih zavodih čas ni naš zaveznik.

TATJANA JEVŠEVAR

v. d. direktorja

Vsebina



Uvrščanje investicijskih projektov v NRP

7

Priprava in obravnava investicijske dokumentacije je določena z Uredbo o enotni metodologiji za pripravo in obravnavo investicijske dokumentacije na področju javnih financ.



Pomen internega komuniciranja za kakovostno oskrbo pacientov

28

Uspeh ustanove je odvisen od tega, kako zaposleni med seboj komunicirajo in ali so njihove vrednote, prepričanja ter izkušnje skupne vsem sodelavcem.

Komentar

- 1 Javno zdravstvo dveh hitrosti

Na kratko

- 4 Nova direktorica Združenja
4 6. izvedba Šole vodenja v zdravstvu
4 Kadrovska šola »Od zaposlitve do upokojitve v zdravstvu«
4 Javna naročila v sklopu Združenja
5 Podpis pisma o nameri v Opatiji
5 Uredba o sredstvih in opremi za osebno in skupinsko zaščito
5 Sodelovanje Združenja na konferenci »Vrednost inovacij«
5 Delavnica kodiranja
5 Rezultati poslovanja januar-marec 2024

Šola vodenja v zdravstvu

- 7 Uvrščanje investicijskih projektov v NRP
14 Predstavitev realizacije modela fizioterapije v povezavi z dolgimi čakalnimi vrstami
19 Povračilo stroškov zdravljenja v tujini
23 Seleksijski postopek pri zaposlovanju novih kadrov
28 Pomen internega komuniciranja za kakovostno oskrbo pacientov
33 Mediacija in etika

Novosti

- 38 eNaročanje: pregled dosedanjih ugotovitev o delovanju informacijske rešitve in nadaljnji razvojni koraki
42 Slovenija si zasluži sodobno transfuzijsko dejavnost – ob rob debatam o ceni krvi

NOVA DIREKTORICA ZDRUŽENJA JE TATJANA JEVŠEVAR

Upravni odbor Skupščine Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije je na 18. seji dne 8. maja 2024 imenoval Tatjano Jevševar, mag. ekon. in posl. ved, za novo direktorico Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije za obdobje štirih let. Datum nastopa funkcije je 14. 7. 2024. Več na www.zdrzz.si.

USPEŠNO JE ZAKLJUČENA 6. IZVEDBA ŠOLE VODENJA V ZDRAVSTVU

Med 5. marcem in 24. aprilom 2024 je potekala šesta izvedba Šole vodenja v zdravstvu. Udeležilo se jo je 16 vodilnih in vodstvenih delavcev v zdravstvu, ki so si prizadevali za pridobitev novih znanj in veščin, ključnih za uspešno vodenje v tem sektorju. Več kot 30 predavateljev, uglednih strokovnjakov iz zdravstva, je z udeleženci delilo svoje bogate izkušnje s področja vodenja in upravljanja. Udeležencem so podali dragocena znanja o organizaciji in delovanju zdravstvenega sistema v RS ter se osredotočili na ključne teme, kot so učinkovit menedžment, etično delovanje, poznavanje pravnih podlag in financiranja zdravstvene dejavnosti, politika kakovosti in varnosti v zdravstvu ter strateško komuniciranje.

Do sedaj smo izobrazili več kot 90 udeležencev, kar priča o prepoznavnosti in učinkovitosti šole pri razvoju vodstve-

nih kompetenc. Šola vodenja v zdravstvu pomembno prispeva k pripravljenosti udeležencev na izzive, ki jih prinaša sodobno vodenje v zdravstvu.

Prijave za 8. izvedbo, ki bo potekala od marca do aprila 2025, so odprte (vsa mesta za 7. izvedbo šole so že zasedena). Za več informacij o šoli obiščite spletno stran <https://solavodenja.zdrzz.si/>.

KADROVSKA ŠOLA »OD ZAPOSILITVE DO UPOKOJITVE V ZDRAVSTVU«

Med 6. in 22. majem 2024 je potekala prva izvedba Kadrovske šole z naslovom »Od zaposlitve do upokojitve v zdravstvu«. Udeležilo se jo je 13 udeležencev iz vseh ravni zdravstvene dejavnosti, ki delujejo na področje kadrovske službe oziroma ravnanja s človeškimi viri v zdravstvu in so si prizadevali za pridobitev novih znanj oziroma poglobitev obstoječih znanj in veščin. Predavatelji šole, ki prihajajo iz zdravstvenega sektorja, so z udeleženci delili svoje bogate izkušnje z delovnopravnega področja in kadrovskega področja. Vsebina šole je temeljila na delovnopравни zakonodaji, hkrati pa je tudi s praktičnimi primeri poudarila širši pomen kadrovske funkcije in ključnih veščin za zaposlene v zdravstvenem sektorju. S tem smo želeli odpreti nov pogled na kadrovsko funkcijo, ki je pomembna poslovna funkcija za dobrobit zaposlenih v zdravstvenih zavodih. Naslednja šola bo potekala jeseni 2024.

JAVNA NAROČILA V SKLOPU ZDRUŽENJA

Združenje je objavilo več javnih naročil: (1) Zaščitna sredstva: Zaključeno je bilo povpraševanje za obdobje od 1. maja do 31. oktobra 2024 na podlagi sklenjenih okvirnih sporazumov. (2) Energenti: Prva faza omejenega postopka je zaključena. Po pravnomočnosti odločitve o dostopu do dinamičnega sistema bodo izvedena povpraševanja glede na cene na svetovnem trgu. (3) Zobozdravstveni material: Trenutno potekajo povpraševanja za vrteče inštrumente, potrošni material za zobne ordinacije in zobno tehniko. Sledila bodo še povpraševanja za ortodontski material, inštrumentarij ter žilne zlitine.

PODPIS PISMA O NAMERI V OPATIJI

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je 10. maja 2024 v Opatiji podpisalo pismo o nameri za sodelovanje med Združenjem zdravstvenih ustanov Slovenije, Združenjem delodajalcev v zdravstvu Hrvaške in Zbornico zdravstvenih ustanov Srbije.

Pismo o nameri izraža željo po tesnejšem sodelovanju na področju zdravstvenih sistemov držav podpisnic. Poudarja pomembnost izmenjave znanj, izkušenj, podatkov in najboljših praks pri razvoju in izvajanju zdravstvenih politik in strategij v državah podpisnicah. V pismu so izpostavljene teme, kot so delitev znanj in letna srečanja, kar bi prispevalo k izboljšanju regionalnega sodelovanja.

UREDBA O SREDSTVIH IN OPREMI ZA OSEBNO IN SKUPINSKO ZAŠČITO

Skladno z zadnjo verzijo Uredbe o sredstvih in opremi za osebno in skupinsko zaščito, ki je bila objavljena v Ur. listu 63/2023, je treba do začetka junija 2024 zagotoviti vrsto in najnujnejši obseg sredstev in opreme za osebno in skupinsko zaščito za primer naravnih in drugih nesreč tako v ostalih subjektih kot tudi v vseh javnih zdravstvenih zavodih.

Na pobudo Ministrstva za zdravje smo se s strani Združenja vključili v izvršitev te zahteve na način, da smo na podlagi podatkov, pridobljenih iz izvedene analize izračunov okvirne vrednosti zalog opreme za osebno in skupinsko zaščito ter podatkov o dejanskih zalogah, pridobljenih s strani nekaterih javnih zdravstvenih zavodov, sodelovali pri preverbi ustreznosti vrednosti faktorja za posamezno koledarsko leto za izvajalce zdravstvene dejavnosti. Na podlagi vrednosti faktorja, ki ga je nato določilo Ministrstvo za zdravje, je bila tako določena zahtevana količina sredstev in opreme za osebno in skupinsko zaščito v posameznem javnem zdravstvenem zavodu za leto 2024.

SODELOVANJE ZDRUŽENJA NA KONFERENCI »VREDNOST INOVACIJ«

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je 21. maja 2024 aktivno sodelovalo na konferenci

»Vrednost inovacij«. V. d. direktorica Združenja je na okrogli mizi izpostavila nujnost reševanja dveh ključnih izzivov, na katera opozarja Združenje. Kot prvo je izpostavila, da potrebujemo naložbe v razvoj managementa in vodstvenih kompetenc v javnih zdravstvenih zavodih (JZZ), saj se trenutno soočamo s pomanjkanjem strokovnih znanj na tem področju, kar zavira učinkovito implementacijo inovativnih pristopov v zdravstvenih ustanovah. Kot drugo pa je poudarila, da je nujno zagotoviti več finančnih virov za uvajanje novih tehnologij, opreme, prostorov in procesov v JZZ, saj trenutne omejitve v finančnem smislu preprečujejo sledenje sodobnim trendom in potrebam pacientov. V zaključku je poudarila, da v Združenju predlagamo, da se začnejo aktivni koraki v smeri profesionalizacije managementa ter v smeri povečanja finančnih virov za inovacije v zdravstvenem sektorju. Le tako bomo lahko sledili hitremu razvoju in zagotovili visoko kakovostno zdravstveno oskrbo za vse prebivalce Slovenije.

DELAVNICA KODIRANJA

Na pobudo Združenja je ZZS v začetku maja 2024 organiziral delavnico za zaposlene, ki kodirajo primere akutne bolnišnične obravnave. Delavnico je videokonferenčno vodila ga. Anna Coote iz Avstralije. Vsebinska delavnica je bila namenjena obnovitvi in utrditvi znanja iz Standardov kodiranja: 0001 – Glavna diagnoza, 0002 – Doda-

tne diagnoze, 0236 – Kodiranje malignih bolezni in vrstni red kod. Delavnice so se udeležili predstavniki koderjev iz vseh bolnišnic, ki imajo v pogodbah dogovorjen program akutne bolnišnične obravnave. Dogovor je bil, da se bo naslednja delavnica izvedla avgusta 2024.

REZULTATI POSLOVANJA JANUAR- MAREC 2024

Združenje je članom posredovalo podatke o poslovanju JZZ za prvo trimesečje 2024. Podatki imajo manjšo izrazno moč v primerjavi s podatki za ostala obdobja poročila med letom. Gre za kratko obdobje, ko je praviloma ustvarjan presežek realizacije zdravstvenih storitev (gripa in ostala obolenja, značilna za zimsko obdobje) kar pomeni, da gre za nadpovprečno višino stroškov za razliko od prihodkov, ki so v večini financirani po dvanajstlinah pogodbenih zneskov s strani ZZS. Poslovni rezultati so zato v tem obdobju slabši od poprečja leta, saj v obdobju poročanja JZZ še niso prejeli končnega obračuna ZZS za obravnavano obdobje. Za leto 2024 pa obstajajo še dodatno tveganje pri obravnavi teh podatkov, saj gre za obdobje, ko ni bilo več financiranja s strani PZZ oziroma so se storitve financirale v celoti iz OZZ po pogodbi z ZZS in gre za obdobje stavke zdravnikov in zobozdravnikov (od 15. 1. 2024 dalje). Rezultati poslovanja so torej zgolj informativne narave.



Uvrščanje investicijskih projektov v NRP

ANA REMŠKAR*
Zdravstveni dom Vrhnika

Slovenski zdravstveni sistem se sooča s številnimi izzivi, med katerimi je tudi visoka stopnja odpisanosti osnovnih sredstev, predvsem opreme; kapacitete zdravstvenega sistema se na ravni države niso načrtovale strateško, odraz tega pa so slabi prostorski in opremski pogoji za delo v večini javnih zdravstvenih zavodov. Po podatkih Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije je stopnja odpisanosti vseh sredstev JZZ v letu 2023 61,6-odstotna. Stopnja odpisanosti opreme je v letu 2023 znašala 80,4 odstotka in je glede na leto 2022 za 3,4 odstotka višja. Združenje prepisuje visoko stopnjo odpisanosti opreme predvsem velikim likvidnostnim težavam bolnišnic v zadnjih letih, zaradi česar slednje niso imele možnosti vlagati v investicije.

S sprejemom Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (Uradni list RS, št. 162/21 in 136/23 – ZIUZDS) (v nadaljevanju: ZZSISZ) se prvič v zgodovini Slovenije sistemsko planirajo znatna sredstva za investicije v slovensko zdravstvo, z jasno delitvijo med posamezne akterje. Le-ti morajo biti večji priprave investicijske dokumentacije, s katero Urad RS za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu (v nadaljevanju: UNKIZ) preko Vlade RS uvršča posamezne investicijske projekte v Načrt razvojnih programov (v nadaljevanju: NRP). Tema predmetnega prispevka je oris postopka uvrščanja investicijskih projektov v NRP, s

poudarkom na ustrezni pripravi za to potrebne investicijske dokumentacije, kot pomoč akterjem za boljše razumevanje postopka z namenom lažjega in hitrejšega črpanja sredstev, ki jim po ZZSISZ pripadajo. V svojem prispevku se bom osredotočila na akterje – javne zdravstvene zavode (v nadaljevanju: JZZ).

Višina sredstev za investicije v slovensko zdravstvo med leti 2021 in 2031

ZZSISZ zagotavlja skupaj 2.093 mio EUR za investicije v slovensko zdravstvo v obdobju od leta 2021 do 2031, in sicer akterjem po razdelitvi, razvidni iz tabele 1. Zakon podrobnejše razdelitve med posamezne akterje ne definira, so pa ti podatki dostopni vsem na UNKIZ, kjer je bila razdelitev narejena na podlagi obsega poslovanja posameznega javnega zdravstvenega zavoda. Sredstva lahko akterji uporabijo za investicije v nepremičnine, zemljišča, opremo ali zahtevnejša investicijska vzdrževanja. (Glej Tabela 1))

* Prispevek Ane Remškar, univ. dipl. ekon., direktorice Zdravstvenega doma Vrhnika, je zaključna naloga avtorice v okviru Šole vodenja v zdravstvu.

Tabela 1:

Razdelitev sredstev po ZZSISZ

Akterji	višina sredstev (v mio EUR)
UKC Ljubljana in UKC Maribor	763
splošne bolnišnice, negovalne bolnišnice in negovalni domovi	557
specialne bolnišnice	214
psihiatrične bolnišnice	50
porodnišnice	26
zdravstvena dejavnost na primarni ravni	200
Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino	33
visokošolski zavodi za enoviti magistrski študijski program medicine, dentalne medicine in farmacije ter pripadajoče študijske in raziskovalne dejavnosti	200
srednje šole, višje strokovne šole in visokošolski zavodi s področja zdravstva, ki niso navedeni v prejšnji točki	50
skupaj	2.093

Vir: ZZSISZ

Tabela 2:

Postopek uvrstitve projekta v NRP

izvajalec	naloga
JZZ	priprava investicijske in projektne dokumentacije
UNKIZ	priprava vloge v programu MFERAC
	priprava vladnega gradiva
	pridobitev soglasja Ministrstva za finance in Službe vlade RS za zakonodajo
Vlada RS	obravnava gradiva na seji Vlade RS (Odbor Vlade RS za državno ureditev in javne zadeve)
UNKIZ in MF	potrditev vloge v programu MFERAC

Tabela 3:

Potrebna investicijska dokumentacija glede na ocenjeno vrednost investicijskega projekta

Ocenjena vrednost investicije	Potrebna investicijska dokumentacija
do 500.000 EUR	DIIP (je enako IP)
od 500.000 EUR do 2.500.000 EUR	DIIP in IP
nad 2.500.000 EUR	DIIP, PIZ in IP
sprememba nad 20 %, podaljšanje za več kot 1 leto, druge večje spremembe	novelacija IP

Za primarno raven ZZSISZ predvideva 80,00 EUR na prebivalca posamezne občine ustanoviteljice ali soustanoviteljice zdravstvenega doma (skupaj 160 mio EUR) in 40 mio EUR za vzpostavitev satelitskih urgentnih centrov. Ob tem je treba poudariti, da je znesek po ZZSISZ absoluten, ne glede na vir sredstev sofinanciranja (integralna sredstva RS in proračunski sklad, strukturni skladi, proračun Evropske unije ...). Nekorabljen pravice porabe proračunske postavke UNKIZ za izvajanje investicij po ZZSISZ se v celoti prenesejo in izločijo na proračunski sklad UNKIZ. Navedeno ne velja za sredstva, planirana za visokošolske zavode, srednje šole, višje strokovne šole in visokošolske zavode.

Za potrebe črpanja sredstev iz ZZSISZ mora vsak od akterjev pripraviti ustrezno investicijsko dokumentacijo, s katero UNKIZ preko Vlade RS posamezni investicijski projekt uvrsti v NRP. NRP je tretji del državnega proračuna in prikazuje posamezne projekte proračunskih uporabnikov za celotno obdobje njihovega trajanja.

Kako poteka postopek uvrščanja projekta JZZ v NRP?

JZZ mora za vsak investicijski projekt pripraviti projektno in investicijsko dokumentacijo ter jo posredovati na UNKIZ. Direktor UNKIZ s sklepom potrdi ustreznost investicijskih dokumentov, pripravi se vloga za projekt v programu MFERAC, upoštevač tekoče cene investicije. Sledi priprava vladnega gradiva, v katerem se povzamejo bistvene informacije o investicijskem projektu ter viri financiranja. Vladno gradivo UNKIZ, skupaj z investicijskimi dokumenti in sklepi o njihovi potrditvi, pošlje v soglasje na Ministrstvo za finance in Službo vlade RS za zakonodajo. Gradivo se nato obravnava na seji Vlade RS, in sicer na Odboru Vlade RS za državno ureditev in javne zadeve, kjer se ga uvrsti v NRP. Opisani postopek velja za vse investicijske projekte, katerih ocenjena vrednost v tekočih cenah presega 600.000 EUR ali ob spremembi vrednosti projekta nad 20 %, pri čemer mora biti sprememba v absolutnem znesku večja od 200.000 EUR.

V primeru, da uvrščamo v NRP projekt z vrednostjo do 600.000 EUR ali gre za spremembo vrednosti projekta do 200.000 EUR, je postopek enostavnejši, saj ni potrebna priprava vladnega gradiva, odločitev o uvrstitvi v NRP ali spremembo projekta pa potrdi neposredno Ministrstvo za finance. Navedene vrednosti izhajajo iz Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2024 in 2025 (Uradni list RS, št. 123/23 in 12/24). Glej Tabela 2.

Potrebna investicijska dokumentacija glede na ocenjeno vrednost investicije

Priprava in obravnava investicijske dokumentacije je določena z Uredbo o enotni metodologiji za pripravo in obravnavo investicijske dokumentacije na področju javnih financ (Uradni list RS, št. 60/06, 54/10 in 27/16). Uredba podaja enotno metodologijo, na podlagi katere lahko odločevalci razberejo prednosti in slabosti posameznih investicijskih predlogov in se odločajo o njihovi izvedbi.

Glede na ocenjeno vrednost investicije v stalnih cenah (z vključenim DDV) je treba pripraviti naslednje investicijske dokumente; za investicijske projekte z ocenjeno vrednostjo do 500.000 EUR dokument identifikacije investicijskega projekta (v nadaljevanju: DIIP). Za investicije, katerih ocenjena vrednost je višja od 500.000 EUR, je treba pripraviti DIIP in investicijski program (v nadaljevanju: IP). Kadar je investicija ocenjena nad 2.500.000 EUR, pa je treba poleg DIIP in IP pripraviti tudi predinvesticijsko zasnovo (PIZ). Glej Tabela 3.

»Stalne cene« so enotni imenovalci vseh vrednostnih izrazov. Praviloma so to cene, ki veljajo takrat, ko se izdeluje investicijska dokumentacija. Stalne cene lahko vključujejo tudi pričakovane strukturne spremembe (na primer spremembo razmerja med ponudbo in povpraševanjem), ki se preverjajo v analizi občutljivosti.

»Tekoče cene« so cene, kakršne pričakujemo med izvajanjem investicije, in vključujejo učinke splošne rasti cen (inflacije); pri analizi delno realiziranih investicij so tekoče cene dejansko realizirane cene investicije na podlagi situacij oziroma obračunov del in drugih računov.

Praksa uvrščanja projektov v NRP ali na kaj naj bo JZZ pozoren pri pripravi investicijske dokumentacije

UNKIZ praviloma uvršča investicijske projekte v NRP na podlagi zadnjega potrebnega investicijskega dokumenta, saj se je iz prakse izkazalo, da šele zadnji investicijski dokument poda relativno realno ocenjeno vrednost investicije. Slednje je pomembno, saj se z realno oceno izognemo časovno potratnemu postopku popravljanja vrednosti investicije (ko govorimo o več kot 20-odstotni spremembi), ki poteka, kot opisano zgoraj, preko potrjevanja na Vladi RS. Postopek mnogokrat tudi ustavi izvedbo investicije, kar je neugodno za JZZ, tako zaradi zamika zaključka investicije kot

tudi vezano na obvezo odvajanja dela amortizacije, o čemer več v nadaljevanju.

Ob pripravi zadnjega investicijskega dokumenta, ki je za projekte do 500.000 EUR DIIP (v takem primeru je DIIP enak IP), za vse ostale pa IP, mora imeti JZZ pripravljeno že vso potrebno projektno dokumentacijo. Ravno iz tega razloga so ocenjene vrednosti šele takrat dobro ocenjene, saj ocena izhaja iz popisa del iz projektne dokumentacije. V praksi se težave pojavijo predvsem pri slabo projektiranih projektih, ko se lahko zgodi, da manjkajo celi deli projekta, ki zato seveda niso finančno ovrednoteni. S tem izzivom še srečujejo mnogi JZZ, saj so v postopku javnega naročanja za pripravo projektne dokumentacije glede na merila primorani izbrati najugodnejšega projektanta, ki pa ni nujno najbolj več svojega poklica, kar se nato izkaže v praksi. Izziv na to temo je velik, tema pa preobsežna, da bi lahko bila del tega prispevka.

Pomembno je, da ocenjena vrednost investicijskega projekta odraža vse stroške, ki so neposredno vezani na projekt. Tako je treba v ocenjeno vrednost všteti tudi strošek vseh predhodnih raziskav in študij, strošek pridobivanja dokumentacije, soglasij in dovoljenj, zemljišč, vsa pripravljalna in zemeljska dela, pa tudi strošek izvedbe gradbenih, obrtniških del in napeljav, nabave in namestitve opreme in naprav, svetovanje in nadzor izvedbe, izobraževanje ter usposabljanje. Smiselno je, da JZZ planira tudi rezervo v višini 5 % ocenjene vrednosti, kar se je izkazalo še posebej smiselno v času hitrih sprememb na gradbenem trgu.

Za UNKIZ je izrednega pomena za kakovostno planiranje investicij tudi realno ocenjevanje trajanja investicije. Ob uvrščanju investicije v NRP, torej pripravi vloge v MFERAC in pripravi vladnega gradiva, je treba v celoti slediti predvideni porabi sredstev med leti iz investicijskih dokumentov. Nerealna časovnica realizacije investicije tako ujame sredstva UNKIZ-a in jih ni mogoče zagotoviti za druge investicijske projekte. Ob koncu leta se slednje izkazuje v nizki realizaciji porabe sredstev in obenem več drugih investicijskih projektov, ki ostajajo nepotrjeni in neuvrščeni v NRP, saj čakajo, da bodo na voljo prosta sredstva UNKIZ za njihovo planiranje in nato realizacijo.

Zakaj še je dobro pripravljena projektna dokumentacija pomembna za JZZ?

Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 90/15), določa način zbiranja namenskih sredstev za investicije v JZZ, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija in spadajo v pristojnost Ministrstva za zdravje, sedaj UNKIZ. Ta sredstva se zbirajo na posebnem

računu – podračunu proračunskega sklada, ločeno od ostalih proračunskih sredstev, v skladu z določbami proračuna Republike Slovenije.

Med pomembnimi viri tega sklada so sredstva od prodaje in oddaje v najem nepremičnin in opreme, katerih JZZ ne potrebuje za izvajanje javne zdravstvene službe, neporabljene pravice porabe integralne proračunske postavke preteklih let in del amortizacije JZZ. Zakon določa, da morajo vsi JZZ, ki so zajeti v NRP kot veljaven investicijski projekt, ki se izvaja v proračunskem letu, na proračunski sklad obvezno odvajati del amortizacije, ki je priznana v ceni njihovih storitev. Obvezno odvajanje se nanaša na amortizacijo, ki jo prizna plačnik Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in znaša 20 % celotne amortizacije, priznane v cenah zdravstvenih storitev.

Investicijski projekt v NRP in posledično programu MFERAC ima več faz:

- projekt v pripravi (v tem času se lahko realizira do 25 % ocenjene vrednosti investicije),
- projekt v izvajanju,
- ukinjen projekt,
- začasno prekinjen projekt,
- zaključen projekt.

Skladno z izhodišči Ministrstva za zdravje z dne 19. 3. 2018 projekt preide iz faze v pripravi v izvedbeno fazo z naslednjim mesecem po izdaji prvega Sklepa o začetku postopka javnega naročanja za posamezni investicijski projekt, kar je navadno vezano na izbiro izvajalca gradbeno-obrtniških del. Projekt se zaključi z mesecem, ki sledi zadnji primopredaji, kar je pri večjih projektih navadno primopredaja opreme. Navedeno velja za projekte, katerih ocenjena vrednost je višja od 500.000 EUR. Za projekte z ocenjeno vrednostjo, nižjo od 500.000 EUR, se šteje, da projekt preide v izvedbeno fazo naslednji mesec po podpisu pogodbe z izbranim izvajalcem in se zaključi naslednji mesec po primopredaji.

Iz navedenega jasno izhaja, kako zelo je za JZZ pomembno, da je okno, ko je določen investicijski projekt v izvedbeni fazi, čim krajše, saj si bo JZZ s tem skrajšal čas, v katerem mora odvajati 20 % amortizacije, priznane v ceni zdravstvenih storitev, UNKIZ-u na proračunski sklad. Na dolžino tega okna v znatni meri vpliva dolžina postopka javnega naročanja, ki je velikokrat močno odvisna od kakovosti pripravljene projektne dokumentacije, kar je, kot že opisano, v domeni JZZ. Enako velja tudi za izvedbo investicije; slabo pripravljena projektna dokumentacija se odraža v zastojih na gradbiščih in podražitvah projekta, oboje pa pomeni zamik zaključka investicije.

Pomembno je tudi, da si JZZ za sprejem odločitve, katere investicije planira izvesti ob sofinanciranju UNKIZ, pripravi izračun, koliko amortizacije okvirno bo

Tabela 4:

Podatki o višini amortizacije, priznane v ceni zdravstvenih storitev

Planirane vkalkulirane amortizacije v JZZ (zneski v tekočih oz. akontativnih cenah na stanje 1. 12. 2022)	Meseč. znesek amortiz.	20 % mesečne amortizacije	Letni znesek amortiz.	20 % letne amortizacije
Splošna bolnišnica Celje	549.347,50	109.869,50	6.592.170,00	1.318.434,00
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	27.647,63	5.529,53	331.771,59	66.354,32
Ortopedska bolnica Valdoitra	137.144,30	27.428,86	1.645.731,59	329.146,32
Bolnišnica Sežana	27.589,81	5.517,96	331.077,75	66.215,55
Bolnišnica Postojna	17.012,08	3.402,42	204.145,00	40.829,00
Splošna bolnišnica Izola	324.410,53	64.882,11	3.892.926,40	778.585,28
Splošna bolnišnica Brežice	80.559,99	16.112,00	966.719,85	193.343,97
Splošna bolnica Jesenice	206.479,12	41.295,82	2.477.749,50	495.549,90
Bolnišnica za gín. in porod. Kranj	33.747,64	6.749,53	404.971,72	80.994,34
Psihiatrična bolnica Begunje	29.620,58	5.924,12	355.446,96	71.089,39
Klinika Golnik	119.221,28	23.844,26	1.430.655,33	286.131,07
Bolnišnica za otroke Šentvid pri Stični	10.037,39	2.007,48	120.448,68	24.089,74
Univerz. reh. inštitut – Soča	73.535,70	14.707,14	882.428,44	176.485,69
Splošna bolnišnica Trbovlje	91.563,34	18.312,67	1.098.760,04	219.752,01
Onkološki inštitut v Ljubljani	817.079,67	163.415,93	9.804.956,03	1.960.991,21
Ukc Ljubljana	1.846.507,37	369.301,47	22.158.088,43	4.431.617,69
Mkz Rakitna	9.333,04	1.866,61	111.996,45	22.399,29
Upk Ljubljana	130.313,32	26.062,66	1.563.759,86	312.751,97
Ukc Maribor	988.155,69	197.631,14	11.857.868,30	2.371.573,66
Psihiatrična bolnišnica Ormož	26.384,83	5.276,97	316.617,92	63.323,58
Spl. bolnišnica dr. J. Potrča Ptuj	169.589,61	33.917,92	2.035.075,31	407.015,06
Spl. bolnišnica M. Sobota	277.556,08	55.511,22	3.330.672,97	666.134,59
Psihiatrična bolnišnica Idrija	35.510,59	7.102,12	426.127,09	85.225,42
Spl. bol. dr. Franca Derganca Nova Gorica	254.876,81	50.975,36	3.058.521,68	611.704,34
Splošna bolnišnica Novo Mesto	317.946,61	63.589,32	3.815.359,35	763.071,87
Sb Slovenj Gradec	233.612,98	46.722,60	2.803.355,74	560.671,15
Bolnišnica Topolšica	54.780,47	10.956,09	657.365,68	131.473,14
Nacionalni inštitut za javno zdravje	15.309,92	3.061,98	183.719,06	36.743,81
Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano	4.180,67	836,13	50.168,02	10.033,60
Zdravstveni dom za študente Ljubljana	8.736,96	1.747,39	104.843,57	20.968,71

Vir: podatki ZZS

Faze investicijskega projekta v NRP in posledično programa MFERAC

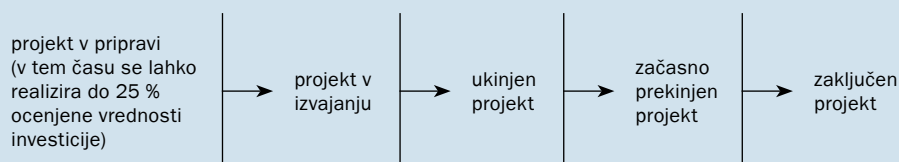


Tabela 5:

Razdelitev sredstev za investicije po ZZSISZ in ZIUZDS

Leto	Viri po ZZSISZ (samo del UNKIZ)	Viri po ZIUZDS (samo del UNKIZ)	Razlika
2021	127.278.136,30	127.278.136,30	0,00
2022	194.625.842,60	194.625.842,60	0,00
2023	205.665.180,14	205.665.180,14	0,00
2024	213.224.157,63	64.136.388,79	-149.087.768,84
2025	204.740.732,92	63.034.292,20	-141.706.440,72
2026	210.141.720,88	107.073.124,07	-103.068.596,81
2027	162.941.630,88	140.873.034,07	-22.068.596,81
2028	152.120.027,31	200.051.430,50	47.931.403,19
2029	144.908.686,42	235.908.686,42	91.000.000,00
2030	111.839.493,01	240.839.493,00	128.999.999,99
2031	115.514.391,92	263.514.391,91	147.999.999,99
Skupaj	1.843.000.000,01	1.843.000.000,00	

JZZ odvedel UNKIZ-u glede na čas trajanja investicije. Pri projektih z nizko ocenjeno vrednostjo se lahko namreč hitro zgodi, da JZZ z odvajanjem amortizacije UNKIZ-u preplača investicijo.

Za JZZ je pomembno tudi, da sam zase spremlja faze investicije. Vsak neuspeh postopek javnega naročanja, bodisi zaradi neizbire ali prekinitve, vrne investicijo iz izvedbene faze v fazo v pripravi, kar pomeni, da JZZ v času do izdaje novega sklepa o začetku postopka javnega naročanja dela amortizacije ni dolžen odvajati na proračunski sklad UNKIZ-a.

JZZ odvaja enako 20 % amortizacije, priznane v ceni zdravstvenih storitev, ne glede na to, koliko investicijskih projektov ima v NRP v izvedbeni fazi. Priporočilo JZZ na tem mestu je zato, da poskušajo, kar je v praksi težko izvedljivo, sočasno izvajati več investicijskih projektov, katerih sofinancer je UNKIZ. Glej Tabelo 4.

Pa je v praksi res tako preprosto?

Ne, nikakor. S sprejemom ZZSISZ je država uredila zagotavljanje sredstev, kar pa samo po sebi še ne pomeni, da so sredstva v proračunu UNKIZ dejansko tudi zagotovljena in na voljo za črpanje. Vsakoletna višina integralne proračunske postavke UNKIZ za investicije je predmet pogajanj med UNKIZ in Ministrstvom za finance ob razrezu proračuna ali morebitnih rebalansih. Sredstva za investicije, med katerimi prav integralna sredstva predstavljajo največji delež, bi morala vsako leto dosegati višino sredstev iz ZZSISZ. Pa ni tako! Še več, višina sredstev po letih je bila z Zakonom o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23; v nadaljevanju: ZIUZDS) spremenjena. Sredstva za leta 2024 do vključno 2027 so se znižala za skupaj 415.931.403,18 EUR in se nadomeščajo v letih od 2028 do 2031. Ob tem pa se že sedaj poraja dvom, da bodo sredstva, ki se režejo v prihodnjih letih, v letu 2028 in naprej dejansko tudi na voljo, saj se sprememba z ZIUZDS bere kot reševanje trenutne situacije z odri- vanjem problema v prihodnost. Glej Tabelo 5.

Za javne zdravstvene zavode je zato še toliko bolj pomembno, da težijo k pozitivnemu poslovnemu rezultatu, s katerim akumulirajo sredstva za financiranje dolgoročnega razvoja zavoda. Potrebe po sredstvih v javnih zdravstvenih zavodih za investicije so že tako veliko večje, kot so zagotovljene posameznemu zavodu po ZZSISZ. Prav tako financiranje investicij iz sredstev amortizacije, priznane v ceni zdravstvenih storitev, nikakor ne zagotavlja strateškega razvoj zavoda, temveč zadostuje le za najbolj nujne menjave dotrajane opreme in najnujnejše investicije. To zavedanje mora biti prisotno v vodstvu zavoda, če želi ne le krmariti zavod iz leta v leto, temveč slediti ambiciozno zastavljeni viziji in poslanstvu zavoda.



Nerealna časovnica realizacije investicije tako ujame sredstva UNKIZ-a in jih ni mogoče zagotoviti za druge investicijske projekte.

Viri:

1. Novis, glasilo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, marec-april 2024, članek Rezultati poslovanja JZZ v letu 2023
2. Uredba o enotni metodologiji za pripravo in obravnavo investicijske dokumentacije na področju javnih financ (Uradni list RS, št. 60/06, 54/10 in 27/16)
3. Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23),
4. Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 90/15)
5. Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leta 2024 in 2025 (Uradni list RS, št. 123/23 in 12/24)
6. Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (Uradni list RS, št. 162/21 in 136/23 – ZIUZDS)

Predstavitev realizacije modela fizioterapije v povezavi z dolgimi čakalnimi vrstami

MARJANA GORJAN*

Zdravstveni dom Nova Gorica

Fizioterapija obsega postopke, pri katerih sta gibanje in funkcijska sposobnost posameznika obravnavana glede na okoliščine, kot so staranje, poškodbe, bolezni, okvare, zdravstveno stanje ali okoljski dejavniki. Namen fizioterapije je razvijati, vzdrževati ali ponovno vzpostaviti optimalno gibanje in funkcijske sposobnosti pri posameznikih ter celotnem prebivalstvu v vseh življenjskih obdobjih. Funkcionalno gibanje je bistvo pomena biti zdrav.

Fizioterapevti se ukvarjamo z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja ter njegove zmožnosti za gibanje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije. Sodelujemo s pacienti/uporabniki, drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, negovalnim osebjem, družinami in skupnostjo. V tem procesu se postavijo cilji fizioterapevtske obravnave glede na fizioterapevtsko oceno, znanje in spretnosti tako pacienta kot tudi fizioterapevta.

Fizioterapevtovo obsežno poznavanje človeškega telesa in njegovih gibalnih potreb ter možnosti je bi-

stveno za določitev strategij za fizioterapevtsko diagnostiko in fizioterapevtske postopke.

Fizioterapija je pomemben del zagotavljanja storitev na področjih zdravstvenega in socialnega varstva, ki deluje na treh ravneh – na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Fizioterapevti delujejo v različnih okolišjih in neodvisno od drugih ponudnikov zdravstvenih storitev, pa tudi v okviru interdisciplinarnih rehabilitacijskih/habilitacijskih programov, katerih cilj je preprečiti motnje gibanja ali ohraniti/obnoviti optimalno funkcijo in kakovost življenja pri posameznikih z gibalnimi okvarami. (1)

Fizioterapevti lahko delujemo po načelu neposrednega dostopa, zato se lahko pacienti/uporabniki za fizioterapevtske postopke obrnejo na fizioterapevta tudi neposredno, brez napatitve drugega zdravstvenega strokovnjaka. Vendar pa morajo v Sloveniji te storitve uporabniki plačati, saj niso del letno opredeljenega programa zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programa, ki ga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) finančno pokrije in predhodno doreče tako z izvajalci zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javnega zdravstvenega varstva kot z Ministrstvom za zdravje Republike Slovenije.

Uporabniki fizioterapevtskih storitev lahko do fizioterapevtske obravnave, ki jo krije ZZZS, dostopajo na različne načine. Fizioterapevtske storitve javnega zna-

* Prispevek Marjane Gorjan, dipl. fiziot., vodje fizioterapije, Zdravstveni dom Nova Gorica, je zaključna naloga avtorice v okviruSOLE vodenja v zdravstvu.



čaja so dostopne le na osnovi delovnega naloga, ki ga napiše zdravnik. To je tako imenovani posredni dostop do fizioterapevta. Na primarni ravni napoti na fizioterapijo bolnike družinski zdravnik oziroma napotni zdravnik, če mu je osebni zdravnik dal pooblastila.

Na primarni ravni v Sloveniji je mreža javne fizioterapije organizirana znotraj zdravstvenih domov, bolnišnic, zdravilišč in koncesionarjev. V Sloveniji je bilo na dan 31. 12. 2023 v mreži 606,7 tima, v letu 2016 pa 523 timov.

Povprečno število zavarovanih oseb na 1 tim fizioterapije znaša 3.480 oseb/tim. Pri tem pa je treba poudariti, da je program fizioterapije edini program, ki se izvaja in deluje na treh ravneh: za izvajanje fizioterapevtske obravnave na bolnišnični ravni, v zdraviliščih za potrebe rehabilitacij po poškodbah ter na primarni zdravstveni ravni v zdravstvenih domovih in pri zasebnih koncesionarjih kot ambulantna dejavnost.

Mreža 606,7 tima fizioterapije zajema vse tri ravni, kar pomeni, da če obravnavamo dostopnost programa fizioterapije samo na primarni zdravstveni ravni (418,2 tima v zdravstvenih domovih in koncesionarjih), je obremenitev teh programov še dosti večja in znaša 5.049 oseb/tim.

Glede na državno povprečje je indeks preskrbljenosti s programom fizioterapije v območnih enotah ZZZS zelo različen. Najbolje je s programom fiziotera-

Fizioterapevti se ukvarjamo z opredeljevanjem in izboljševanjem kakovosti posameznikovega življenja ter njegove zmožnosti za gibanje na področjih promocije zdravja, preventive, zdravljenja, rehabilitacije in rehabilitacije.

Tabela 1

Preskrbljenost s številom timov FTH na dan 31. 12. 2023

program	Zdravstveni dom	Bolnišnice	Skupaj javni	Koncesionarji	Zdravilišča	Skupaj zasebni	Skupaj
FTH	319,3	59,8	379,1	98,9	128,7	227,6	606,7

Vir: <https://partner.zzsz.si/zdravstvene-storitve/podatki-o-dostopnosti-do-zdravstvenih-storitev/planirano-stevilo-timov/seznam-datotek/>

pije preskrbljena Območna enota Ravne (indeks 144), daleč najslabšo preskrbljenost pa imajo v Območni enoti Ljubljana (indeks 83,47). Tudi znotraj območnih enot se pojavljajo velike razlike v preskrbljenosti med izpostavami.

Fizioterapija je edina dejavnost na primarni ravni, ki vodi in poroča čakalne dobe na nacionalnem nivoju. Čakalne dobe za fizioterapevtske storitve na primarni ravni se lahko razlikujejo glede na različne dejavnike, vključno z obsegom povpraševanja, razpoložljivostjo kadra in finančnimi sredstvi.

Zaradi obsežnega števila čakajočih pacientov je vlada v letu 2023 z uredbo predlagala plačilo po realizaciji tudi za celotno dejavnost fizioterapije. Menim, da je ta plačilna praksa vplivala na povečanje števila obravnav, saj je lahko fizioterapevt obravnaval večje število pacientov. To je vodilo do večje dostopnosti storitev fizioterapije za pacienta.

V letu 2024 je v Uredbi 2024 zagotovljenih dodatnih storitev za 28 timov. S širitvijo mreže se dostopnost do fizioterapije povečuje.

Izvajalci se ne smemo osredotočati samo na kvantiteto, ampak predvsem na kakovost obravnav, kajti osredotočanje na kvantiteto lahko vodi v manjšo učinkovitost in nezadovoljstvo pacientov. V uredbi je zapisano, da mora biti opravljenih vsaj tretjina temeljnih postopkov v primerjavi s podpornimi postopki, sicer

se obveznost zavoda pri obračunu zniža za 2 %, čeprav ima izvajalec realizirano število uteži (3400).

Temeljni postopki v fizioterapiji običajno vključujejo terapevtske tehnike, ki neposredno vplivajo na zdravljenje ali lajšanje telesnih težav, bolečin ali poškodb. Ti postopki so namenjeni neposrednemu izboljšanju funkcionalnosti in zmanjšanju simptomov pri pacientu. Nekateri primeri temeljnih postopkov v fizioterapiji vključujejo:

- terapevtsko vadbo za izboljšanje gibljivosti, moči, vzdržljivosti in funkcionalnosti;
- manualno terapijo, kot so mobilizacije in manipulacije sklepov, za izboljšanje gibljivosti sklepov in zmanjšanje togosti.

Delež temeljnih postopkov v primerjavi s podpornimi postopki v fizioterapiji se lahko razlikuje glede na specifične potrebe pacienta, vrsto poškodbe ali bolezni ter pristop fizioterapevta. Vendar je ključno, da se kombinacija obeh vrst postopkov pravilno uporabi za doseganje najboljših rezultatov pri zdravljenju in rehabilitaciji pacienta.

Za zagotavljanje ustreznega odstotka realizacije temeljnih postopkov v fizioterapiji je pomembno izvesti naslednje korake pri organizaciji procesa dela:

Tabela 2

Število napotitev

Leto	Število obravnavanih poškodb/stanj po operacijah (stopnja nujnosti zelo hitro)	Število obravnavanih akutnih in kroničnih stanj (stopnja nujnosti hitro)	Število obravnavanih kroničnih stanj (stopnja nujnosti redno)
2019	1099	2083	743
2020	1173	1962	454
2021	1504	3265	604
2022	1799	3346	648
2023	1939	3908	625

- ključno je, da fizioterapevti ustrezno ocenijo stanje pacienta ter določijo njegove cilje in funkcionalne omejitve;
- glede na oceno pacientovega stanja je treba načrtovati terapevtski program, ki vključuje temeljne postopke, primerno prilagojene potrebam posameznega pacienta. Program naj bo ciljno usmerjen k doseganju funkcionalnih ciljev in izboljšanju stanja pacienta.

Z ustrezno organizacijo procesa dela, ki temelji na individualiziranem pristopu, načrtovanju terapevtskih programov in spremljanju napredka pacientov, lahko fizioterapevti dosežejo zadostno raven realizacije temeljnih postopkov, ki bo učinkovito prispevala k izboljšanju zdravja in funkcionalnosti pacientov.

Iz podatkov, ki sem jih pridobila iz informacijskega sistema Isos, je razvidno, da imamo letno 40–45 % obravnava zaradi poškodb, ostalo so kronična stanja. Odstotek je odvisen od več dejavnikov, vključno z demografskim profilom populacije, zdravstvenimi trendi, stopnjo telesne aktivnosti v populaciji, preventivnimi ukrepi, načini dostopa do zdravstvenih storitev in drugimi lokalnimi dejavniki.

Podatki pa kažejo tudi na to, da se iz leta v leto večja število napotitev tako poškodb kot kroničnih stanj. Posledica tega so daljše čakalne dobe.

Obravnava pacientov v čakalni vrsti je enakovredna, če se vsi pacienti obravnavajo na podlagi enakih meril in prioritizacije. To pomeni, da so čakalne vrste organizirane tako, da se pacienti obravnavajo glede na stopnjo nujnosti. Na primer, pacienti z akutnimi poškodbami in stanji po operacijah imajo prednost pri vključevanju v obravnavo, saj se po predlogu RSK za družinsko medicino z dne 27. 11. 20018 stanja po svežih poškodbah in operativnih posegih napotujejo pod stopnjo nujnosti »zelo hitro«, akutna bolečinska stanja in reaktivirana kronična bolečinska stanja pod stopnjo »hitro«, kronična bolečinska in degenerativna stanja pa pod »redno«. Zato je ključnega pomena, da so postopki vključevanja pacientov v čakalne vrste transparentni, pošteni in temeljijo na medicinskih potrebah pacientov, ne pa na drugih zunanjih dejavnikih.

Planiranje vključevanja pacientov po prejemu delovnega naloga v čakalne vrste v fizioterapiji je pomemben proces, ki zahteva premišljeno organizacijo in upoštevanje različnih dejavnikov, kot so nujnost obravnave, razpoložljivost terapevta in opreme. V fizioterapiji ni možnosti e-naročanja, ker moramo za vpis v čakalno vrsto prejeti originalni delovni nalog v papirnati obliki. Načrtovana uvedba e-delovnega naloga bo znatno zmanjšala administrativno breme ter povečala preglednost nad izdanimi delovnimi nalogi. Pričakujemo, da bo ta sistem preprečeval podvojene napotitve



Zaradi obsežnega števila čakajočih pacientov je vlada v letu 2023 z uredbo predlagala plačilo po realizaciji tudi za celotno dejavnost fizioterapije.

za isto diagnozo pri istem pacientu, s tem pa izboljšal učinkovitost in natančnost našega delovanja.

Pri naročanju je treba določiti časovne intervale, ki so na voljo za obravnavo pacientov. To lahko vključuje delovne ure zdravstvene ustanove, obdobja, ko so fizioterapevti na voljo za obravnavo pacientov, in časovne omejitve glede na naravo storitev.

V fizioterapiji pri naročanju pacientov v čakalno knjigo je ključno, da zagotovimo ali ohranjamo prosta mesta za napotitve pod kategorijo »zelo hitro«. V fizioterapiji se obravnava ne konča zgolj z enkratnim obiskom, temveč zahteva od 6 do 10 obiskov, odvisno od vrste obravnave (ali gre za malo, srednjo, veliko ali specialno obravnavo). Poleg odrasle populacije se ukvarjamo tudi z obravnavo otrok, ki predstavljajo 10 % vseh pacientov. Zaradi njihove potrebe po prednostni obrav-

navi moramo pri vodenju čakalne knjige upoštevati tudi dodatna prosta mesta za obravnavo bolečinskih stanj pri otrocih. Na žalost opažamo, da se število teh stanj iz leta v leto povečuje, kar je posledica življenjskega sloga. Spremljanje in upravljanje čakalnih seznamov zahteva visoko stopnjo organiziranosti in natančnosti, da omogočimo pravočasno fizioterapevtsko obravnavo.

V primeru, da bi se uvedla ločena VZS-ja, in sicer za obravnavo po poškodbah in za obravnavo kronične bolezni, bi to pomenilo vodenje dveh čakalnih vrst. To bi pomenilo, da bi znotraj tima imeli fizioterapevte, ki bi obravnavali samo stanja po poškodbah, drugi pa kronična stanja. Za naš zdravstveni dom bi bil to velik organizacijski problem v primeru odsotnosti in nado- meščanj.

Zavedamo se pomena sodelovanja s Centri za krepitev zdravja (CKZ), vendar opažamo, da zdravniki včasih ne napotijo pacientov v te centre bodisi zaradi nezadostnega poznavanja programov bodisi zaradi pacientovega zavračanja te oblike pomoči, kar pogosto vodi v napotitev na ambulantno fizioterapijo. Da bi izboljšali ta proces, smo v našem zavodu vzpostavili prakso, kjer opaženo potrebo po vključitvi v CKZ zapišemo v zaključno fizioterapevtsko poročilo. Opažamo, da zdravniki napotujejo kronične paciente na fizioterapijo, četudi iz prejšnjih fizioterapevtskih poročil ni razvidno izboljšanje, kar lahko vodi v neupravičene napotitve in podaljšanje čakalne dobe za tiste, ki resnično potrebujejo fizioterapevtsko obravnavo.

Naše sodelovanje s kineziologinjami iz CKZ, kjer skupaj obravnavamo otroke s slabimi držami, je korak v pravo smer. Problematika slabih drž se povečuje, zato si želimo, da bi država prepoznala to težavo in namenila dodatne programe za njeno obravnavo.

Verjamemo, da bi z doslednim upoštevanjem kriterijev za napotitev na fizioterapijo ter s premišljenim odločanjem in strokovnim usmerjanjem lahko sistem še izboljšali. Dodatno bi lahko izkoristili možnosti napotitve v CKZ tako s strani ambulantnega fizioterapevta kot s strani zdravnika, s čimer bi skrajšali čakalne dobe ter zagotovili več prostih terminov za obravnavo poškodb in stanj po operacijah. S tem bi lahko bolje zadostili potrebam pacientov ter jim zagotovili ustrezno in pravočasno fizioterapevtsko obravnavo.

Viri:

1. Razširjen strokovni kolegij za fizioterapijo. (2013). *Opis poklica fizioterapevt. Fizioterapija* 21(1), 64–71.
2. <https://physio.si/informacije-za-uporabnike-fizioterapevtskih-storitev/izvajalci-fizioterapevtske-dejavnosti/>
3. https://partner.zzs.si/fileadmin/user_upload/dokumenti/izvajalci/fth_stopnje_nujnosti_i.pdf

Povračilo stroškov zdravljenja v tujini

TAMARA MIHAJLOVIČ*
Splošna bolnišnica Trbovlje

1. Uvod

Ljudje iz različnih razlogov bodisi potrebujejo zdravljenje v tujini bodisi se zanj odločajo. Sem sodijo tako primeri nenačrtovanega kot tudi načrtovanega zdravljenja v tujini. Zdravljenje v tujini je v določenih primerih, pod pogoji, ki jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ)¹, tudi pravica, za katero se zavarovanim osebam zagotavlja plačilo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.²

V projektni nalogi se bom omejila na primere načrtovanega zdravljenja v tujini, torej na primere, ko zavarovana oseba odpotuje v drugo državo z namenom pridobitve določene zdravstvene storitve. Najprej bom na kratko predstavila pravne podlage za povračilo stroškov takega zdravljenja v tujini, kot jih določa veljavni ZZVZZ ter tudi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila OZZ).³ V nadaljevanju pa se bom osredotočila predvsem na vprašanje zdravljenja oziroma povračila stroškov zdravljenja v tujini v primeru izčrpanih možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji (v nadaljevanju: RS). V nalogi bom predstavila

tudi relevantno sodno prakso glede pogoja izčrpanih možnosti zdravljenja v RS ter zaključila s poskusom kritičnega ovrednotenja predstavljene ureditve.

2. Oñs ureditve povračila stroškov načrtovanega zdravljenja v tujini

Zavarovana oseba lahko glede na veljavno pozitivno-pravno ureditev, skladno z določbami 44.a–44.c člena ZZVZZ ter Pravil OZZ, v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja uveljavlja načrtovano zdravljenje v tujini oziroma povračilo stroškov tega zdravljenja v naslednjih treh primerih:

1. če so v RS izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja – 44.a člen ZZVZZ,
2. če ji je bila pri vpisu v čakalni seznam v RS določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, v RS pa ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas – 44.b člen ZZVZZ, v skladu s katerim lahko

* Prispevek Tamare Mihajlovič, mag. prava, Zdravstveni dom Logatec, je zaključna naloga avtorice v okviru Šole vodenja v zdravstvu.

- zavarovana oseba zdravstvene storitve uveljavi v drugi državi članici Evropske unije (v nadaljevanju: EU), Evropskega gospodarskega prostora ali Švicarske konfederacije, oziroma
3. v primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v drugi državi članici EU, pod pogojem, da ji je bila predhodno izdana: napotnica, recept ali naročilnica izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika v RS oziroma odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju: ZZZS), v primeru bolnišničnih zdravstvenih storitev, ki vključujejo prenočitev, ter zdravstvenih storitev, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane medicinske infrastrukture,⁴ pa predhodno izdana odločba ZZZS o predhodni odobritvi – 44.c člen ZZVZZ.

Predstavljene možnosti so podrobneje urejene s Pravili OZZ. V odvisnosti od pravne podlage je različno urejena tudi višina povračila stroškov takega zdravljenja v tujini, ki se zagotavlja iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.⁵

V nadaljevanju se bom omejila na predstavitev ureditve zdravljenja v tujini oziroma povračila stroškov tega zdravljenja v primeru izčrpanih možnosti zdravljenja v RS.

3. Posebej o pravici do zdravljenja v tujini na podlagi 44.a člena ZZVZZ

V skladu s 44.a členom ZZVZZ ima torej zavarovana oseba pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma povračila stroškov teh storitev, če so možnosti zdravljenja v RS izčrpane, s pregledom, preiskavo oziroma zdravljenjem v tujini pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, izboljšanje oziroma preprečitev nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.⁶ Pomembno je poudariti, da lahko zavarovana oseba pri ZZZS uveljavlja predhodno odobritev takega zdravljenja v tujini ali pa naknadno, po že izvedenem zdravljenju v tujini, od ZZZS zahteva povračilo stroškov takega zdravljenja. Le-ti se zavarovani osebi v primeru, ko sta kumulativno izpolnjena oba pogoja iz 44.a člena ZZVZZ, povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bili uveljavljeni.⁷

V zvezi s pogojem izčrpanih možnosti zdravljenja v RS gre za pravni standard, ki ga glede na konkretne življenjske primere zapolnjuje sodna praksa.⁸ Ta se je že ustalila na stališču, da se v primeru, če je za zdravljenje določenega bolezenskega stanja na razpolago več medicinsko priznanih in v principu enakovrednih metod,

šteje, da so možnosti zdravljenja v RS izčrpane, če ni zagotovljeno zdravljenje z nobeno izmed teh metod.⁹ To pomeni, da ni treba, da so v RS na razpolago vse metode, kot jih opravljajo v tujini,¹⁰ in da že obstoj ene izmed več (enakovrednih) možnosti zdravljenja zadostja za ugotovitev, da možnosti zdravljenja v RS niso bile izčrpane.¹¹ Opozoriti pa je treba, da zgolj formalna možnost zdravljenja oziroma posega za ugotovitev neizčrpanih možnosti zdravljenja ne zadostuje, če ni hkrati zagotovljene tudi varne izvedbe tega zdravljenja oziroma posega.¹² Pravica do zdravljenja v tujini v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovani osebi tudi ne zagotavlja trenutnih (vrhunskih) dosežkov medicinske znanosti in stroke, temveč le storitve v mejah zakonov in s podzakonskimi predpisi določenih standardov.¹³ V povezavi s pravico do pregleda v tujini se šteje, da so možnosti zdravljenja izčrpane, kadar pregleda v RS ni mogoče opraviti, ker se pri nas ne izvaja, to pa zato, ker pri nas ni usposobljenih izvajalcev oziroma ni na voljo ustreznih aparatov in pripomočkov ter znanja.¹⁴ Presoja se torej, ali bi zavarovana oseba lahko pregled, ki ga je želela opraviti v tujini, enakovredno opravila v RS.¹⁵ Smiselno enako pa to velja tudi za preiskavo, opravljeno v tujini.

3.1 Izčrpane možnosti zdravljenja v RS tudi zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti?

V nedavni sodbi, opr. št. Psp 57/2023 z dne 17. 5. 2023, je VDSS zavzelo stališče, ki pomeni odstop od predstavljene ustaljene sodne prakse, da so možnosti zdravljenja v RS izčrpane tedaj, ko zdravljenje določenega stanja ni zagotovljeno z nobeno izmed priznanih (in enakovrednih) metod zdravljenja.

Sodišče je namreč v tej zadevi zavzelo stališče, da je treba vprašanje izčrpanih možnosti zdravljenja v RS presoјati ne zgolj z vidika, ali je nek poseg možno opraviti tudi v RS, temveč tudi z vidika, ali so bile zavarovani osebi predstavljene tudi druge možnosti zdravljenja oziroma ali ji je bilo sploh pojasnjeno, zakaj je ravno predlagani poseg zanj najprimernejši. Konkretno je šlo za to, da je poseg, ki je bil tožnici kasneje opravljen v tujini, izvedljiv tudi pri nas, vendar pa ji dotedanji kirurg v RS te (druge) možnosti zdravljenja ni predstavil. Tožnica predlaganega posega ni sprejela in se je nato v stiski odločila za pregled in poseg v tujini, kjer ji je bila dana možnost izbire. Sodišče je ugotovilo, da predlagani in nato v tujini opravljeni poseg s funkcionalnega vidika ne predstavljata enakovrednega zdravljenja. Štelo je, da so bile glede na to, da tožnica ni prejela ustreznih pojasnil in ji ni bila dana možnost izbire med obema vrstama zdravljenja, (zanjo) možnosti zdravljenja v RS izčrpane.¹⁶ Sodišče je v tej zadevi odločitev o izčrpanih možnostih zdravljenja v RS torej utemeljilo na kršitvi pojasnilne dolžnosti. Zаметke takšnega utemeljevanja lahko sicer



Zdravljenje v tujini je v določenih primerih, pod pogoji, ki jih določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, tudi pravica, za katero se zavarovanim osebam zagotavlja plačilo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

najdemo tudi že v sodbi VDSS, opr. št. 245/2018 z dne 23. 11. 2018, vendar pa se primera vseeno razlikujeta, saj je bila kršitev pojasnilne dolžnosti (in dejstvo, da je bilo porušeno zaupanje med starši in zdravniki ter v zdravstveno osebje) v tem primeru samo ena izmed okoliščin, ki je utemeljevala sklep sodišča, da so bile možnosti zdravljenja v RS izčrpane, in sicer poleg siceršnje ugotovitve sodišča, da v tem obdobju niso bili izpolnjeni standardi za varno kardiokirurško zdravljenje.¹⁷

Skladno z 20. členom Zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP)¹⁸ imajo pacienti v procesu zdravljenja pravico biti ustrezno obveščeni o vseh relevantnih okoliščinah zdravljenja, med drugim tudi o morebitnih drugih možnostih zdravljenja.¹⁹ Ustrezna obveščенost pacienta je temeljni predpogoj za uresničevanje pacientove pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in sodelovanju v procesu le-tega. Pa vendar izostanek pojasnilne dolžnosti v tem delu ne pomeni in tudi ne more pomeniti izčrpanih možnosti zdravljenja v RS, če je poseg pri nas mogoče opraviti, na kar pa (po mojem mnenju pravilno) opozarja VDSS v sodbi, opr. št. Psp 97/2023 z dne 4. 10. 2023. V tej zadevi je tako VDSS zavzelo ravno nasprotno stališče. Opozorilo je tudi, da bi lahko zavarovana oseba v skladu z 40. členom ZPacP zahtevala drugo mnenje in s tem preprečila neizčrpanost

zdravljenja v RS, ne glede na to, ali je bila na tako možnost opozorjena.²⁰ Še pomembneje pa je poudariti, da socialni spor, ki je v tem primeru spor med zavarovancem in ZZZS kot nosilcem javnih pooblastil, ne more biti sredstvo za sanacijo kršitev pacientovih pravic, ki izvirajo iz razmerja med pacientom in zdravnikom oziroma izvajalcem zdravstvene dejavnosti.²¹

Kot vidimo, je praksa VDSS glede tega vprašanja zaenkrat neenotna. Problem razlage, kot jo je VDSS zavzelo v predstavljeni sodbi, opr. št. Psp 57/2023 z dne 17. 5. 2023, je v tem, da bi ta lahko odprla vrata ravnanju, kjer se bodo zavarovane osebe ob neizpolnjeni oziroma nepravilno izpolnjeni pojasnilni dolžnosti, ne da bi sploh zaprosile za drugo mnenje, lahko odpravile na zdravljenje v tujino, stroške tega zdravljenja, sicer izvedljivega v RS, pa bi krila že tako obremenjena zdravstvena blagajna. Upoštevati je namreč treba, da si zavarovana oseba (ko na temelju 44.a člena ZZZVZ uveljavlja povračilo stroškov že opravljenega zdravljenja v tujini) sama izbere državo zdravljenja, pri čemer se ji stroški zdravljenja povrnejo v višini dejanskih stroškov teh storitev v državi, v kateri so bile uveljavljene.²² Prav tako se ji, pod pogoji iz Pravil OZZ, povrnejo tudi stroški prevoza,²³ prehrane in nastanitve²⁴ ter spremstva.²⁵ Navedeno bi lahko vodilo oziroma prispevalo k izčrpanju zdravstvene blagajne, saj so stroški zdravljenja v tujini, upoštevaje vse navedeno, lahko precej višji od stroškov zdravljenja doma.

4. Zaključek

V skladu z 51. členom Ustave Republike Slovenije (v nadaljevanju: Ustava)²⁶ ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Ta ustavna pravica na drugi strani ustvarja pozitivno obveznost države, da vzpostavi in zagotovi delujoč in dostopen sistem zdravstvenega varstva, v okviru katerega bodo zavarovane osebe deležne kakovostnih, varnih in predvsem tudi pravočasnih zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo.

V primerih, ko doma ni možnosti za zdravljenje določenega bolezenskega stanja oziroma zdravljenja ni mogoče zagotoviti znotraj razumnega časa, zavarovanim osebam niti ne preostane drugega kot odhod na zdravljenje v tujino. V tem pogledu je pravica do zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov tega zdravljenja izjemnega pomena. Vendar pa je cilj, ki bi ga morali zasledovati, sistem zdravstvenega varstva, v katerem zavarovane osebe ne bodo odhajale na zdravljenje v tujino, ker za to sploh ne bo potrebe oziroma bo tega čim manj, tovrstni primeri pa bodo omejeni predvsem na utemeljene primere v smislu zgoraj predstavljenega. V projektni nalogi je prikazana tudi vloga, ki jo ima pri vsem tem sodišče. Razlaga zakonskega pogoja izčrpanih možnosti zdravljenja v RS, kot jo je zavzelo VDSS v sod-

bi, opr. št. Psp 57/2023 z dne 17. 5. 2023 (da je torej treba vprašanje izčrpanih možnosti zdravljenja v RS presojati ne zgolj z vidika, ali je nek poseg možno opraviti tudi v RS, ampak tudi z vidika pravilno izpolnjene pojasnilne dolžnosti), je namreč problematična in bi lahko odprla relativno široka vrata zdravljenju v tujini v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ko za to sploh niso izpolnjeni pogoji, saj je poseg izvedljiv tudi v RS. Sodišče bi zato pogoj izčrpanih možnosti zdravljenja v RS v teh primerih moralo razlagati restriktivno, skladno z namenom te ureditve. V ozir je treba vzeti tudi posledice, ki jih lahko takšna odločitev povzroči.

Pri tem sicer ne gre samo za finančne posledice za sistem. Pozabljamo, da je možnost zdravljenja doma velik privilegij in da je to (vsaj v veliki večini primerov) zagotovo tudi v interesu zavarovanih oseb. Poznavanje domačega okolja in zdravstvenega sistema, poznavanje jezika ter prisotnost družine in prijateljev med zdravljenjem so le nekatere izmed prednosti zdravljenja doma. Tega bi se država morala zavedati. Aktivno bi bilo treba pristopiti tudi k reševanju problematike predolgih čakalnih vrst v zdravstvu, pa tudi sicer z ustreznimi ukrepi urediti razmere in pogoje za delo v javnem zdravstvu, da bo to tudi za zaposlene vzdržen sistem, iz katerega ne bodo odhajali. Le tako bo zastavljeni cilj lahko dosežen.

Seznam uporabljenih virov in literature

Pravni predpisi

1. *Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev*, Uradni list RS, št. 6/14.
2. *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*, Uradni list RS, št. Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 61/00, 59/02, 35/03 – popr., 18/03, 30/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21, 183/21, 196/21, 142/22 – odl. US, 163/22 in 124/23.
3. *Ustava Republike Slovenije (URS)*, Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97/99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a.
4. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.
5. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*, Uradni list RS, št. št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23.

Odločbe sodišč

1. *Sodba VSRS, opr. št. VIII Ips 75/2017 z dne 25. 10. 2017*
2. *Sodba VSRS, opr. št. VIII Ips 167/2018 z dne 4. 6. 2019*
3. *Sodba VSRS, opr. št. VIII Ips 64/2020 z dne 19. 1. 2021*
4. *Sodba in sklep VDSS, opr. št. Psp 479/2017 z dne 25. 1. 2018*
5. *Sodba VDSS, opr. št. 245/2018 z dne 23. 11. 2018*
6. *Sklep VDSS, opr. št. Psp 104/2020 z dne 14. 10. 2020*
7. *Sodba VDSS, opr. št. Psp 295/2022 z dne 7. 12. 2022*
8. *Sodba VDSS, opr. št. Psp 57/2023 z dne 17. 5. 2023*
9. *Sodba VDSS, opr. št. Psp 97/2023 z dne 4. 10. 2023*

Zborniki in članki

1. *Savšek, Boštjan: Kdaj so izčrpane možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji?, v: Pravna praksa, 38 (2019) 1-2, str. 12–13.*

Opombe:

1. Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23.
2. 3. točka prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.
3. Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 61/00, 59/02, 35/03 – popr., 18/03, 30/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21, 183/21, 196/21, 142/22 – odl. US, 163/22 in 124/23.
4. Te zdravstvene storitve so taksativno določene v 2. členu Odredbe o seznamu storitev, za katere se zahteva prehodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14).
5. Primerjaj drugi odstavek 44.a člena, drugi odstavek 44.b člena in šesti odstavek 44.c člena ZZVZZ.
6. Prvi odstavek 44.a člena ZZVZZ.
7. Drugi odstavek 44.a člena ZZVZZ.
8. Sodba Vrhovnega sodišča RS (v nadaljevanju: VSRS), opr. št. VIII Ips 167/2018 z dne 4. 6. 2019.
9. Prav tam.
10. Sodba VSRS, opr. št. VIII Ips 75/2017 z dne 25. 10. 2017.
11. Sodba in sklep Višjega delovnega in socialnega sodišča (v nadaljevanju: VDSS), opr. št. Psp 479/2017 z dne 25. 1. 2018.
12. Sklep VDSS, opr. št. Psp 104/2020 z dne 14. 10. 2020.
13. Sodba VDSS, opr. št. Psp 295/2022 z dne 7. 12. 2022.
14. Sodba VSRS, opr. št. VIII Ips 64/2020 z dne 19. 1. 2021.
15. Prav tam.
16. Celotni odstavek do tu povzet po sodbi VDSS, opr. št. Psp 57/2023 z dne 17. 5. 2023.
17. Glej sodbo VDSS, opr. št. 245/2018 z dne 23. 11. 2018.
18. Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.
19. Prvi odstavek 20. člena ZPacP.
20. Sodba VDSS, opr. št. Psp 97/2023 z dne 4. 10. 2023.
21. B. Savšek: Kdaj so izčrpane možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji?, v: Pravna praksa 38 (2019) 1-2 (2019), str. 13.
22. Drugi odstavek 44.a člena ZZVZZ.
23. Prvi odstavek 40. člena ZZVZZ ter prvi odstavek 155. člena Pravil OZZ.
24. Prvi in drugi odstavek 156.a člena Pravil OZZ.
25. Prvi odstavek 155. člena ter četrti odstavek 156.a člena v zvezi z drugim odstavkom 135.a člena Pravil OZZ.
26. Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97/99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a.

Selekcijski postopek pri zaposlovanju novih kadrov

Kako selekcionirati kader med majhnim številom prijavljenih

KLAVDIJA DVORŠAK*

Zdravstveni dom Lenart

NOVIS 05/06 2024

23

ŠOLA VODENJA V ZDRAVSTVU

Uvod

Vsak delodajalec, ki se odloči zaposliti novo osebo v zavodu, mora opraviti selekcijski postopek izbire kadra pred zaposlitvijo. V današnjem času je bistvenega pomena, da upoštevamo in preverimo vse informacije, ki jih morebitni zaposleni zapiše v svoji prošnji za zaposlitev in njenih prilogah.

Cilj prispevka je opisati selekcijski postopek izbire kadra in skušati ugotoviti, ali pri današnjem vsesplošnem pomanjkanju kadra v zdravstvu sploh imamo možnost izbire med prijavljenimi kandidati najti najboljšega kandidata. Prepričani moramo biti, da bo najdeni kader primeren in da bo pokrival vse potrebe delodajalca. S pomočjo deskriptivne in analitične metode dela bom opisala selekcijski postopek izbire kadrov, s proučevanjem kadrovskih zapisov pa naredila statistični prikaz zaposlovanja v Zdravstvenem domu Lenart (v nadaljevanju ZD Lenart).

V ZD Lenart, kjer bom ponazorila potrebe pridobivanja kadra za leto 2023, že nekaj let iščemo zdravni-

ke različnih specializacij. Ker pa je v Sloveniji situacija pomanjkanja te stroke narasla čez skrajnosti, tudi pri nas ni nič drugače in razpis venomer ponavljamo. Situacija je sicer boljša na področju iskanja kadra srednjih in diplomiranih medicinskih sester ter drugih področij, vendar tudi tukaj občutimo posledice vseslovenskega pomanjkanja.

Na podlagi kadrovskih komisij bomo pregledali, koliko razpisov in za kateri kader je bilo opravljenih v letu 2023 v ZD Lenart, koliko je bilo prispelih vlog, koliko vlog je bilo ustreznih, s koliko kandidati so bili opravljeni razgovori in ali je bil kandidat izbran, kar bom prikazala v preglednici.

Vprašamo se lahko, ali pri današnji izbiri kadra ne glede na iskano strokovnost sploh imamo možnost selekcije ali pa naj zaposlimo nekoga samo zato, ker se je prijavil, saj je področje deficitarno, in s tem tvegamo slabo zaposlitev.

Selekcija kadra

Pri iskanju kandidata za novo delovno mesto moramo biti pozorni na ustrezne delovne izkušnje, njegove kvalifikacije in zahtevane spretnosti, kulturno primernost, motivacijo in predanost, reference ter preverjanje preteklosti (Osredkar, 2023). V ZD Lenart vodimo eviden-

* Prispevek Klavdije Dvoršak, mag. zdr., soc. manag., namestnice direktorja, Zdravstveni dom Lenart, je zaključna naloga avtorice v okviru Šole vodenja v zdravstvu.



co pripravnikov in specializantov, vodimo zapise njihove uspešnosti, angažiranosti, strokovnosti in zavzetosti med opravljanjem pripravništva oz. specializacije. Kadar razpišemo novo delovno mesto, smo zadovoljni in veseli, če lahko med prispelimi vlogami izberemo enega izmed teh za najboljšo možno izbiro. Prav tako imamo vpogled v ozadje delovnih navad in izkušenj pri kar nekaj prispelih vlogah.

Za novo razpisana delovna mesta običajno najprej ponudimo tudi možnost že zaposlenemu kadru, predvsem, če je v vmesnem času med njegovo zaposlitvijo in novim razpisom pridobil zahtevano izobrazbo na razpisu. Za ta prehod se sicer odloči malo oz. nihče od zaposlenih.

Proces selekcije kadra je treba izvesti pravilno in natančno, saj se sicer lahko srečamo z veliko stroški in zamudami. Selekcija kadrov je proces odločanja, evalvacije in merjenja. Poglavitni cilj selekcije kadrov je za organizacijo pridobiti posameznika, ki bo delo opravljal dobro na izbranem delovnem mestu (Vukovič, 2006). Ob selekciji več kandidatov za delovno mesto uporabimo metode, ki vzamejo manj časa, kadar pa je izbor kandidatov manjši, lahko selekciji posvetimo več časa (Zupan, 2009).

Razvrščanje kandidatov v skupine glede na prejete prijave, življenjepise, razpis in dokazila je pomembno, saj se z ustreznim procesom selekcije lahko izognemo

Posledice napačne selekcije nam lahko prinesejo neuspešen kader, ustvarjanje stresnega okolja in fluktuacije, kjer lahko novi kandidat negativno vpliva na ostale zaposlene ali pa vpliva na delo celotnega podjetja.

posledicam izbire napačnega kandidata. Posledice napačne selekcije nam lahko prinesejo neuspešen kader, ustvarjanje stresnega okolja in fluktuacije, kjer lahko novi kandidat negativno vpliva na ostale zaposlene ali pa vpliva na delo celotnega podjetja. Zaradi napačne izbire podjetje dobi delavca, ki da od sebe manj, kot je zmožen.

Napačna selekcija lahko podjetju ustvari poslovno škodo, povečajo se stroški in podjetje izgublja čas. Za nekatera mlada in manjša podjetja je lahko napačna izbira kadra usodna (Osredkar, 2023).

Tudi v našem primeru se je v lanskem letu zgodilo, da smo kljub visokim priporočilom, kot se je kasneje izkazalo, izbrali neustreznega kandidata. Kandidat je bil sicer eden izmed dveh, ki sta se prijavila na razpisano delovno mesto (pred leti je za tako razpisano delovno mesto prispelo 20 in več prijav), tako da velike izbire pri odločitvi ni bilo. Ob začetni visoki motivaciji, angažiranosti, priporočilu organizacije, kjer je opravljal pripravništvo, se je po komaj dveh mesecih dela sicer sam odločil, da delovno mesto in pravila naše organizacije ne zadovoljujejo njegovih predstav o tem delovnem mestu. S tem nam je naložil dodatno delo s ponovnim postopkom selekcije in zaposlitve novega kadra, hkrati pa dal možnost nekemu, ki sedaj to delo opravlja vestno, strokovno in z veseljem.

Ob tem se ponovno vprašamo, ali sploh imamo možnost selekcije kadra, ali naj zaposlimo tistega, ki vsaj delno ustreza našim zahtevam, ali pa še naprej obremenjujemo že tako preobremenjen zaposleni kader. Prav tako menim, da moramo biti pri izbiri novega kadra, predvsem ko se nam mudi, še posebej preudarni in previdni, da izberemo res pravega bodočega sodelavca.

Postopki za selekcijo kadrov se lahko razlikujejo od enega razgovora do več testiranj in razgovorov, odvisno od zahtevnosti razpisanega delovnega mesta.

Novak (2008) navaja naslednje postopke za selekcijo kadrov: (tole dati v neko infografiko –ali pa za podlago neko fotografijo – lahko tudi prosojno – na kateri so te alineje).

- pisne prijave, življenjepis in dokazila,
- kadrovske vprašalniki oziroma prijavitni obrazci,
- intervjuji,
- testi,
- delovni preizkusi,
- opazovalni centri,
- priporočila,
- zdravniški pregledi.

Na splošno je pomembno, da pri ocenjevanju kandidata za delovno mesto upoštevamo njegove izkušnje, veščine, kvalifikacije, osebnost in skladnost s kulturo podjetja. Temeljit in premišljen postopek ocenjevanja lahko

pomaga zagotoviti, da bo za delovno mesto izbran pravi kandidat.

V današnjem času je težko dobiti kakršenkoli kader v zdravstvu, predvsem pa imeti »srečo« dobiti dober kader, ne glede na področje zaposlovanja v zdravstveni ustanovi (Novak, 2008).

Kadrovanje je bistvena sestavina vsakega večjega podjetja. Njegova naloga je čim bolj povečati produktivnost zaposlenih in zaščititi podjetje pred težavami, ki se lahko pojavijo med zaposlenimi.

Odgovornosti kadrovske službe vključujejo iskanje, zaposlovanje in odpuščanje zaposlenih ter spremljanje vseh zakonov, ki lahko vplivajo na podjetje in njegove zaposlene (Osredkar, 2023).

Na podlagi kadrovske komisije bomo pregledali, koliko razpisov in za kateri kader je bilo opravljenih v letu 2023 v ZD Lenart, koliko je bilo prispelih vlog, koliko vlog je bilo ustreznih, s koliko kandidati so bili opravljeni razgovori in ali je bil kandidat izbran, kar bom prikazala v preglednici.

V ZD Lenart je bilo v letu 2023 objavljenih 17 razpisov za prosto delovno mesto. Vsi so bili objavljeni na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje, prav tako v okoliških časopisih in strokovnih revijah.

Preglednica nam predstavi razpisana delovna mesta, predvideno trajanje zaposlitve, število prijav na delovno mesto, število ustreznih prijav, število opravljenih razgovorov med prijavljenimi kandidati in končno odločitev o zaposlitvi kandidata.

Razvidno je, da je med vsemi 108 prispelimi vlogami kar 25 vlog neustreznih, kar predstavlja 33 % prejetih vlog. Razlog neustreznih vlog je največkrat neustrezna izobrazba za razpisano delovno mesto.

Še pred štirimi ali več leti smo dobili za delovno mesto srednje medicinske sestre po 40 ali več vlog na en razpis, iz preglednice pa lahko vidimo trend upadanja prijav tudi na primarni ravni, saj smo v dveh razpisih za srednjo medicinsko sestro prejeli komaj 18 vlog.

Kot je razvidno iz preglednice, smo zaposlili tudi ekonomskega referenta, vendar ne za delo v pisarni, ampak v specialistični ambulanti. Za zaposlitev tega smo se odločili namesto srednje medicinske sestre, saj po končanih razpisih in selekciji nismo dobili ustreznega kadra. Izkazalo se je, da je bila odločitev več kot dobra.

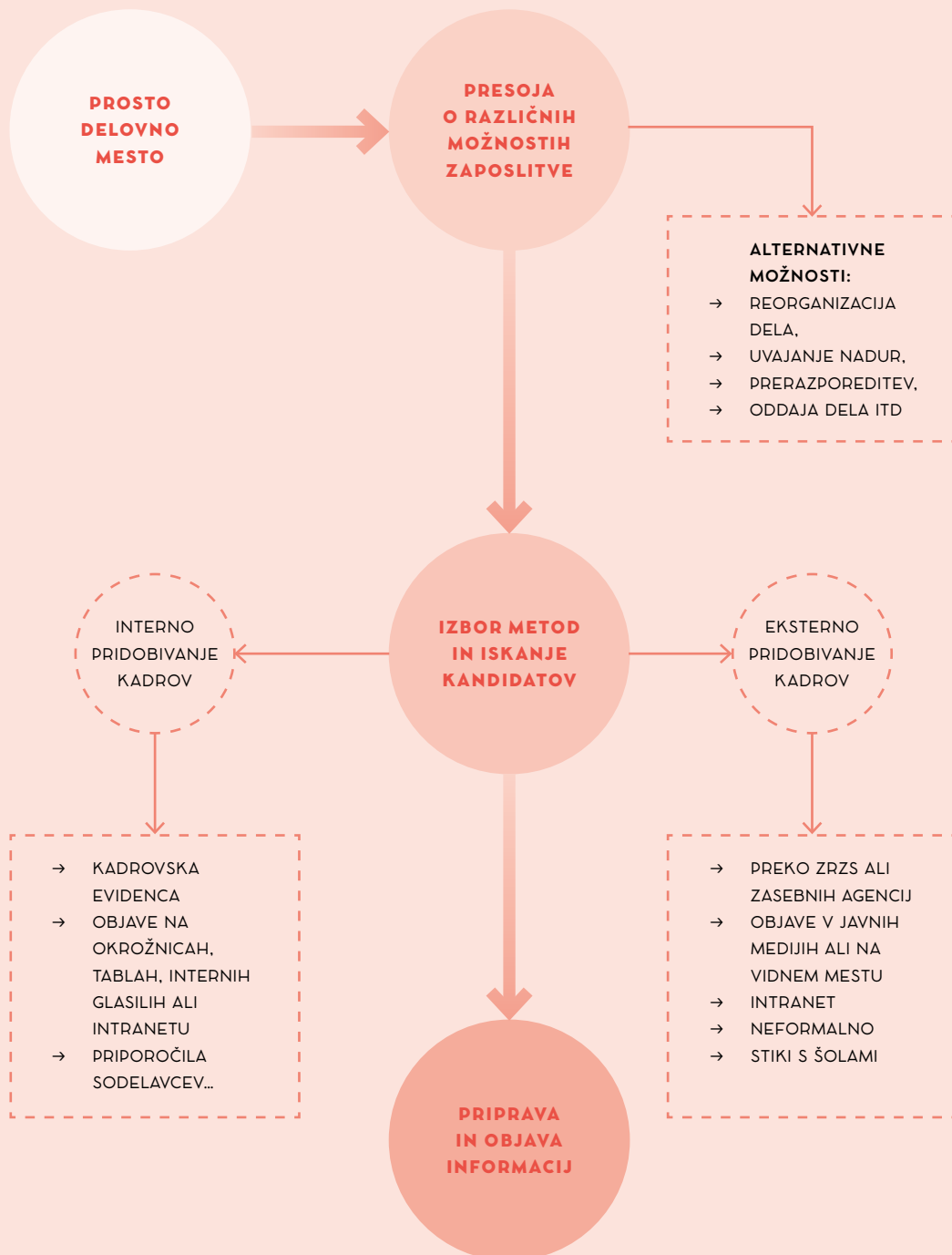
Izmed vseh opravljenih razgovorov se samo v enem primeru nismo odločili za zaposlitev in smo v letu 2024 ponovili razpis.

Prav tako lahko vidimo, da kot je že bilo omenjeno, ne dobimo kadra niti prijav za delovna mesta zdravnikov različnih specializacij.

Če bi primerjali podatke izpred nekaj let, bi lahko opazili velik upad prejetih prošenj za posamezno delovno mesto. Kako bomo rešili sekundarno in terciarno raven pred pomanjkanjem kadra, če se nam enako pričenja dogajati na primarni ravni zdravstva?

Postopek pridobivanja kadrov

(Novak, 2008)



Kadrovski razpisi

Razpisana delovna mesta, predvideno trajanje zaposlitve, število prijav na delovno mesto, število ustreznih prijav, število opravljenih razgovorov med prijavljenimi kandidati in končno odločitev o zaposlitvi kandidata.

Razpisano delovno mesto	Število razpisanih delovnih mest	Predvidena pogodba NDČ/DČ	Število prispelih prijav	Število ustreznih prijav	Število opravljenih razgovorov	Odločitev o zaposlitvi
Diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik	2	NDČ	23	13	12	da
Ekonomski referent V (II)	1	DČ	30	22	5	da
Prehranski svetovalec	1	DČ	3	2	2	ne
Psiholog III	1	DČ	6	3	3	da
Srednja medicinska sestra v primarni dejavnosti	2	DČ	18	18	9	da
Srednja medicinska sestra v reševalnem vozilu	5	DČ	28	25	11	da
Zdravnik družinske/splošne medicine		NDČ				
Zdravnik NMP		NDČ				
Zdravnik MDPŠ		NDČ				
Doktor dentalne medicine		NDČ				
Doktor dentalne medicine – spec. ortodontije		NDČ				

Okrajšave: NDČ – nedoločen čas, DČ – določen čas

Zaključek

Kot vsa preostala Slovenija se tudi mi sprašujemo, ali bomo res zaposlovali samo še kader iz tujih držav in kam izginja kader, izšolan na domačih tleh. Kaj bomo storili in kaj pravno gledano lahko storimo, da obdržimo kader, ki smo ga izšolali v svojem zavodu, v svoji državi, ter ga izobraženega ne »podarimo« trgu dela v sosednjih državah, kjer bi naj bili pogoji dela in predvsem plačilo veliko boljši kot pri nas. Kako obdržati kader brez denarne stimulacije, ki večini pomeni največ.

Pomembno vprašanje pa je tudi, kako motivirati mlade, da se odločijo in nato ostanejo v tem poklicu. Žalosti me dejstvo, da ob opravljanju obveznih vaj lepo število dijakov in študentov pokaže zelo malo empatije, strokovnosti, v končni fazi tudi odraslosti za opravljanje poklica v zdravstvu. V ZD Lenart se trudimo obdržati kader, s tem pa zagotavljati zadovoljstvo uporabnikov. Glede na vzvode, ki jih imamo predpisane kot javni zavod, se trudimo pravično nagradjevati zaposlene, bodisi z delovno uspešnostjo, internimi in eksternimi izobraževanji, plačilom šolnine za predpisane poklice ter rednim in prilagodljivim delovnim

časom (pogodbe za SDČ, omogočanje menjav službe znotraj delovišč ...). Želeli bi si večje vzvode za nagradjevanje kadra, saj bodo le tako motivacija, kakovost in uspešnost dela ostale vsaj na enaki ravni ali pa bi ta lahko postala celo višja.

Vsi, ki delamo v zdravstvu, ne glede na strokovnost, pa naj bo to strežnica, čistilka, vzdrževalec, medicinska sestra ali zdravnik, moramo svoje delo opravljati s srcem in poslanstvom za ljudi. Nenazadnje smo tam zaradi njih, ko nas potrebujejo v težkih časih, zato je izbira pravega sodelavca še kako pomembna.

Literatura

- Novak, V. (2008). *Kadrovanje. Kranj: Založba Moderna organizacija.*
- Osredkar, T. (29. 03. 2024. julij 2023). *Metode iskanja kadrov in selekcijski postopki v Belgijskem podjetju X. Pridobljeno iz Univerza v Mariboru: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=168788&lang=slv>*
- Vukovič, G. M. (2006). *Zagotavljanje kadrovskih virov. Kranj: Založba Moderna organizacija.*
- Zupan, N. (2009). *Menedžment človeških virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.*

Pomen internega komuniciranja za kakovostno oskrbo pacientov

ANASTAZIJA ERZETIČ*

Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica

SAŠA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

1. Opredelitev pojma internega komuniciranja

V ustanovah je zelo pomembna uspešna komunikacija, ki jo dosežemo s komunikacijskimi sistemi znotraj organizacije. Komuniciranje je tako glavni organizacijski proces v ustanovah (Colnar, 2020). Pačnik (2019) je definirala, da je interno komuniciranje natančno določeno in odgovorno za širjenje internih informacij. Je bistvenega pomena za doseg določenega cilja. Za doseg le-tega pa sta potrebna določeno znanje in veščine. Interno komuniciranje znotraj ustanove ima prejemnika, pošiljatelja, obvestilo, kodiranje in dekodiranje sporočila. Je proces, s katerim se organizacije oblikujejo ter tako soustvarjajo pojave v njih (Colnar, 2020). Komunikacija med zdravstvenimi delavci je pomembna za izboljšanje kakovosti, varnosti in zadovoljstva pacientov (Brommelsiek, Graybill in Gotham, 2019). Brommelsiek idr. (2019) so identificirali, da je med zdravstvenimi delavci visoka stopnja avtonomije, kljub temu da so člani zdravstvenega tima in se od njih pričakuje usklajeno timsko delo pri zagotavljanju oskrbe pacientov. Ko

komunikacija med zdravstvenimi delavci ni ustrezna, se ključne informacije izgubijo ali pa napačno interpretirajo, kar lahko ogrozi varnost pacientov.

2. Namen in cilji internega komuniciranja

Cilji internega komuniciranja so dvosmerna komunikacija v ustanovi, medsebojno sprejemanje med organizacijo in njeno interno javnostjo ter sprejemanje organizacije s strani njenih zaposlenih (Šimenc, 2020). Dobro vzpostavljena interna komunikacija v ustanovi prispeva k uspehu organizacije, da zadrži ključne kadre (Pačnik, 2019). Šimenc (2020) poudarja, da želimo z uspešnim internim komuniciranjem povečati lojalnost zaposlenih, njihovo produktivnost oz. učinkovitost, pa tudi zadovoljstvo zaposlenih z organizacijo. Hkrati avtor dodaja, da uspešno interno komuniciranje prispeva tudi k boljšemu počutju na delovnem mestu in vpliva na zavzetost zaposlenih. Po Šuklje (2019) je namen internega komuniciranja poistovetenje zaposlenih z ustanovo, socializacija zaposlenih ter informiranje in izobraževanje. Pederesen, Brennan, Nance in Rosenbaum (2021) pa navajajo, da je ustrezna interna komunikacija osrednjega pomena za učinkovito oskrbo pacientov, njihovo zadovoljstvo in posledično rezultate zdravljenja.

* Prispevek Anastazije Erzetič, diplomirane med. sestre, strokovne vodje zdravstvene nege kirurške službe, Splošna bolnišnica »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, je zaključna naloga avtorice v okviru Šole vodenja v zdravstvu.



3. Metode in orodja internega komuniciranja

V vsaki organizaciji običajno obstajajo tri smeri komuniciranja.

Komuniciranje navzgor: pri tej vrsti komuniciranja gre za komuniciranje podrejenih s svojimi nadrejenim v ustanovi. Gre za prenos informacij z nižjih organizacijskih ravni na višje. S pomočjo komuniciranja navzgor lahko vodstvo prejema povratne informacije ter učinkovito in uspešno rešuje težave, povezane z delom ali s sodelavci, ki se pojavljajo na delovnih mestih, hkrati pa zaposleni s svojo pomočjo in sodelovanjem vodstvu zagotavljajo boljši pregled nad delom.

Komuniciranje navzdol: pri tej vrsti komuniciranja gre za prenos informacij od zgornjih oz. višjih k spodnjim oz. nižjim ravnam organizacijske hierarhije. Gre torej za prenos sporočil od nadrejenih do podrejenih, kjer prevladuje formalno komuniciranje. Tovrstno komuniciranje se osredotoča na ukaze ter navodila nadrejenih podrejenim v ustanovi. Namen tega je seznaniti zaposlene z nalogami in opravili, podati povratne informacije ter iskati različne načine izboljšav pri delu in na delovnem mestu.

Komuniciranje horizontalno: pri tej vrsti komuniciranja gre za komuniciranje med zaposlenimi, ki so na

enaki organizacijski stopnji. To pomeni, da gre za formalno komuniciranje med zaposlenimi znotraj ustanove, kar ima relevantne organizacijske funkcije. Sem spadajo medsebojna podpora med sodelavci, koordinacija dela, pridobivanje pomembnih skupnih informacij ter reševanje težav (Colnar, 2020).

Orodja internega komuniciranja:

Pri izbiri orodij internega komuniciranja so pomembne štiri determinante: kompleksnost sporočil, ki jih želimo posredovati ciljni skupini, cilj komuniciranja, hierarhična struktura organizacije ter zelene povratne informacije (Pačnik, 2019).

Večina odličnih ustanov se dandanes zaveda, da so ključni za uspeh ustanove zaposleni, ki jih skupaj držijo njihovo notranje komuniciranje (Colnar, 2020). Avtor navaja, da je uspeh ustanove odvisen od tega, kako zaposleni med seboj komunicirajo in ali so njihove vrednote, prepričanja ter izkušnje skupne vsem sodelavcem. Orodij za interno komuniciranje je zelo veliko, delimo jih na:

- pisna orodja internega komuniciranja: anketa, vprašalnik, bilten, brošura, časopis za zaposlene, poročilo, revija, oglasna deska;
- govorna orodja internega komuniciranja: sestanek, delovna večerja, kosilo ter obhod;
- elektronska orodja internega komuniciranja: telefon, računalnik.

Viñi

1. Brommelsiek, M., Graybill, T. L., in Gotham, H. J. (2019). *Improving communication, teamwork and situation awareness in nurse-led primary care clinics of a rural healthcare system. Journal of interprofessional education and practice*, 16(1), 100268. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100268>
2. Colnar, T. (2020). *Interno komuniciranje in zadovoljstvo zaposlenih v poslovalnicah podjetja x v Mariboru (magistrsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomska-poslovna fakulteta. Pridobljeno s: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=140259&lang=slv>
3. Pačnik, P. (2019). *Vloga internega komuniciranja pri delovni uspešnosti in motiviranosti zaposlenih: primer podjetja x (magistrsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno s: <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=118254&lang=slv>
4. Pedersen, K., Brennan, T. M. H., Nance, A. D. in Rosenbaum, M. E. (2021). *Individualized coaching in health system-wide provider communication training. Patient education and counseling*, 104(10), 2400–2405. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.023>
5. Šimenc, N. (2020). *Vpliv internega komuniciranja na organizacijsko identifikacijo (diplomsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno s: <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=135120&lang=slv>
6. Šuklje, M. (2019). *Izboljšanje internega in eksternega komuniciranja z digitalizacijo v podjetju Revoz (diplomsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Naravoslovnotehniška fakulteta, Oddelek za tekstilstvo, grafiko in oblikovanje. Pridobljeno s: <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=124438&lang=slv>

Raziskava internega komuniciranja

Raziskava internega komuniciranja med zaposlenimi znotraj kirurških oddelkov Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica – primer iz prakse

Opis in izvedba ankete

V empiričnem delu projektne naloge smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop. Za potrebe pridobivanja podatkov smo sestavili anketni vprašalnik o interni komunikaciji med zaposlenimi znotraj kirurških oddelkov Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Namen izvedene ankete je bil pridobiti podatke o kakovosti komunikacije med zaposlenimi in posledično vplivom le-te na oskrbo pacientov.

1. Opis vzorca

V anketo je bilo vključenih 25 zaposlenih medicinskih sester, bolničarjev in diplomiranih medicinskih sester iz kirurških oddelkov Splošne bolnišnice »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica.

Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. V anketi je bilo pripravljenih 8 vprašanj, in sicer 6 vprašanj zaprtega tipa in 2 vprašanja odprtega tipa, kjer so lahko anketiranci izrazili svoje mnenje.

Rezultati ankete

Najprej smo udeležence vprašali, kako pogosto se počutijo informirani o pomembnih spremembah ali dogodkih na oddelku. Pri tem je 12 % zaposlenih odgovorilo zelo pogosto, 32 % pogosto, 44 % včasih in 12 % redko. Nihče od zaposlenih ni izbral odgovora nikoli. Nadalje nas je zanimalo, kdo je po njihovem mnenju nosilec odgovornosti za zagotavljanje učinkovitega pretoka informacij na oddelku. Pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov. 36 % zaposlenih je izbralo odgovor, da je vodstvo oddelka odgovorno za zagotavljanje učinkovitega pretoka informacij, 52 % je menilo, da so vsi zaposleni skupaj odgovorni, ter samo 12 %, da je odgovorno vodstvo bolnišnice. V nadaljevanju smo udeležence ankete prosili, da se

opredelijo, na kakšen način prejemajo informacije o delovnih navodilih, protokolih ali spremembah postopkov na oddelku. Tudi pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov. Večina vprašanih je izjavila, da informacije prejema preko e-pošte (40 %), 24 % preko papirnatih obvestil, 20 % informacije izve na sestankih oddelka, 12 % preko mobilne aplikacije ali portala za zaposlene. Samo 4 % zaposlenih je odgovorilo »drugo«, kjer so pojasnili, da informacije pridobijo preko pogovora z drugimi zaposlenimi.

Pri naslednjem vprašanju nas je zanimalo, kako bi zaposleni ocenili učinkovitost trenutnih komunikacijskih kanalov na oddelku. Velika večina zaposlenih (68 %) je odgovorila na vprašanje zadovoljivo, 24 % zaposlenih je menilo, da je učinkovitost komunikacijskih kanalov dobra, medtem ko je 8 % vprašanih odgovorilo slabo. Zanimalo nas je tudi, ali bi lahko izboljšali komunikacijo med zaposlenimi na oddelku. Če da, kako? To vprašanje je bilo odprtega tipa. Pri tem je samo 24 % zaposlenih odgovorilo z odgovorom ne in kar 76 % zaposlenih z odgovorom da. Anketiranci so morali tudi podati predloge za izboljšanje komunikacije med zaposlenimi na oddelku. Velika večina je izrazila željo po pogostejših sestankih, pogovorih ter sprotne reševanju problemov in dilem. Želijo si več komunikacije »v živo«. Podali so predloge za izboljšanje s področja komunikacije. Anketirance smo v raziskavi vprašali, kako pogosto se počutijo vključene v procese odločanja na oddelku. Na razpolago so imeli te odgovore: nikoli, redko, občasno, pogosto in vedno. Samo 12 % zaposlenih je odgovorilo nikoli, 24 % redko, kar 52 % zaposlenih občasno ter 12 % pogosto. Nihče od zaposlenih se ni odločil za odgovor vedno. Poleg tega nas je zanimalo, kako bi zaposleni ocenili kakovost medosebne komunikacije med zaposlenimi na oddelku. Pri tem vprašanju so imeli na razpolago naslednje odgovore: zelo dobro, dobro, zadovoljivo, slabo in zelo slabo. Velika večina zaposlenih (56 %) je na vprašanje odgovorila dobro, sledilo je 36 % zapo-

slenih z odgovorom zadovoljivo, za odgovor zelo dobro in slabo pa so se odločili 4 %. Odgovora zelo slabo ni izbral nihče. Pri zadnjem vprašanju nas je zanimalo, ali po mnenju anketirancev interna komunikacija med negovalnim timom vpliva na kakovostno oskrbo pacientov ter kako. 72 % zaposlenih je na vprašanje odgovorilo pritrdilno. Pri razlagi so podali različne odgovore: od vpliva do zagotavljanja varnosti pacientov med obravnavo. Pacienti so zaradi naše komunikacije, razlage postopkov in posegov manj zaskrbljeni ter bolj ozaveščeni s potekom zdravljenja in oskrbe. Nekaj zaposlenih je mnenja, da zaradi slabe komunikacije med zaposlenimi prihaja do podvajanja nalog in da naloge niso izvedene v skladu s standardi, kar vpliva na kakovost zdravljenja pacientov. Preostalih 28 % zaposlenih je mnenja, da interna komunikacija ne vpliva na kakovostno oskrbo pacientov.

Načrt ukrepov

Izboljšanje in zagotavljanje ustrezne in učinkovite komunikacije v zdravstvu je ključnega pomena za izvajanje kakovostne, varne in učinkovite oskrbe pacientov. Z ustrežno komunikacijo med zaposlenimi pripomoremo k zagotavljanju na pacienta osredotočene zdravstvene nege ter posledično k povečanju zadovoljstva pacientov. Da lahko vse to zagotavljamo, sta najprej potrebna ustrezno komuniciranje ter informiranost negovalnega in zdravstvenega tima. Namreč, le opolnomočeni zdravstveni delavci lahko zagotavljajo kakovostno oskrbo pacientov. Po opravljeni anketi smo ugotovili, da je ozaveščenost zaposlenih o novostih, spremembah in dogodkih na oddelku nezadostna in pogosto neustrezna. Zaposleni menijo, da je nosilec dolžnosti/odgovornosti za trenutno stanje predvsem vodstvo oddelka, pa tudi zaposleni sami. Komunikacijo znotraj oddelka pa so označili kot dobro. Informacije prejemajo večinoma preko e-pošte in na oddelčnih sestankih; slednje so v veliki meri označili kot zadovoljive. Skoraj vsi zaposleni menijo, da bi komunikacijo med zaposlenimi na oddelku lahko izboljšali, in so tudi podali različne predloge. Pogosto se počutijo premalo vključene v procese odločanja. Zaposleni morajo na delovnem mestu dobiti občutek, da lahko nemoteno in kadarkoli komunicirajo tako znotraj svojega tima kot s svojimi nadrejenimi. To prispeva k izboljšanju kakovosti, produktivnosti, motivacije pri delu in opravljanju nalog, posledično se

poveča tudi zvestoba zaposlenih. Pridobijo občutek zadovoljstva, pripadnosti in usmeritve. Pri odsotnosti ustrezne interne komunikacije lahko pride do nezainteresiranosti, nezadovoljstva zaposlenih in zmanjšane produktivnosti pri delu.

Na podlagi ugotovljenega stanja podajamo določene smernice oz. ukrepe, ki bi lahko izboljšali interno komuniciranje na oddelkih ter posledično vplivali na kakovostno obravnavo pacientov:

- Redna letna usposabljanja in izobraževanja zaposlenih o komunikacijskih veščinah (izobraževanja na teme aktivnega poslušanja, delavnice o empatiji, jasni in jedrnatih komunikaciji) ter usposabljanja in opolnomočenje zaposlenih za reševanje konfliktov in težavnih situacij.
- Spodbujanje odprte komunikacije: z njeno pomočjo se zaposleni počutijo sposobni postavljati vprašanja in iskati rešitve za različne konflikte in težavne situacije.
- Izobraževanje pacientov: dnevna ozaveščanja pacientov in njihovih družin o zdravstvenem stanju, možnostih zdravljenja in načrtih oskrbe zdravstvene nege na jasn in razumljiv način. Spodbujanje pacientov k aktivnemu sodelovanju.
- Medpoklicno sodelovanje: komunikacija in sodelovanje z različnimi timi v zdravstvu za spodbujanje timskega pristopa k oskrbi bolnikov.
- Dnevne učinkovite predaje službe: zagotavljanje dosledne in jasne komunikacije med člani negovalnega in zdravstvenega tima. To lahko vključuje standardizirane postopke predaje in prakso jasnega dokumentiranja. Zagotoviti je treba točnost pomembnih informacij o pacientu, s čimer se zagotavlja varnost pacientov in kontinuiteta oskrbe.
- Redni mesečni in tedenski sestanki, dnevni pogovori, razgovori z zaposlenimi: preko njih pridobimo ustrezne informacije o trenutnem stanju na oddelkih, poiščejo se vzroki morebitnih problemov. Na njih se določijo sklepi in cilji, ki morajo biti dokumentirani.
- Povratne informacije: vzpostavitev različnih letnih anket tako s strani bolnikov kot osebja. S tem pridobimo možnost izboljšav na različnih področjih.

Priloga 1

Anketni vprašalnik

Pozdravljeni,

v spodnji anketi je zastavljenih 8 vprašanj o povezavi interne komunikacije med zaposlenimi na kirurških oddelkih Splošne bolnišnice »dr. Franca Derganca« Nova Gorica in kakovostne oskrbe pacientov. Vaše sodelovanje je anonimno, pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za potrebe pisanja projektne naloge.

1. Kako pogosto se počutite informirani o pomembnih spremembah ali dogodkih na našem oddelku?
 - a. Zelo pogosto
 - b. Pogosto
 - c. Včasih
 - d. Redko
 - e. Nikoli
2. Kdo po vašem mnenju nosi glavno odgovornost za zagotavljanje učinkovitega pretoka informacij na našem oddelku?
 - a. Vodstvo oddelka
 - b. Vodstvo bolnišnice
 - c. Vsi zaposleni skupaj
 - d. Drugo (prosim, navedite)
3. Na kakšen način prejimate informacije o delovnih navodilih, protokolih ali spremembah postopkov na oddelku?
 - a. Preko e-pošte
 - b. Na sestankih oddelka
 - c. Preko papirnatih obvestil
 - d. Preko mobilne aplikacije ali portala za zaposlene
 - e. Drugo (prosim, navedite)
4. Kako bi ocenili učinkovitost trenutnih komunikacijskih kanalov na našem oddelku?
 - a. Zelo dobro
 - b. Dobro
 - c. Zadovoljivo
 - d. Slabo
 - e. Zelo slabo
5. Ali menite, da bi lahko izboljšali komunikacijo med zaposlenimi na našem oddelku? Če da, kako?

6. Kako pogosto se počutite vključeni v procese odločanja na našem oddelku?
 - a. Nikoli
 - b. Redko
 - c. Občasno
 - d. Pogosto
 - e. Vedno
7. Kako bi ocenili kakovost medosebne komunikacije med zaposlenimi na našem oddelku?
 - a. Zelo dobro
 - b. Dobro
 - c. Zadovoljivo
 - d. Slabo
 - e. Zelo slabo
8. Ali po vašem mnenju interna komunikacija med negovalnim timom vpliva na kakovostno oskrbo pacientov? Če da, kako?
 - a. Da
 - b. Ne

Mediacija in etika

Mediacijska načela kot pomoč pri vodenju in odločanju

DAMIJANA BOSILJ*

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

Uvod

Mediacijska načela so smernice in vrednote, ki usmerjajo postopek mediacije ter zagotavljajo učinkovito, pošteno in uravnoteženo reševanje sporov med strankami mediacijskega postopka. So temeljna načela, ki jih mediator uporablja pri svojem delu v najvišjo korist strank, da slednje same najdejo rešitev spora.

Bistvene, na prvi pogled vidne značilnosti mediacije so, da se spor skuša rešiti v strukturiranem postopku, v katerem sodeluje nevtralna oseba, mediator, ki ne sprejema zavezujoče odločitve, sporazumna rešitev je usmerjena v prihodnost, postopek pa je zaupen. Iz tega izhajajo mediacijska načela zaupnosti, nepristranskosti, prostovoljnosti, avtonomije strank, ekonomičnosti, učinkovitosti, neodvisnosti mediatorja, kompetentnosti mediatorja, enakopravnosti strank, zakonitosti, materialne resnice, pomoči prava neveščih stranki ter vesti in poštenja.

V nalogi odgovarjam na vprašanje, kako lahko vodenja uporablja mediacijska načela pri odločanju in vodenju, da so mu v pomoč in ga hkrati ne ovirajo.

Mediacija in uporaba mediacijskih načel

Mediacija je alternativno reševanje sporov (ARS), kjer mediator ne sprejema rešitve spora, ampak sprti strani pripelje do zaključka, ki je sprejemljiv za obe.

Mediacija je strukturiran postopek, ki ima svoja načela, pravila in zakonitosti. Zelo pomembno je načelo zaupnosti, ki učinkuje v več smereh. Javnost je iz postopkov mediacije izključena, vse, kar se izreče ali predloži v času mediacije, ostaja zaupne narave v razmerju do morebitnega sodnega postopka. Mediator drugi stranki ne sme sporočiti informacij, ki jih je dobil od prve stranke, v primeru prehoda na sodišče pa mediator ne sme sporočiti informacij sodniku.

Pomen mediacije v današnjem času je tudi razbremenitev sodišč, nikakor pa ne njihova alternativa. Je le dodatna ponudba strankam, ki jo lahko sprejmejo ali zavrnejo. Mediacija je tako hitrejši in cenejši postopek, pod pogojem, da stranki spor rešita.

Mediatorja v postopku mediacije ne vežejo strogo določena postopkovna pravila, vendar mora spoštovati temeljna načela mediacije. Mediator nima avtoritete sodnika ali arbitra, ki kot razsodnik z močjo oblasti odloča o sporu, temveč ima zgolj lastno osebnost in delovanje, ki mora pri strankah vzbujati zaupanje. To

* Prispevek Damijane Bosilj, dr. med. spec. gin. por., predstojnice Ginekološko porodnega oddelka Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj, je zaključna naloga avtorice v okviru Šole vodenja v zdravstvu.



mediatorju omogoča konstruktivno vodenje mediacije in končni dogovor strank. Če mediator krši temeljna načela mediacije, pri strankah izgubi verodostojnost in njihovo zaupanje. To lahko pripelje tudi do odškodninske odgovornosti mediatorja.

Zgodi se lahko, da se mediator znajde pred etično dilemo, ki ni lahko rešljiva. O etični dilemi govorimo takrat, ko je mediator v notranjem konfliktu, kaj narediti. Ko se mediator znajde pred dilemo, da je prevzel vodenje mediacije, ki bi jo subjektivno rad uspešno rešil, reševanje pa bi zanj pomenilo kršenje enega izmed temeljnih načel, mora oceniti, kako huda je etična dilema. Če je etična dilema tako huda, da z mediacijo ne more nadaljevati, se mora umakniti. Včasih etična dilema zahteva soglasje strank in se mediacija lahko nadaljuje. Lahko gre za interpersonalno dilemo, ki jo mediator med mediacijo obvladuje, zato lahko z mediacijo nadaljuje. Etične dileme pa se lahko pokažejo med izvajanjem mediacije v okviru posameznih intervencij mediatorja.

Komisija Evropske unije je 2. 7. 2004 sprejela nezavezujoči vzorec Evropskega kodeksa etičnih načel za mediatorje, ki naj bi služil kot model urejanja etičnih dilem, s katerimi se mediatorji vsakodnevno srečujejo. Po priporočilu le-tega so Društvo mediatorjev Slovenije in sodišča, ki izvajajo sodiščem pridružene mediacije, sprejeli etične kodekse za mediatorje, ki izvajajo mediacije v njihovem okviru. Mediatorji, ki delujejo v okviru Društva mediatorjev Slovenije ali sodišč, so zavezani spoštovati sprejeta etična načela. Stranke, ki so mnenja, da mediator krši sprejeta etična načela, se imajo pravico pritožiti etični komisiji institucije, ki je etična načela sprejela. Etična komisija pritožbo stranke obravnava in izda svoje mnenje o kršitvi. Če komisija ugotovi kršitve etičnih načel, pristojnim organom, ki so sprejela etična načela, predlaga ustrezne sankcije za mediatorja. Slednje je nujno za ohranjanje zaupanja v mediacijo, to pa lahko dosežemo le z doslednim spoštovanjem etičnih načel in sankcioniranjem morebitnih kršitev. Če sklenemo, mediacija kljub svoji neformalnosti zahteva spoštovanje temeljnih pravil. Vodilo mediatorja naj bo spoštovanje temeljnih načel mediacije in etičnih načel.

Zaključek

Ker je med najpomembnejšimi vlogami vodje tudi uspešno, pravično in učinkovito odločanje ter reševanje konfliktov, so temeljna mediacijska načela zelo koristno orodje vodenja. Pri razčlenitvi teh načel v nalogi ugotavljam, da lahko vodjem skoraj vsa služijo kot vodilo. Prav tako so izobraževanje, supervizorstvo in nenehno upoštevanje etičnih načel skupni tako dobremu vodenju kot vodenju mediacijskega postopka. Hkrati pa je



Pomen mediacije v današnjem času je tudi razbremenitev sodišč, nikakor pa ne njihova alternativa. Je le dodatna ponudba strankam, ki jo lahko sprejmejo ali zavrnejo. Mediacija je tako hitrejši in cenejši postopek, pod pogojem, da stranki spor rešita.

pomembno, da se tako dober vodja kot dober mediator zavedata pomembnosti etičnih vrednot.

Viri

1. Betetto, N., Hajtnik Z., Jelen Kosi, V., Ovčak Kos, M. Ozimek, B., Ristin, G., Tavčar, R. (2011). *Mediacija v teoriji in praksi: veliki priročnik o mediaciji*. (1. izd.) (str. 13–23, 39–42, 79–88, 129–139, 202–205). Društvo mediatorjev Slovenije.

Temeljna mediacijska načela in njihova uporaba pri vodenju

1. Načelo zaupnosti

Načelo zaupnosti pri postopku mediacije pomeni neprenašanje informacij med sprtimi strankami in neprenašanje izven postopka. Izjemno pomembno je, da to načelo upoštevamo tudi pri reševanju sporov pri vodenju.

2. Načelo nepristranskosti

Načelo nepristranskosti je pri mediaciji zelo pomembno. Obe sprti stranki se morata ob tem načelu počutiti brezpogojno enakovredni v odnosu do mediatorja. S psihološkega stališča nepristranskost pomeni, da je mediator enako naklonjen obema strankama in išče rešitev, ki bo zadovoljila obe sprti strani. Če vodja tima želi delovati po mediacijskih načelih, se mora načela nepristranskosti izjemno dobro zavedati, kajti to načelo je zagotovo pogoj za dobro vodenje.

3. Načelo prostovoljnosti

Načelo prostovoljnosti v mediaciji je dejstvo, da se morata sprti stranki z mediacijskim postopkom strinjati in ga žele. Sprti stranki v postopku mediacije lahko postopek zaključita vedno, ko se za to odločita, mediator pa mora poskrbeti za čim boljši način zaključka. To načelo zagotovo velja tudi v reševanju spora med sprtima sodelavcema v timu, ki ga vodimo in poskušamo delovati po tem mediacijskem načelu. Zagotovo pa se tukaj poraja vprašanje, kdaj naj pri upoštevanju načela prostovoljnosti vodja preide v vlogo arbitra. Vodje lahko v kolektivu naletimo na spor, ki ga je treba dokončno rešiti v dobro ostalih sodelavcev ali pacientov. V tem primeru menim, da

mora vodja delovati kot odločevalec in pri tem upoštevati svoja moralno etična načela, slediti veljavnim strokovnim smernicam ali pa uporabiti svoje življenjske izkušnje.

4. Načelo avtonomije strank

Načelo avtonomije strank v mediaciji pomeni, da sprti stranki sooblikujeta postopek. Vodja to načelo pri sporu lahko uporabi in je koristno pri reševanju spora v timu, ki ga vodi. Menim, da se mora vodja pri tem načelu v določenih primerih vključiti kot pomočnik pri sooblikovanju postopka (npr. opozoriti na veljavne strokovne smernice).

5. Načelo ekonomičnosti postopka

Ekonomičnost v mediaciji pomeni doseči čim boljši rezultat s čim manj sredstvi. Če to asociativno prevedemo v reševanje sporov v okviru vodenja nekega tima, lahko temeljimo na dejstvu, da je čas denar. Kot dober vodja moramo zagotovo delovati tudi po tem mediacijskem načelu.

6. Načelo učinkovitosti

Načelo učinkovitosti pomeni, da se poravnava, ki jo sprti stranki dosežeta pri mediaciji, prevede v sodno poravnavo oz. v zasebni mediaciji v obliko notarskega zapisa. V delovanju nekega tima, kjer rešujemo nastali spor po tem mediacijskem načelu in dosežemo za obe sprti strani sprejemljiv zaključek, lahko le-tega uporabimo kot način dela oz. algoritem za prihodnje podobne dogodke ali spore.

7. Načelo neodvisnosti

Načelo neodvisnosti v postopku mediacije pomeni, da mediator v odnosu do strank nima interesa, ali do mediacije pride ali ne ter ali se doseže zaključek, sprejemljiv za obe sprti stranki ali ne. V delovanju vodje po tem mediacijskem načelu ostaja velika dilema. Pomemben del vodenja je namreč tudi pomoč oziroma usmerjanje sprtih strani pri reševanju konfliktov. Poraja se vprašanje, ali naj vodja v tem primeru prevzame vlogo odločevalca in spor reši z zaključkom. To velja zlasti za strokovne dileme, ki zahtevajo hiter zaključek spora oziroma nenekih strokovnih mnenj. V tem primeru mora vodja delovati zelo moralno, etično, spoštljivo, strokovno in neodvisno.

8. Načelo kompetentnosti

Mediator je lahko oseba, ki je samozavestna in prenese kritiko, iz katere se tudi zna učiti. Mediatorji morajo biti usposobljeni za mediatorsko delo in morajo imeti supervizorja. Imeti morajo svoj poklic ter biti zrele in ugledne osebe. Dober vodja mora imeti enake osebne lastnosti. Kot supervizor bi moral nad njim bdeti nadrejeni. Za dobrega vodjo sta zagotovo nujna strokovna suverenost in učenje s področja vodenja.

9. Načelo enakopravnosti strank v postopku

V mediaciji načelo enakopravnosti strank v postopku pomeni, da mora mediator zagotavljati enake možnosti za stranki v postopku na vseh nivojih. Stranki morata tudi psihološko začutiti, da imata enake možnosti, da sta enako slišani in upoštevani ter da lahko enakovredno zastopata svoje cilje. Mediator mora strankama v sporu to zagotoviti. Vodja, ki deluje po tem mediacijskem načelu in je dober vodja, bo deloval enako. Mediacijsko načelo enakopravnosti strank v postopku je bistvo pravičnega vodenja in vodja mora težiti k rešitvi spora enakopravno za vse.

10. Načelo zakonitosti

Mediator mora v mediacijskem postopku upoštevati načelo zakonitosti v širšem pomenu besede. Kot vodja mora v primeru strokovnega spora dveh strank ravnati v skladu s strokovnimi smernicami in priporočili. Enako velja za vodjo, ki mora pri vodenju upoštevati različne interese zaposlenih, ki jih vodi, ampak pri odločitvah vedno ostajati v okviru pravil, smernic in predpisov, ki omogočajo zakonite odločitve.

11. Načelo materialne resnice

V postopku mediacije mediator in stranki ne iščeta materialne resnice, ampak zaključek, ki je sprejemljiv za obe stranki. Mediator strankama samo pomaga pri približevanju njunih ciljev. Vodja pri medčloveških konfliktih med zaposlenimi lahko uporabi to načelo. Uspešen je, ko se ljudje ponovno zblížajo in najdejo zaključek, ki je sprejemljiv za vse.

12. Načelo pomoči prava nevešči stranki

Kompetentni mediator je po tem načelu obema strankama v strokovno pomoč tako, da jima predstavi način in možnosti reševanja spora. Pri tem načelu lahko potegnemo vzporednico tudi z dobrim vodenjem. Dober vodja bo sprtima stranema predstavil vse strokovno sprejemljive možnosti rešitve problema, da bosta tako lažje poiskali pravilno rešitev.

13. Načelo vesti in poštenja

Načelo vesti in poštenja v mediaciji pomeni, da nihče ne sme izkoristiti svojih pravic samo zato, da bi škodoval drugemu. Če mediator ugotovi neupoštevanje načela vesti in poštenja, takoj prekine mediacijo. Tudi vodja, ki deluje kot dober vodja, mora to načelo dosledno upoštevati in ne sme nikoli dopustiti, da se kdorkoli v timu obnaša nemoralno. Za razliko od mediatorja, ki postopek mediacije v tem primeru prekine, mora vodja pošteno, spoštljivo in preudarno sprejeti zaključek ter razrešiti spor.

E-NAROČANJE: PREGLED DOSEDANJIH UGOTOVITEV O DELOVANJU INFORMACIJSKE REŠITVE IN NADALJNI RAZVOJNI KORAKI

NIKOLINA PLEVNJAK

Nacionalni inštitut za javno zdravje

DALIBOR STANIMIROVIĆ

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za
upravo

Spremljanje čakalnih dob in uvredba eNaročanja

Čakalne dobe v zdravstvu in naraščajoče število čakajočih na zdravstvene storitve predstavljajo velike težave za paciente, celotno slovensko zdravstvo ter vse politične akterje. Spremljanje ter zmanjševanje čakalnih dob na različne zdravstvene storitve ter elektivne operacije predstavlja zelo resen izziv tudi v mnogih državah članicah Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (ang. OECD), kjer se odločevalci soočajo s številnimi težavami pri urejanju tega pomembnega področja (1). Definicija čakalne dobe je v dneh izraženo obdobje od uvrstitve na čakalni seznam do dejanske

izvedbe zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če navedeno obdobje znaša več kot en dan (2). Poleg te definicije, je potrebno omeniti še definicijo najdaljše dopustne čakalne dobe. To je doba, v kateri mora biti opravljena neka zdravstvena storitev, da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja. Koliko časa lahko pacient čaka na določeno izvedbo storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe je določeno s Pravilnikom o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (3).

Čakalne dobe so eden izmed pokazateljev učinkovitosti javnega zdravstvenega sistema in so predmet zanimanja politikov in odločevalcev v zdravstvenem sistemu, v obliki kazalnikov kakovosti pa managerjem služijo za načrtovanje in spremljanje uspešnosti izvajalca zdravstvene de-

javnosti. Čakalne dobe prav tako neposredno vplivajo na uspešnost zdravstvene obravnave pacienta kot tudi na (ne)zadovoljstvo splošne javnosti, zato mnoge države rutinsko zbirajo podatke o le-teh (4). Uvajanje informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT) oz. digitalizacija postaja vse bolj pomemben in vseprisoten trend, ki naj bi pripomogel pri reševanju hudih težav, s katerimi se soočajo zdravstveni sistemi po svetu. Digitalizacija v zdravstvu je po svoji naravi zelo interdisciplinarno obarvana, saj vključuje strokovnjake s področja računalništva, informacijske in podatkovne znanosti, organizacije, prava, klinične medicine, epidemiologije in javnega zdravja. Zdravstveni informacijski sistemi postajajo bolj kompleksni, regulatorni organi dvigujejo nivo nadzora, stremi se k finančno vzdržnem zdravstvenem sistemu (5) in to je potrebno upoštevati pri vsaki nadgradnji zdravstvenega informacijskega sistema. Pomanjkanje IKT znanj in veščin vpliva na uspešnost

digitalizacije rešitev (6), zato je potrebno precejšen del časa nameniti kvalitetnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev, kot tudi promociji novosti, s katerimi se mora seznaniti splošna javnost.

Z namenom boljšega in učinkovitejšega spremljanja dinamike in trendov čakalnih dob ter števila čakajočih po posameznih storitvah je bila v sklopu projekta eZdravje razvita rešitev eNaročanje. Od začetka leta 2016 je bila informacijska rešitev eNaročanje postopno uvedena na nacionalni ravni (7). Nabor storitev, ki so predmet spremljanja čakalnih vrst in jih izvajalci zdravstvene dejavnosti poročajo v centralni sistem eNaročanje, temelji na nacionalnem šifrantu vrst zdravstvenih storitev (VZS) in je relativno obsežen, kar omogoča celovitejšo analizo čakalnih dob. Šifrant VZS je bil prvotno namenjen samo informacijski rešitvi eNaročanja za predpisovanje napotnic za specialistične preglede, spremljanju pripadajočih čakalnih vrst in naročanju pacientov na osnovi že izdane napotnice. Kasneje se je šifrant VZS dopolnil in se uporablja tudi za spremljanje zunaj bolnišničnih obravnav. Nabor zdravstvenih storitev se z vsako posodobljeno verzijo šifranta VZS prilagaja in spreminja. Pri oblikovanju šifranta VZS so poleg članov delovne skupine na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje redno vključeni najvišji strokovni organi na posameznih medicinskih področjih - Razširjeni strokovni kolegiji in po potrebi sekcije in združenja pri Slovenskem zdravniškem društvu ter Ministrstvo za zdravje.

eNaročanje je informacijska rešitev za namene elektronske napotitve in elektronskega naročanja na zdravstvene storitve s primarne na sekundarno in terciarno raven in znotraj sekundarne in terciarne ravni. Ostale oblike naročanja (osebno v ordinaciji, po telefonu, po pošti in po elektronski pošti) so še vedno aktualne in se vsakodnevno uporabljajo. Z rešitvijo eNaročanje se je k obstoje-

čim oblikam naročanja dodala nova oblika in to je elektronsko naročanje. V primeru, da pacient nima dostopa do interneta, ga lahko v njegovem imenu naroči zdravnik, ki je izdal napotnico. Nekatere večje ustanove imajo vzpostavljeno Infotočko na kateri informator izvaja postopke eNaročanja v imenu pacienta. V sklopu eZdravja je bil vzpostavljen tudi Center za pomoč uporabnikom rešitev eZdravje, na katerega se lahko uporabnik obrne v primeru pomoči pri elektronskem naročanju na zdravstvene storitve (8). Informacijska rešitev eNaročanje bistveno prispeva k transparentnosti poročanja podatkov o številu čakajočih po posameznih storitvah in s tem k planiranju politike skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu. Prispevek povzema dosedanje ugotovitve o delovanju in uporabi ter podaja predloge za nadaljnji razvoj informacijske rešitve eNaročanje.

Dosedanje ugotovitve, izkušnje uporabnikov in priložnosti za izboljšave

Glavne prednosti eNaročanja za uporabnike slovenskega zdravstvenega sistema bi lahko strnili v sledeče ugotovitve:

- lažji pregled nad čakalnimi dobami pri posameznih izvajalcih zdravstvene dejavnosti;
- hitra informacija o prvih prostih terminih za posamezne zdravstvene storitve za območje celotne Slovenije;
- elektronsko naročanje k izvajalcem zdravstvene dejavnosti po celotni Sloveniji;
- pacientu ni več potrebno dostaviti papirnate napotnice izbranemu izvajalcu, ampak izvajalec napotnico prenese v lokalni zdravstveni informacijski sistem iz centralnega sistema eNaročanje.

Dosedanje ugotovitve razkrivajo, da je večina državljanov seznanjenih

z rešitvijo eNaročanje. Informacije dobijo običajno iz medijev oziroma od prijateljev, znancev, sorodnikov, pogosto jih ob obisku zdravstvenih ustanov z eNaročanjem seznanijo zdravstveni delavci. Kljub vsemu, pa se še vedno večina pacientov naroča na zdravstveno storitev preko telefona. Delež pacientov, katerim je v skladu s šifrantom VZS omogočeno elektronsko naročanje in se naročijo preko spleta (Spletni portal za paciente + Spletni portal zVem), je še vedno zelo nizek in po podatkih znaša 16 % (Tabela 1). Izkušnje iz pričevanj in komunikacije s pacienti ter zdravstvenimi delavci glede zadovoljstva in koristi zaradi uporabe eNaročanja potrjujejo, da večina pacientov in zdravstvenih delavcev pozitivno gleda na uvedbo eNaročanja in jo ocenjuje kot pomembno pridobitev za vse deležnike v slovenskem zdravstvenem sistemu. Glede časovne obremenjenosti uporabnikov, dosedanje izkušnje kažejo, da je uporaba eNaročanja večinoma časovno manj potratna kot ostale oblike naročanja.

V presečni analizi, ki je bila narejena s strani sodelavcev eZdravja je moč razbrati, da je bil v letu 2019 delež elektronskih napotnic med vsemi izdanimi napotnicami nad 93 %, v letu 2023 pa že preko 96 %. Skupno število elektronskih napotnic je bilo do konca leta 2023 preko 26 milijonov. Uspešnost nacionalnih rešitev eZdravja v Sloveniji, med njimi tudi rešitev eNaročanje, je prepoznala tudi Evropska komisija, saj je Digital Economy and Society Index Report za leto 2019 uvrstil Slovenijo na 6. mesto v Evropski uniji pri uporabi rešitev eZdravja (9). Finančna analiza učinka implementacije rešitve eNaročanje, ki je bila narejena s strani Ministrstva za javno upravo in je zajemala obdobje od 2016 do 2018, je prikazala nižanje administrativnih stroškov in znatno rast prihrankov v zdravstvenem sistemu (10). Večstranska analiza razvitosti, uporabe in učinkovitosti rešitev eZdravje postavlja Slovenijo visoko na lestvici

Tabela 1:

IZVOR ENAROČIL V LETU 2023

Izvor eNaročil - za katera je v šifrantu VZS omogočeno elektronsko naročanje	Število eNaročil v letu 2023	V odstotkih (%)
Zdravstveni informacijski sistemi ustanov	2.664.978	80%
Spletni portal za paciente https://naročanje.ezdrav.si/	417.938	12%
Spletni portal zVem	118.528	4%
Center za pomoč uporabnikom rešitev eZdravja	75.820	2%
Spletni portal za zdravnike	58.357	2%
Skupaj	3.335.621	100%

najuspešnejših držav na področju eZdravja. Skladno s tem tudi eNaročanje na eni strani prispeva k večji transparentnosti in organiziranosti delovanja slovenskega zdravstvenega sistema, na drugi strani pa povečuje kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacientov, ki jo omogoča s prenosom celovitih in zanesljivih informacij in podatkov med izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Glede na zgornje ugotovitve lahko povzamemo, da je bila uvedba informacijske rešitve eNaročanje v sklopu eZdravja relativno uspešna. Stanje na področju eNaročanja se z leti izboljšuje, predvsem v smislu večjega števila izdanih eNapotic, boljše preglednosti nad termini, ki so na voljo za elektronsko naročanje ter točnosti podatkov o čakalnih dobah. Zmanjšanje administrativnih in finančnih bremen z uporabo elektronske rešitve eNaročanje je opazno tako pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti kot tudi pri pacientih. Analiza zadovoljstva in odzivov

deležnikov pri uvedbi eNaročanja je pokazala, da so se pomembne in velike spremembe dogajale tako na strani zdravstvenih delavcev kot tudi na strani pacientov. Na strani pacientov je bila dosežena velika poenostavitev in razbremenitev z vzpostavitvijo nacionalnega portala zVem. Posledično se je pacientom omogočil lažji dostop do zdravstvenih storitev z vpogledom v čakalne dobe in elektronskim naročanjem ali naročanjem preko Centra za pomoč uporabnikom rešitve eZdravja. Na drugi strani je bilo opazno, da gre pri uvedbi eNaročanja za novost, katere uvedba bo tudi zaradi kompleksnosti terjala svoj čas. Zdravstveni delavci so morali spoznati delovanje informacijske rešitve eNaročanje, enako so se pacienti morali naučiti uporabljati rešitev eNaročanje, kar je v veliki meri prispevalo k njihovi opolnomočenosti na področju eZdravja.

Kljub vsemu, vsa pričakovanja, kakšno naj bi bilo stanje po prenovi sistema in uvedbi eNaročanja, niso

bila popolnoma uresničena. Pogosto se omenja neenakost pri uporabi elektronskega naročanja na zdravstvene storitve, zaradi pomanjkanja digitalnih veščin, ki se kaže predvsem pri starejši populaciji. To je generacija, ki statistično gledano manj uporablja internet oz. sploh nima dostopa do interneta. Delež neuporabnikov interneta je še vedno največji med populacijo staro med 65 in 74-let. V želji, da do teh neenakosti ne bi prihajajo je bil v sklopu eZdravja ustanovljen Center za pomoč uporabnikom rešitev eZdravja. Kdor želi pomoč pri elektronskem naročanju lahko s telefonskim klicem na omenjeni center pridobi informacije o prvih prostih terminih na zdravstvene storitve ter izvede elektronsko naročanje na izbrano zdravstveno storitev. Tukaj vidimo izjemno zanimivo izhodišče za prihodnje analize, namreč dobro bi bilo preveriti, kako lahko starejše generacije še bolj digitalno opolnomočimo in jim pomagamo, da dosežejo nivo digitalnih kompetenc do te



mere, da se bodo neenakosti pri uporabi rešitev eZdravja v prihodnosti zmanjšale. Sama uporaba interneta ni edini vzrok za manjšo uporabo eNaročanja od zelene, saj lahko nanjo vpliva tudi človeški faktor, kjer pacient upa, da bo preko (telefonskega) pogovora najhitreje dobil termin. Pri vrednotenju deležev elektronskih naročil je pomembno tudi ali govorimo o terminu za prvi pregled ali kontrolni pregled. Namreč, elektronsko naročanje je mogoče le za prve in nekatere diagnostične preglede, nikakor pa ne za kontrolne preglede. Naročanje na kontrolni pregled izvedejo zdravstveni delavci na podlagi medicinske indikacije.

Zaključek

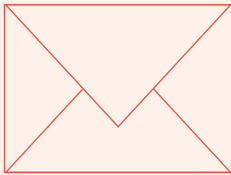
Zaradi kompleksnosti sistema eNaročanje, je še veliko dejavnikov, ki v tem članku niso omenjeni. Skladno s tem je nedvomno še veliko možnosti za izboljšave in nadaljnji razvoj in

formacijske rešitve eNaročanje, tako v smislu tehnoloških funkcionalnosti kot tudi v smislu prikaza bolj točnih podatkov o prvih prostih terminih in čakajočih na zdravstvene storitve. Vsa ta leta od nacionalne uvedbe se delovanje informacijske rešitve eNaročanje, točnost podatkov o čakalnih dobah in čakajočih ter uporabniška izkušnja izboljšujejo, vse skupaj pa zahteva, dobro in koordinirano sodelovanje vseh deležnikov v slovenskem zdravstvu, še posebej pa izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Kljub vsemu, pa določen delež podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih še ne zadovoljuje pričakovanj glede točnosti, zato na tem področju obstaja še veliko neizkoriščenih priložnosti. Na drugi strani je treba poudariti, da se skozi celoten čas od uvedbe eNaročanja do danes, kažejo različni pozitivni rezultati in koristi, ki jih je prinesla ta rešitev in ki je poleg drugih rešitev eZdravja prispevala, da se Slovenija uvršča visoko na lestvici najuspe-

šnejših držav na področju digitalizacije zdravstva v Evropski uniji.

Literatura in viri

1. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*. 2014 Dec; 118(3): 292-303.
2. Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS). Pridobljeno 17. 01. 2024 s spletne strani: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
3. Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/18, 201/20, 103/21 in 132/22). Pridobljeno 25. 01. 2024 s spletne strani: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13238>.
4. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care - limitations and prospects. *Health Policy*. 2013 Sep; 112(1-2): 53-61.
5. Alabbasi KH, Kruger E, Tennant M. Strengthening Saudi Arabia's Primary Health Care through an e-Referral System: A Case Study. *Clin Pract*. 2022 May 24; 12(3): 374-382.
6. Mashal N, Morrish SC. An investigation into the digitalisation of New Zealand general practice services during COVID-19. *N Z Med J*. 2022 Jan 20; 136(1568): 84-97.
7. Stanimirovič D, Indihar S, Zaletel M. Na poti do zanesljivih podatkov o čakalnih dobah. *NOVIS: novice, obvestila, vesti, informacije združenja*, ISSN 1580-4917, 2018, let. 45, št. 10, str. 2-3. https://issuu.com/zdrzz_novis/docs/novis_oktober_2018.
8. Storitve elektronskega naročanja na zdravstvene storitve. Pridobljeno 14. 01. 2024 s spletne strani: <https://podpora.ezdrav.si/e-narocanje/>.
9. Rant Ž, Stanimirovič D. Presečna analiza uspešnosti in učinkovitosti rešitev eZdravja po petletnem obdobju: uspešnost in učinkovitost eZdravja. *NOVIS: Novice, obvestila, vesti, informacije združenja: Glasilo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije*, ISSN 1580-4917, 2021, letn. 48, št. 1/2, str. 23-25. https://zdrzz.si/Aktualno/Novis_1-2021/
10. Ministrstvo za javno upravo, Služba za odpravo administrativnih ovir in boljšo zakonodajo (2019). Vrednotenje učinkov implementacije projekta eZdravje: eRecept in eNaročanje. Pridobljeno 17. 08. 2023 s spletne strani: https://www.stopbirokraciji.gov.si/fileadmin/user_upload/mju/templates/pdf/POROCILO_eZdravje.pdf.



SLOVENIJA SI ZASLUŽI SODOBNO TRANSFUZIJSKO DEJAVNOST – OB ROB DEBATAM O CENI KRVI

DRAGOSLAV DOMANOVIĆ in
PRIMOŽ ROŽMAN

Zavod RS za transfuzijsko medicino (ZTM) je v zadnjem času postal tarča kritik v zvezi s cenami, ki slabšalno vplivajo na mnenje o celotni transfuzijski dejavnosti v Sloveniji. V zvezi z očitki o cenah krvnih pripravkov imajo tako zdravstvene oblasti kot mediji dovolj javno dostopnih podatkov o poslovanju vpletenih zdravstvenih ustanov – UKC in ZTM, saj obstajajo javni ceniki, letna poročila, podatki v strokovni literaturi in primerjalni statistični podatki Evropske unije, tako da lahko vsi zlahka preverijo, ali so očitki objektivni. Nepristranska presoja namreč pokaže, da pri teh cenah ne gre za nikakršno korupcijo, izkoriščanje ipd. Ker pa enostranske izjave v medijih posredno postavljajo pod vprašaj tudi verodostojnost in ugled transfuzijske dejavnosti kot javnega servisa, se čutiva dolžna razjasniti stanje na tem področju. Ob tem izkušnje kažejo, da je za začetek vedno smiselno narediti korak nazaj in s samorefleksijo pomesti pred svojim pragom. Tega do sedaj v javni debati še ni bilo opaziti.

Najin namen je najprej poudariti, da so darovana človeška kri ter celice in tkiva dobrine splošnega družbenega pomena in da je oskrba z njimi v javnem interesu, pri čemer ne gre za komercialno blago, temveč za javno dobro, ki je namenjeno splošni in enakopravni

rabi državljanov. Tega javnega dobra nihče ne sme uporabljati tako, da druge izključi iz enake rabe, zato mora pri preskrbi s krvjo, celicami in tkivi nacionalni interes prevladati nad lokalnim. Sodobna preskrba s krvjo in drugimi snovmi človeškega izvora temelji tudi na globalnih načelih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), to je na neplačanem prostovoljnem solidarnem krvodajalstvu in nacionalni samozadostnosti kot tudi neplačanem darovanju ostalih snovi človeškega izvora (angl. SoHO – Substances of Human Origin).

Dolgoletni razvoj transfuzijske dejavnosti v Sloveniji je nedvomno postregel s številnimi dosežki, saj imamo v sodelovanju z Rdečim križem ob nesebični pomoči krvodajalcev dobro organizirano, neplačano in prostovoljno krvodajalstvo. To nam omogoča samozadostnost pri preskrbi s komponentami krvi, vendar le delno samozadostnost v preskrbi z zdravili iz krvi. Preskrbo s krvjo in transfuzijsko dejavnost urejajo nacionalna zakonodaja^{1,2} ter številna mednarodna strokovna vodila.^{3,4} Sistemi kakovosti z metodami, ki

- 1 Zakon o preskrbi s krvjo, Uradni list RS, št. 104/06.
- 2 Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (Uradni list RS, št. 61/07 in 56/15 – ZPPDČT)
- 3 Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. EDQM, https://freepub.edqm.eu/publications/AUTOPUB_48/detail
- 4 Guide to the quality and safety of tissues and cells for human

zagotavljajo vrhunsko varnost krvi (npr. testiranje krvi z metodo NAT, kemična inaktivacija patogenov, levkodeplecija, obsevanje itd.) jamčijo, da slovenski bolniki prejmejo ustrezno, varno in kakovostno kri, kar je primerljivo z najrazvitejšimi državami. Na tej osnovi izpolnjujemo tudi pogoje za članstvo v svetovnih in evropskih transfuzijskih in transplantacijskih združenjih. Poleg osnovnih smo razvili tudi številne dodatne dejavnosti za slovensko zdravstvo, kot so npr. registri darovalcev krvi, centralizirana prenatalna zaščita in imunohematološke preiskave povezane s transfuzijo. Še posebno pa smo v zadnjih 30 letih razvijali napredna zdravljenja, celične terapije, tkivno inženirstvo, banke celic in tkiv, transplantacijsko dejavnost z odvzemom in obdelavo matičnih celic, mednarodni register darovalcev kostnega mozga Slovenija Donor, laboratorije za tipizacijo tkiv ter še nekatera druga področja celic in tkiv ter naprednega zdravljenja, ki smo jih tudi zakonsko uredili in jih izvajamo po mednarodnih navodilih in standardih⁵. S tem smo pridobili tudi vse zahtevane mednarodne akreditacije (ISO9002, EFI, FACT-JACIE, GMP itd.).

Takšno relativno dobro stanje je posledica strokovnega razvoja in prizadevanja vseh zaposlenih v transfuzijski medicini. Vendarle na podlagi izkušenj in osebnega poznavanja razmer v Sloveniji, uradnih statističnih kazalcev in letnih poročil, izsledkov primerjalnih analiz z drugimi evropskimi državami ter mednarodnih meril in standardov vseeno ocenjujeva, da bi transfuzijska dejavnost v Sloveniji lahko delovala mnogo bolje in da je še mnogo prostora za:

- povečanje učinkovitosti in ustreznosti preskrbe s krvjo,
- povečanje samozadostnosti (strateške neodvisnosti) z zdravili iz krvi,
- boljše izkoriščenost infrastrukture in kadrov celotne transfuzijske dejavnosti,
- širitev celično-tkivne dejavnosti na transfuzijskih in drugih ustanovah ter
- informacijsko in managersko posodobitev poslovnega in strokovnega okolja.

Vrzeli na zgornjih področjih izvirajo predvsem iz zastarele organizacijske strukture in pomanjkljive koordinacije na nacionalni ravni. To stanje lahko privede tudi do konfliktov med izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki se pojavljajo v medijih, in katere je

potem treba ad-hoc zasilno reševati v strokovnih in regulatornih organih.

Slovenska transfuzijska mreža je trenutno neenotna in neracionalna. Že davnega leta 2000 je bil sklenjen dogovor o oblikovanju enovite »Transfuzijske službe Slovenije«. Proces se je odvil samo do polovice in je leta 2009 zastal brez vsakršne razlage, ostale so tri ločene ustanove (Ljubljana, Celje, Maribor). Za razliko od naše je dandanes transfuzijska služba v večini držav EU enovita in centralizirana, kajti enovitost bistveno prispeva h kakovosti in varnosti, k racionalizaciji poslovanja in izkoriščanju ekonomije obsega kot tudi k optimalni uporabi darovane krvi. V naši organizacijski strukturi so nekatere kapacitete in oprema potrojene, po drugi strani pa visokotehnološke opreme nimamo, naša raziskovalna dejavnost je šibka, razvojna naravnost pa majhna. Zaradi fragmentiranosti in organizacijskih razlik je naš sistem preskrbe s krvjo in zdravili iz krvi finančno nepregleden, zato v resnici ne vemo, koliko nas dejansko stane, kam gre denar in kje so morebitne rezerve. Priporočila SZO in strokovnih transfuzijskih združenj so jasna – enovita transfuzijska služba je najcenejša in najbolj ekonomična, pa tudi najbolj varna in učinkovita. Omogoča optimalne koristi tako za bolnika (to so enaka kakovost, varnost in dostopnost krvi in krvnih produktov) kot za davkoplačevalca (to so javnost, neprofitnost, transparentnost, smotrnost in učinkovitost delovanja). V enoviti službi pa je potem smiselno uvajanje programov nacionalnega pomena, kot je oskrba s plazmo za frakcioniranje, ki je predpogoj za povečanje strateške neodvisnosti pri preskrbi z zdravili iz krvi, ki je trenutno manj kot 50-odstotna, preostanek pa moramo uvažati iz tujine. Zanimivo, da to kritikov naše dejavnosti ne moti.

ZTM ima tudi dolgoletne izkušnje na področju preskrbe s celicami, tkivi in drugimi snovmi človeškega izvora ter naprednega zdravljenja. V Sloveniji do nepotrebne podvojevanja in nepreglednosti prihaja tudi pri razvoju bioterapij in pri naprednem celičnem zdravljenju. Po vzoru razvitih držav (VB, ZDA) bi bilo smiselno to dejavnost pustiti tam, kjer je nastala in ima že vzpostavljeno primerno okolje – v okviru nacionalne transfuzijsko transplantacijske dejavnosti. To področje bo kot skupno urejala tudi nova Uredba EU o uporabnosti človeškega izvora (SoHO), ki je v postopku sprejemanja⁶. Za preprečitev podvajanja dela in kapacitet v Sloveniji na področju preskrbe s celicami je potrebna jasna razdelitev pooblastil med

application. EDQM, <https://www.edqm.eu/en/guide-to-the-quality-and-safety-of-tissues-and-cells-for-human-application1>

5 Guide to the quality and safety of tissues and cells for human application. <https://www.edqm.eu/en/guide-to-the-quality-and-safety-of-tissues-and-cells-for-human-application1>

6 Regulation on standards of quality and safety for substances of human origin intended for human application. EDQM, Council of Europe, 2023. <https://europeanbloodalliance.eu/eba-response-to-the-soho-regulation-proposal/>

transfuzijsko službo, drugimi deležniki javnega zdravstva ter privatnimi in drugimi institucijami. V tem smislu je logično transfuzijski službi pustiti aktivnosti, ki jih že desetletja izvaja, npr. zbiranje, prečiščevanje in shranjevanje krvotvornih in drugih matičnih celic ter sorodne aktivnosti, kot so tkivne banke in biobanke. Klinično uporabo teh načinov zdravljenja bo v prihodnosti potrebno zagotoviti vsem večjim zdravstvenim centrom v Sloveniji.

Vsi zgoraj omenjeni problemi kažejo, da sta v Sloveniji tako program preskrbe s krvjo kot tudi s celicami in tkivi pomanjkljiva in kljub delni zakonski pokritosti nepopolno definirana. Zato bo treba že pred procesom prilagajanja novi evropski uredbi na področju krvi, celic in tkiv končno izpopolniti splošne okvire te dejavnosti v Sloveniji. To v praksi pomeni pripravo dokumenta – Nacionalne politike preskrbe s krvjo in zdravili iz krvi in Nacionalne politike preskrbe s celicami, tkivi in naprednim zdravljenjem, ki mora vsebovati uradno izjavo države o ključnih organizacijskih, finančnih, tehničnih in pravnih aspektih preskrbe s krvjo, transfuzijske dejavnosti, preskrbe s celicami in tkivi ter naprednega zdravljenja. Pri oblikovanju nacionalne politike morajo sodelovati vsi deležniki ob koordinaciji Ministrstva za zdravje, ki mora ta dokument sprejeti, zagotoviti in tudi nadzorovati izvajanje teh dejavnosti. Tak dokument ima večina urejenih držav na svetu.

Bolniki in davkoplačevalci v Sloveniji namreč zaslužijo sodobno transfuzijsko in napredno zdravljenje, kadar ga potrebujejo. Po načelih SZO so za to področje dolžne poskrbeti zdravstvene oblasti. Pri tem bo treba upoštevati principe racionalizacije, integracije kadrov, znanja, opreme in ostalih resursov in ne dovoljevati nesmiselne ponovne drobitve te dejavnosti po lokalnih interesih, kot je npr. ustanovitev novih centrov za zbiranje krvi, plazme, celic, ali afereznih centrov, ki vodijo v dezintegracijo transfuzijske dejavnosti. Ta bo leta 2025 praznovala že svojo 80-letnico, a je naša tradicija v resnici še mnogo daljša, saj je naš znameniti zdravnik dr. Janez Plečnik, brat arhitekta Jožeta Plečnika, že leta 1900 sodeloval pri revolucionarnem odkritju krvnih skupin, ki je transfuzijsko dejavnost omogočilo in s tem popolnoma spremenilo svetovno medicino⁷. Obnašajmo se torej kot odgovorni dediči teh zavidljivih zgodovinskih dosežkov.

* Članek je osebno mnenje avtorjev in ne odraža uradnega mnenja njihovih institucij.

7 ROŽMAN, Primož, DOMANOVIČ, Dragoslav. Transfusion medicine in Slovenia - current status and future challenges. *Transfus. med. hemother. (Print)*, 2006, letn. 33, str. 420-426. [COBISS.SI-ID 23014361]

O AVTORJIH:

DR. DRAGOSLAV DOMANOVIČ

Dr. med., specialist transfuzijske medicine, je diplomiral na Medicinski fakulteti v Novem Sadu, magistriral in doktoriral pa je na področju raziskovanja matičnih celic in presaditve kostnega mozga na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Bil je zaposlen na Zavodu za transfuzijsko medicino Ljubljana (1995–2012), nato kot ekspert za mikrobiološko varnost SoHO na ECDC (Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Stockholm, 2012–2022). Njegova strokovna področja obsegajo prenos nalezljivih bolezni s SoHO; odziv na izbruhe in ocene tveganja nalezljivih bolezni, ki se prenašajo s SoHO; varno oskrbo s SoHO; epidemiologijo okužb darovalca; in varnost SoHO pred nastajajočimi nalezljivimi boleznimi. Od januarja 2022 je medicinski direktor združenja EBA (European Blood Alliance – Združenje evropskih transfuzijskih ustanov) s sedežem v Amsterdamu.

PROF. DR. PRIMOŽ ROŽMAN

Dr. med., specialist transfuzijske medicine, višji svetnik, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Ljubljana. Študiral je v Ljubljani in se izpopolnjeval v Veliki Britaniji, Nemčiji, na Nizozemskem in v ZDA. Njegovo raziskovalno področje je imunohematologija in biologija matičnih celic. Od l. 2015 je redni profesor na MF Univerze v Ljubljani. Je avtor pribl. 500 bibliografskih enot in ima 1700 citatov v mednarodni literaturi. Bil je strokovni direktor ZTM (2008–2011 in 2012–2016), član Strokovnega sveta za preskrbo s krvjo pri MZ (2013–2019), predsednik delovne skupine „Tkiva in celice“ združenja EBA (2013–2016) in predstavnik Slovenije v Evropski komisiji (European Committee on Blood Transfusion EDQM, Strassbourg, od l. 2004). V letih 2013–2021 je bil svetovalec v projektih EU za reorganizacijo transfuzijskih služb Hrvaške, Makedonije, Ukrajine in Turčije.

Seje Združenja: april/maj 2024

18. 4. 2024

KOMISIJA ZA OSNOVNO ZDRAVSTVENO DEJAVNOST

/1. Potrditev zapisnika 12. seje Komisije odbora osnovne zdravstvene dejavnosti /2. E-dostopnost /3. Zaračunavanje specializacij /4. Izplačilo praznikov zaposlenim, ki imajo neenakomeren delovni čas (turnus) /5. Izvajanje mrliško pregledne službe /6. Informacija o izplačilu dodatkov v skladu s Pravilnikom o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o določitvi dodatka za povečan obseg dela za posebne obremenitve /7. Predlog regresivne lestvice v ambulantah družinske medicine in otroško šolskem dispanzerju /8. Razno

19. 4. 2024

1. IZREDNA SKUPNA SEJA PRAVNE IN EKONOMSKE KOMISIJE

/1. Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za leto 2024 – globe po uredbi

24. 4. 2024

8. SEJA KOMISIJE ZA NOTRANJI NADZOR

/1. Pregled in potrditev zapisnika 7. seje Komisije za notranji nadzor. 2. /Obravnava revizij računovodskih izkazov izvedenih v letu 2023 v JZZ katerih ustanovitelj je MZ skladno z Zakonom o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema. /3. Obravnava novosti iz področja računovodske zakonodaje z veljavnostjo od 1. 1. 2024 dalje. /4. Informacije in pobude.

24. 4. 2024

4. SEJA ODBORA TERCIARNE DEJAVNOSTI

/1. Potrditev zapisnika 3. seje Odbora terciarne dejavnosti /2. Aktualna problematika terciarne dejavnosti /3. Poročilo o delu delovne skupine za ureditev področja vrednotenja zdravstvenih tehnologij v Sloveniji (HTA) /4. Razno

8. 5. 2024

SKUPNA SEJA PRAVNE, EKONOMSKE IN KOMISIJE ZA INFORMACIJSKE SISTEME

/1. Obravnava in priprava skupnega stališča na predlog Zakona o digitalizaciji zdravstva

8. 5. 2024

18. SEJA UPRAVNEGA ODBORA

/1. Potrditev dnevnega reda in ugotovitev sklepčnosti /2. Potrditev zapisnika 17. seje Upravnega odbora /3. Pregled realizacije sklepov 17. seje Upravnega odbora /4. Predstavitve in razgovor s kandidati za delovno mesto direktorja Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije /5. Imenovanje direktorja Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije /6. Razno

16. 5. 2024

10. SEJA PRAVNE KOMISIJE

/1. Ugotovitev sklepčnosti in potrditev dnevnega reda /2. Pregled realizacije sklepov 9. seje in 1. izredne seje Pravne komisije /3. Sklepanje pogodb o sodelovanju za izvajanje zdravstvenih storitev z zdravniki, ki imajo popoldanski s.p. in so sicer redno zaposleni v JZZ /4. Poročanje o izvedbi programa po 135. členu

Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 /5. Plačilo izobraževanja s področja homeopatije oziroma zdravilstva /6. Osnova za izračun nadomestila plače /7. Strokovna priprava na delo v primeru 12-urnega delavnika /8. Višja jubilejna nagrada za člana dveh sindikatov /9. Soglasje za delo drugje v primeru zdravnika, ki opravlja delo polovični delovni čas in je hkrati starostno upokojen za polovični delovni čas /10. Izobraževanja v interesu delavcev oziroma v delnem interesu delodajalca – povračilo stroškov /11. Plačilo stroškov mentorstva v primeru specializacij iz klinične psihologije /12. Beleženje odsotnosti delavcev v primeru službenih poti in strokovnih izobraževanj /13. Izvajanje NZV za strokovne vodje /14. Razno

20. 5. 2024

12. SEJA KOMISIJE ZA KAKOVOST

/1. Potrditev zapisnika 11. seje Komisije za kakovost /2. Obravnava in priprava skupnega stališča Komisije za kakovost na predlog Zakona o kakovosti v zdravstvu /3. Razno.

23. 5. 2024

SKUPNA SEJA PRAVNE KOMISIJE, KOMISIJE ZA KAKOVOST IN EKONOMSKE KOMISIJE

/1. Obravnava in priprava skupnega stališča na predlog Zakona o kakovosti v zdravstvu

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

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

(w) www.zdrzz.si

(f) Zdrženje zdravstvenih zavodov Slovenije

(t) ZdrženjeZDRZZ