

# 24.

## JESENSKO SREČANJE EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH DELAVCEV V ZDRAVSTVU

### »KOMUNIKACIJA IN SODELOVANJE ZA BOLJŠE ZDRAVSTVO«



PODČETRTEK, 19. in 20. oktober 2023



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE  
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

# »Komunikacija in sodelovanje za boljše zdravstvo«

**PODČETRTEK, Terme Olimia,  
19. in 20. oktober 2023**



**ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE**  
**DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU**

Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana  
Tel.: (05) 922 71 98, Faks: (05) 922 71 99

**UPRAVNI ODBOR DRUŠTVA:**

Maja Bertoncej, mag. Sabina Grm, Marjan Javornik, Damjana Jelačin Ivanovič, Vida Komel, mag. Marjetka Kozar, doc. dr. Denis Tomše, Bogdan Tušar, Helena Ulčar Šumčič, Jana Vučak, Nino Zajc, Anton Zorko, Matjaž Žura

**PROGRAMSKI ODBOR SREČANJA:**

Helena Ulčar Šumčič, Bogdan Tušar  
in mag. Franc Hočevar

**ORGANIZACIJSKI ODBOR SREČANJA:**

doc. dr. Denis Tomše, Irena Mrzelj,  
Jana Vučak in Anton Zorko

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu  
Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana

Lektoriranje: HIERONYMUS prevajanje in lektoriranje,  
Nives Mahne Čehovin

Za ogled publikacije lahko uporabite naslednjo povezavo: <http://www.devz.si/2023/10/10/zbornik-in-prezentacije-24-jesenskega-srecanja-ekonomistov-in-poslovodnih-delavcev-v-zdravstvu-podcetrtek-19-in-20-oktober-2023/>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID 168459267  
ISBN 978-961-95979-0-3 (PDF)

# PROGRAM SREČANJA

## Četrtek, 19. oktober 2023

- 08:30 – 09:15 **Registracija udeležencev**
- 09:15 – 09:30 **Uvodni pozdrav in otvoritev srečanja**  
*Helena Ulčar Šumčič, predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu*
- 09:30 – 09:45 **Predstavitev osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije**  
*mag. Alenka Obrul, Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije*
- 09:45 – 10:15 **Vizija zdravstva smo ljudje**  
*izr. prof. dr. Dan Podjed, ZRC SAZU*
- 10:15 – 10:45 **Dve desetletji zdrsov in padcev predlogov zdravstvene reforme**  
*izr. prof. dr. Petra Došenovič Bonča, Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani*
- 10:45 – 11:15 **Kako javni zdravstveni zavod iz upravljalkega vidika usposobiti, da bo kos izzivom časa?**  
*Janez Poklukar, Splošna bolnišnica Jesenice*
- 11:15 – 11:30 **Razprava**
- 11:30 – 12:00 **Odmor**
- 12:00 – 12:20 **Prenova modelov financiranja kot prioriteta plačnika zdravstvenih storitev**  
*mag. Jakob Ceglar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*
- 12:20 – 12:35 **Pogled izvajalcev na nujne spremembe informatizacije v zdravstvu**  
*Jurij Šorli, Bolnišnica Topolšica*
- 12:35 – 12:50 **Pogled programske hiše na nujne spremembe informatizacije v zdravstvu**  
*mag. Vasja Rebec, SRC Infonet*
- 12:50 – 13:00 **Razprava**
- 13:00 – 13:30 **Krizna komunikacija v zdravstvu**  
*Jure Brankovič, Zdravniška zbornica Slovenije*
- 13:30 – 14:00 **Perica in Robi standup show**
- 14:00 – 16:00 **Kosilo**
- 16:00 – 19:00 **Izlet**
- 20:00 **Večerja**

## Petek, 20. oktober 2023

- 09:00 – 09:20 **Predstavitev celjske zdravstvene regije**  
*Tatjana Kolenc, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – OE Celje*
- 09:20 – 09:50 **Predstavitev sprejetih Smernic in usmeritve Strateškega sveta**  
*prim. mag. Dorijan Marušič, podpredsednik Strateškega sveta za zdravstvo*
- 09:50 – 10:20 **Aktualno v zdravstvu z odprtimi zadevami**  
*Predstavniki Ministrstva za zdravje*
- 10:20 – 10:50 **Izzivi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2024**  
*doc. dr. Tatjana Mlakar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*
- 10:50 – 11:20 **Predlogi javnih zavodov za reformo zdravstva**  
*Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije*
- 11:20 – 11:30 **Razprava**
- 11:30 – 12:00 **Odmor**
- 12:00 – 12:20 **Civilna družba in zdravstvo**  
*mag. Franc Hočevar, Društvo ekonomistov v zdravstvu*
- 12:20 – 12:40 **Sodelovanje zdravnikov z ekonomisti in vodstvenim kadrom**  
*mag. Franc Vindišar, Splošna bolnišnica Celje*
- 12:40 – 13:00 **Razprava**
- 13:00 **Zaključek in sporočila srečanja**

---

## VSEBINA

<b>Komunikacija in sodelovanje za boljše zdravstvo</b>	<b>7</b>
Helena Ulčar Šumčič, mag. Franc Hočevar, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
<b>Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije</b>	<b>11</b>
mag. Alenka Obrul, Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije	
<b>Komuniciranje po meri ljudi v času umetne inteligence in digitalne preobrazbe</b>	<b>19</b>
izr. prof. dr. Dan Podjed, ZRC SAZU	
<b>Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov v luči sodobnih izzivov</b>	<b>23</b>
Janez Poklukar, Splošna bolnišnica Jesenice	
<b>Prenova modelov financiranja kot prioriteta plačnika zdravstvenih storitev</b>	<b>31</b>
mag. Jakob Ceglar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	
<b>Krizno komuniciranje ali zakaj se je Napoleon bolj bal časopisov kot bajonetov</b>	<b>37</b>
Jure Brankovič, Zdravniška zbornica Slovenije	
<b>Predstavitev celjske zdravstvene regije</b>	<b>45</b>
Tatjana Kolenc, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – OE Celje	
<b>Predlogi Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije za reformo zdravstvenega sistema</b>	<b>59</b>
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	
<b>Civilna družba in zdravstvo</b>	<b>65</b>
mag. Franc Hočevar, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
<b>Sodelovanje zdravnikov z ekonomisti in vodstvenim kadrom</b>	<b>69</b>
mag. Franc Vindišar, Splošna bolnišnica Celje	



**Helena Ulčar Šumčič**  
Društvo ekonomistov v zdravstvu

**mag. Franc Hočevar**  
Društvo ekonomistov v zdravstvu



## »Komunikacija in sodelovanje za boljše zdravstvo«

Vodilo tokratnega srečanja Društva ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu se osredotoča na komunikacijo in sodelovanje za boljše zdravstvo. Z dobro komunikacijo lahko uspešno presegamo medsebojne razlike in prispevamo k izboljšanju zaupanja, sodelovanja in medsebojnega spoštovanja. Z boljšim načinom komuniciranja z in med deležniki v zdravstvu, ki temelji v prvi vrsti na dialogu, je mogoče spreminjati tudi slovenski zdravstveni sistem.

1. Dialog je tudi sicer ena od možnosti za boljše sporazumevanje in sodelovanje. Mnogi ali skoraj vsi diagnostični postopki zdravljenja bolezni se začnejo s pogovorom bolnika z zdravnikom ali drugimi zdravstvenimi delavci. Bolnikov prvi stik z zdravstvenim delavcem je bistveni del postopka zdravljenja, na katerem temeljijo vsi nadaljnji postopki obravnave. Prvi stik usmeri oba v iskanje pravih in učinkovitih poti do pravočasnega in uspešnega zdravljenja. Bolnika spodbudi v razmislek o svojih zdravstvenih težavah, zdravnika pa usmeri v izbiro nadaljnjih diagnostičnih postopkov.

Prvi stik bolnika z zdravnikom pomembno vpliva na njun nadaljnji odnos v procesu zdravljenja. Zdravnik in bolnik drug od drugega pričakujeta dobro medsebojno sodelovanje. Za dobro sodelovanje skozi celoten potek obravnave pa je bistveno njuno medsebojno zaupanje. Samo na temelju medsebojnega zaupanja lahko namreč gradimo uspešno SODELOVANJE ZA BOLJŠE ZDRAVJE. Ustrezen način KOMUNIKACIJE in SODELOVANJE bolnika z zdravstvenim

osebjem v procesu zdravljenja sooblikujeta posebno kulturo odnosov. KOMUNIKACIJSKA kultura, ki se oblikuje na ravni odnosa bolnik – zdravnik, je tudi sicer temeljna podlaga, na kateri se gradi kultura odnosov znotraj kolektiva posamezne zdravstvene ustanove in tudi širše med deležniki v sistemu zdravstvenega varstva.

2. Zdravstveni zavod je organizacija, v kateri veljajo določene zakonitosti in specifična pravila poslovanja ter določen uniformiran red. Pri vodenju organizacije je zato treba vedno slediti in upoštevati tudi zahteve posameznih strok ter specifik posameznih strokovnih področij.

Zdravstvena ustanova mora upoštevati dejstvo, da je bolnik središče te organizacijske razvejanosti, za katero sta značilna velika kompleksnost procesov dela in zahtevno vodenje. Ključno pri vodenju takšne ustanove je zato pravilno usmerjanje zdravstvenih delavcev z različnimi znanji, veščinami in sposobnostmi, potrebnimi za učinkovito zdravstveno obravnavo bolnika. Ustrezno vodenje na vseh organizacijskih ravneh je pomembna naloga, ki zagotavlja učinkovito in optimalno uporabo vseh razpoložljivih virov za delo. Bistveni vir za uspešno delo pa so ljudje, torej zaposleni. Dobra KOMUNIKACIJA IN SODELOVANJE med njimi zagotavljata temelj dobre organizacije, ki pripomore k optimizaciji procesov dela in dobrim medsebojnim odnosom.



Če ni dobrega sodelovanja in komunikacije med zaposlenimi, trpita tako zdravstveni sistem kot tudi bolnik, ki ni deležen ustrezne pozornosti. V organizacijah, kjer ni vzpostavljena dobra interakcija med zaposlenimi, pogosto zasledimo šibko in včasih celo škodljivo KOMUNIKACIJO. Običajno je pomanjkljivo tudi SODELOVANJE.

V okoljih, kjer primanjkuje medsebojnega spoštovanja, v okoljih z nizko stopnjo empatije, slabo delovno kulturo in neustreznim odnosom predpostavljenih do svojih zaposlenih, nastajajo plodna tla za širjenje nezaupanja, slabo sodelovanje in nizko učinkovitost dela. V takšnih razmerah se povečuje število anonimnih prijav zaposlenih in bolnikov ter pritožb nadzornim organom.

3. K urejenemu zdravstvenemu sistemu in utrjevanju zaupanja javnosti v zdravstvo in sam zdravstveni sistem lahko z ustrezno KOMUNIKACIJO IN SODELOVANJEM z vodstvi zdravstvenih ustanov in javnostjo veliko prispevajo tudi predstavniki državnih organov. Predstojniki vladnih služb in nadzornih organov ter njihovi uradniki bi morali predvsem v zaostrenih razmerah nositi vlogo razlagalca in blažilca pritiskov na sistem zdravstvenega varstva. Od njih se pričakuje, da bodo v svojih nastopih jasni, korektni in pošteni, čim manj nastopaški, predvsem pa iskreni razlagalci in pojasnjevalci razmer.

Na žalost v praksi ni tako. Pogosto se zlasti pri predstavnikih oblasti soočamo z veliko preveč arogance, s poskusi prekrivanja resnice in manipulacijo. Takšna KOMUNIKACIJA IN SODELOVANJE ne prispevata k blaginji bolnikov, saj dodatno slabita zaupanje javnosti v zdravstveni sistem in njegove zmogljivosti. Nekateri politiki in uradniki, potem ko zasedejo pomembne funkcije, izgubijo stik z realnostjo in ne znajo ali ne zmorejo več primerno KOMUNICIRATI IN SODELOVATI.

V zadnjem letu in pol v ključne odločitve glede razvoja zdravstvenega sistema niso bili vključeni strokovnjaki s področja zdravstva, komunikacija med deležniki v zdravstvu je zastala, v ospredje sta stopila izločevanje in javno kri-

tiziranje. Ustanovitelj ni bil odziven na številne pobude in opozorila direktorjev bolnišnic, ki jih je sam imenoval. Namesto ustrezne komunikacije so bili direktorji, ki so se izpostavili, deležni medijskega linča. To je primer neustrezne komunikacije, ki si ga v prihodnosti ne želimo več, in upamo, da smo se iz tega obdobja kaj naučili. Če želimo izboljšati zdravstveni sistem, se moramo vrniti h kulturi dialoga, graditi na dobrih praksah, sodelovanju in spoštovanju, predvsem pa se moramo naučiti poslušati in tudi slišati.

4. V svetu zdravstvene politike imajo vedno večjo vlogo vplivneži, pravimo jim tudi influencerji. Njihova moč postaja vedno večja in je odvisna od novinarjev, ko morajo ti poskrbeti za dvig odzivnosti bralcev ali gledalcev.

KOMUNIKACIJE teh so pomembne in učinkovite. Za SODELOVANJE z javnostmi so nujni.

KOMUNIKACIJA z mediji je ključna. In vplivneži so sestavni del tega SODELOVANJA. V svetu javnega KOMUNICIRANJA se rojevajo načelne koalicije, ki združujejo koristne in prave informacije za utrjevanje zaupanja v zdravstvo, zdravstvene institucije, skupine zdravstvenih delavcev in posameznike. Žal v teh komunikacijskih poteh nastopajo tudi vplivneži, ki s svojim ravnanjem samo dvignejo usedlino, potem pa se brez odgovornosti umaknejo, ne da bi dokončali svoje delo. Se preselijo drugam, k drugi posodi, premešajo tudi njeno usedlino in ponovno brez odgovornosti izginejo. Na tej osnovi se oblikujejo tudi nenačelne KOMUNIKACIJSKE skupine in koalicije, ki nastanejo zgolj z namenom ustvarjanja nezaupanja in zmede v sistemu zdravstvenega varstva. Izredno škodljive pa so tiste nenačelne koalicije, ki združujejo hruške in jabolka v nov kisel sadež, ki ga je nemogoče prebaviti. To se zgodi, ko se določene strukture znotraj državnih organov pridružijo neregulirani civilni družbi v skupnem političnem cilju, katerega namen je zgolj grob poseg v sredstva sistema zdravstvenega varstva. Tudi temu smo že bili priča.

V zadnjem letu je bilo izrečenih vse preveč splošnih minimalističnih izjav o javnem zdravstvenem sistemu, in to brez potrebne komunikacije s ključnimi deležniki, kar je pripeljalo do še slabše

dostopnosti zdravstvenih storitev. Izgubili smo čas za nujne spremembe, ki bi prinesle koristi za paciente in zdravstveni sistem. Zaradi vseh nas, ki si prizadevamo za pravočasno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, je treba biti do takšnega leporečja in »influenčerskega« odnosa na tako pomembnem področju, kot je zdravstvo, vedno kritičen. Ne pozabimo pa, da je v zdravstvu še vedno vsak dan veliko pozitivnih zgodb, veliko primerov dobrih praks, ki bi jih morali poznati oz. želeli predstaviti tudi novinarji, da skupaj z zaposlenimi v zdravstvu ponovno pripomoremo k dvigu zaupanja v naš zdravstveni sistem.

Tokratno sporočilo srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev je namenjeno izboljšanju zavedanja pomena medsebojne komunikacije, izboljšanju našega sodelovanja, predvsem pa temu, da bomo deležniki v zdravstvu slišali drug drugega in znali skupaj oblikovati predloge za vsem dostopno, kakovostno in vzdržno javno zdravstvo. In za konec ne pozabimo: potrebujemo več EMPATIJE in SPOŠTOVANJA.





**mag. Alenka Obrul**  
Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti  
celjske regije



# Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije



## 1. UVOD

V letu 1992, ko so bili v celjski in posavski regiji na primarni ravni z ustanovitvenimi akti (Odloki) postopoma ustanovljeni samostojni javni zavodi, in sicer Zdravstveni dom Celje, Zdravstveni dom »dr. Jožeta Potrata« Žalec, Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Zdravstveni dom Laško, Zdravstveni dom Radeče ter Zdravstveni dom Sevnica, je bila sočasno sprejeta odločitev, da se za opravljanje poslovno administrativnih zadev ustanovi Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije (SZOZD), ki je pričela delovati s 1. 1. 1993. Kasneje so kot pridruženi člani pristopili še Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Zdravstveni dom Slovenske Konjice, Zdravstveni dom Šentjur in Zdravstveni dom Brežice. Zaradi sprememb v organizaciji dela so kasneje postopoma iz SZOZD izstopili Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Zdravstveni dom Laško, Zdravstveni dom Brežice in Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, ki so za izvajanje poslovno administrativnih storitev organizirali navedeno dejavnost v okviru svoje uprave. SZOZD za zdravstvene domove (ZD) kot svoje ustanovitelje izvaja vsa dela in naloge s področja financ, računovodstva, plana in analiz ter pravno kadrovske storitev.

Organizacija dela v SZOZD zahteva prilagoditev poslovnih procesov potrebam ustanoviteljev. Notranja organizacija je določena v Pravilniku o notranji organizaciji in sistemizaciji delovnih mest. Zaposleni v SZOZD znotraj posameznega poslovnega procesa izvajanje posamičnih storitev prilagajajo specifičnim potrebam posameznega ZD glede na posebnosti in značilnosti oziroma obseg njihove dejavnosti.

Naša dejavnost je izražena v kompetencah, zanesljivosti in odzivnosti.

Vizija delovanja SZOZD je postati in ostati temeljna oblika povezovanja izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva v širši celjski in posavski regiji ter prevzeti vodilno vlogo ključnega nosilca izvajanja poslovno administrativnih storitev ustanoviteljem, pridruženim članom in drugim naročnikom.

## 2. SKUPNOST ZAVODOV OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI CELJSKE REGIJE

### 2.1 Predstavitev (Slika 1)


### 2.2 Pridružene članice

V letu 1992 so bili postopoma z ustanovitvenimi akti (Odloki o izločitvi organizacijskih enot in o ustanovitvi javnih zavodov: Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva ulica 5, 3000 Celje, Zdravstveni dom »dr. Jožeta Potrata« Žalec, Prešernova ulica 6, 3310 Žalec, Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče in Zdravstveni dom Sevnica, v nadaljevanju: Odloki) ustanovljeni samostojni javni zavodi na primarni ravni v celjski in posavski regiji, in sicer:

- Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva ulica 5, 3000 Celje
- Zdravstveni dom »dr. Jožeta Potrata« Žalec, Prešernova ulica 6, 3310 Žalec
- Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah
- Zdravstveni dom Laško, Kidričeva ulica 5 b, 3270 Laško
- Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče
- Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica

Sočasno je bila sprejeta odločitev, da se za opravljanje poslovno administrativnih zadev na podlagi določil 52. člena Zakona o zavodih (Ur. l. RS, št. 12/91 in naslednji), ki določa, da se zavodi lahko v soglasju z ustanovitelji povezujejo v SZOZD za opravljanje skupnih zadev, in določil Odlokov ustanovi Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije (SZOZD), ki je pričela delovati s 1. 1. 1993. Cilj ustanovitve SZOZD je bil opravljanje poslovno administrativnih funkcij tako za ustanovitelje kot odjemalce storitev in tudi pridružene člane. Kasneje so kot pridruženi člani pristopili še Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Zdravstveni dom Slovenske Konjice, Mestni trg 17, 3210 Slovenske Konjice, Zdravstveni dom Šentjur, Cesta Leona Dobrotinška 3b, 3230 Šentjur in Zdravstveni dom Brežice, Černelčeva cesta 8, 8250 Brežice. Zaradi sprememb v organizaciji dela so kasneje postopoma iz SZOZD izstopili Psi-

Slika 1: Osnovne informacije

Naziv:	Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije	
Skrajšan naziv:	SZOZD	
Naslov in sedež:	Gregorčičeva ulica 6, 3000 CELJE	
Matična številka:	5683122	
ID št. za DDV:	SI43103375	
TRR:	SI56 0400 1004 8538 207	
Telefon tajništvo:	03 / 543 46 11	
Telefaks:	03 / 543 46 14	
Elektronski naslov:	<a href="mailto:tajnistvo@szozd.si">tajnistvo@szozd.si</a>	
Internetna stran:	<a href="http://www.szozd.si">www.szozd.si</a>	

hiatrična bolnišnica Vojnik (1994), Zdravstveni dom Laško (1. 7. 2014), Zdravstveni dom Brežice (31. 12. 2017) in Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah (10. 5. 2018), ki so za izvajanje poslovno administrativnih storitev navedeno dejavnost organizirali v okviru svoje uprave. SZOZD za ZD kot svoje ustanovitelje izvaja vsa dela in naloge s področja financ, računovodstva, plana in analiz ter pravno kadrovskih storitev. Leta 2023 je kot pridruženi član v SZOZD vstopil tudi Zdravstveni dom Slovenj Gradec.

### 2.3 Organizacija dela

Organizacija dela v SZOZD zahteva prilagoditev poslovnih procesov potrebam ustanoviteljev. Notranja organizacija je določena v Pravilniku o notranji organizaciji in sistemizaciji delovnih mest. Zaposleni v SZOZD znotraj posameznega poslovnega procesa izvajanje posamičnih storitev prilagajajo specifičnim potrebam posameznega ZD glede na posebnosti in značilnosti oz. obseg njihove dejavnosti. Dejavnost SZOZD je izražena v kompetencah, zanesljivosti in odzivnosti.

SZOZD ima sprejet Statut, ki ureja namen in cilje delovanja SZOZD, dejavnost, notranjo organiziranost, zastopanje in predstavljanje, organe, njihove pristojnosti, pravice, obveznosti in odgovornosti SZOZD v pravnem prometu, planiranje dela in razvoja, sestavo, izvolitev, odpoklic, delovno področje in način odločanja organov

ter način izvajanja strokovno administrativnih del za ustanovitelje v skladu z zakonom in s Sklepom o ustanovitvi.

Posamezni ustanovitelj lahko odstopi od ustanoviteljstva SZOZD praviloma ob zaključnem računu z 12-mesečnim odpovednim rokom.

### 2.4 Področja dela

Celotna dejavnost SZOZD se izvaja v obliki programov po organizacijskih enotah, znotraj katerih se posamezne službe oblikujejo kot delovne enote oziroma zaokrožene strokovne enote.

Konkretna opravila, ki jih SZOZD izvaja za posameznega odjemalca na operativni ravni, vključujejo naslednje poslovne procese:

#### 2.4.1 Vodstveni proces

##### Proces vodenja

SZOZD ima za doseganje svojih ciljev in delovanja sistema vodenja kakovosti opredeljene:

- vodstvene in
- podporne procese.

Ožje vodstvo SZOZD je direktor, ki predstavlja in zastopa SZOZD z vsemi pooblastili, organizira in vodi delo ter odgovarja za zakonitost poslovanja. Širše vodstvo SZOZD predstavljajo vodje poslovnih procesov.

Vodstvo v ožjem in širšem pomenu izkazuje svoje voditeljstvo in zavezanost sistemu vodenja tako, da:

- prevzema odgovornost za uspešno poslovanje SZOZD,
- zagotavlja vzpostavljenost ustrezne politike kakovosti,
- zagotavlja vključenost zahtev sistema vodenja v poslovne procese in podprocese,
- pri zaposlenih vzpodbuja procesni pristop in razmišljanja na podlagi tveganj,
- zagotavlja razpoložljivost virov (človeški, finančni, materialni, delovno okolje, informacijski),
- zagotavlja nenehno izboljševanje sistema kakovosti ter
- vzpodbuja in podpira vodstvene kadre, da se dokazujejo v voditeljstvu na svojih področjih.

#### 2.4.2 Glavni procesi

##### Pravno kadrovski splošni proces

- Pravni podproces
- Kadrovski podproces in obračun plač
- Splošni podproces
- Podproces javnega naročanja
- Podproces upravljanja in arhiviranja dokumentarnega gradiva

Pravno kadrovski splošni proces obsega delokrog pravne, kadrovske in splošne službe, v okviru katerih se izvajajo: zastopanje in predstavljanje ZD pred sodišči in drugimi organi, vlaganje tožb, predlogov in drugih zahtevkov pred sodišči, Državno revizijsko komisijo in drugimi institucijami, vodenje disciplinskih postopkov, sodelovanje v postopkih iz delovnih razmerij za zaposlene v ZD in v postopkih varstva pacientovih pravic, urejanje statusnih in premoženjsko pravnih poslov, sodelovanje pri sklepanju vseh vrst pravnih poslov, priprava strokovnih podlag za oblikovanje splošnih aktov; strokovna obdelava dokumentacije v zvezi z odškodninskimi zahtevki, vodenje izvršilnih postopkov, stečajev in postopkov prisilne poravnave za izterjavo neporavnanih obveznosti, urejanje zemljiško knjižnih zadev, priprava gradiv in sodelovanje na sejah organov ZD, priprava, obdelava, urejanje in spremljanje celotne kadrovske do-

kumentacije od nastopa do razrešitve delavca, opravljanje statistično poročevalskih nalog za interno in eksterno uporabo, urejanje in obdelava dokumentacije v zvezi s pravicami iz zdravstvenega varstva zaposlenih ter njihovih zavarovanih družinskih članov, izvrševanje sklepov ustanoviteljev, inšpekcijskih organov in drugih služb s področja delovnih razmerij, izvajanje strokovno administrativnih opravil s področja pokojninskega in invalidskega zavarovanja ter sodelovanje v postopku predstavitve za oceno pri Invalidski komisiji, opravljanje strokovnih opravil s področja štipendiranja, strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja delavcev, sodelovanje s pooblaščenim zunanjim izvajalcem s področja varnosti in zdravja pri delu; vodenje vseh vrst postopkov po Zakonu o javnem naročanju in Zakonu o pravnem varstvu v postopkih javnega naročanja (ZPVPJN), priprava razpisne dokumentacije za javna naročila blaga, storitev in gradenj, vodenje evidenc postopkov javnega naročanja, arhiviranje poslovne dokumentacije, opravljanje vseh vrst administrativnih opravil v zvezi z dostavo in odpremo pošte, fotokopiranje poslovne dokumentacije, pregled in vnos evidenčnih listov ter priprava podatkov za obračun plač in posameznih odtegljajev, obdelava plač ter nakazilo plač in prispevkov, posredovanje podatkov o plačah na pristojne institucije v skladu z zakonskimi predpisi, priprava podatkov za refundacije (bolniški stalež, pripravniki, specializanti ipd.), obračun in nakazila premij za dodatno pokojninsko zavarovanje, letno dostavljanje podatkov za odmero dohodnine na pristojne institucije, sestavljanje raznih statističnih poročil, izpolnjevanje kreditnih pol in drugih raznih obrazcev za zaposlene, izpolnjevanje obrazca M-4 za Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ), strokovno svetovanje zaposlenim in vodstvu ZD ter nakazilo štipendij.

##### Finančno računovodski proces

- Podproces finančnega poslovanja
- Podproces računovodstva
- Faktorni podproces
- Podproces planiranja in analiziranja



Finančno računovodski proces obsega delokrog finančnega knjigovodstva, knjigovodstva osnovnih sredstev in drobnega inventarja, finančne operative z likvidacijo, v okviru katerih se izvaja: zbiranje in obdelava poslovnih dogodkov za prihodke in odhodke ter spremembe stanja gibanja sredstev, kontroliranje pravilnosti in verodostojnosti knjigovodskih listin pred knjiženjem, vodenje predpisanih poslovnih knjig za vse poslovne spremembe, izkazane v časovnem zaporedju, knjiženje poslovnih dogodkov, sestavljanje bilance stanja, bilance uspeha in drugih poročil v skladu s Slovenskimi računovodskimi standardi, sestavljanje poslovnih poročil s področja finančnega računovodstva, vodenje stroškov po stroškovnih mestih, vodenje analitične evidence saldakontov kupcev in dobaviteljev, ki obsega knjiženje vseh faktur kupcev, usklajevanje odprtih postavk, pošiljanje opominov, telefonična izterjava neplačanih računov in predaja dokumentacije pravni službi za uvedbo sodne izterjave, reševanje opominov, izmenjava kompenzacijskih poslov, sestavljanje pregledov fakturirane in plačane realizacije, priprava odprtih postavk za inventuro in usklajevanje analitičnih evidenc s knjigovodstvom glavne knjige, kontiranje in knjiženje računov za nabavo osnovnih sredstev in drobnega inventarja, priprava in kontrola dokumentacije osnovnih sredstev in drobnega inventarja za knjiženje temeljnic v glavni knjigi in vodenje analitične evidence osnovnih sredstev, knjiženje novih osnovnih sredstev v register osnovnih sredstev, izpis in posredovanje kod z inventarno številko v ZD, odpis dotrajanih osnovnih sredstev in drobnega inventarja, izdelava letnega predračuna in končnega obračuna amortizacije, priprava in obdelava dokumentov za inventuro osnovnih sredstev in drobnega inventarja ter sodelovanje z inventurnimi komisijami, zagotavljanje finančnih sredstev za tekoče poslovanje, izdelava finančnih poročil za interno in eksterno uporabo, kontrola in kompletiranje bančnih izpiskov ter reševanje reklamacij v zvezi z izpiski, formalna računovodska kontrola pravilnosti prejetih računov, kontrola, ali je račun podpisan s strani osebe, ki likvidira račun, in ali so predložene vse dobavnice, ki dokazujejo nastanek poslovnega dogodka, opravljanje storitev v zvezi z likvidacijo in

poravnavo računov, knjiženje prispelih faktur, priprava nalogov za plačilo računov, plačevanje kotizacij in avansov, likvidacija predračunov in računov za nabavo osnovnih sredstev, plačevanje in vodenje evidence najemnin in zemljiško knjižnih prispevkov za objekte, komuniciranje s plačniki faktur storitev, reševanje reklamacij faktur, izdelava faktur zdravstvenih storitev in pošiljanje plačnikom, vodenje fakturne knjige odposlanih faktur, obračunavanje in fakturiranje zdravstvenih storitev za neposredno menjavo dela, evidenca in reševanje reklamacij v sodelovanju z ZD, obračuni nezdravstvenih storitev (najemnine, funkcionalni stroški itd.) in izdajanje drugih računov na zahtevo ZD, sodelovanje pri oblikovanju pripomb na Splošni dogovor za posamezno pogodbeno leto, zbiranje in urejanje podatkov za pripravo ponudb za Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), izdelava dokončnega predloga ponudb za sklenitev pogodb o izvajanju programa zdravstvenih storitev z ZZZS, sodelovanje pri pripravi letnega poročila, sestavljanje periodičnih in letnih finančnih planov po dejavnostih in vrstah stroškov, sodelovanje pri izvajanju postopkov notranje revizije, izračunavanje mesečnih finančnih planov po dejavnostih in vrstah stroškov, izpolnjevanje vprašalnikov, anket za ZZZS, Združenje zdravstvenih zavodov, Ministrstvo za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), mesečno in kumulativno spremljanje realizacije fizičnega obsega dela v primerjavi s planom, primerjava izplačane mase bruto osebnih dohodkov, spremljanje izvajanja pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev in obračunov glede na opravljeno delo in izhodišča ZZZS ter korekcije finančnih planov zaradi spremenjenih izhodišč za nazaj z obračuni, komuniciranje z ZD in zunanjimi institucijami, mesečna primerjava realizacije po vrstah stroškov s planiranimi za ZD kot celoto, ob periodičnem in letnem obračunu pa tudi po dejavnostih, izdelava posameznih analiz, instalacije novih programskih produktov na zahtevo ZD, komuniciranje s plačniki faktur storitev, reševanje reklamacij faktur, izobraževanje izvajalcev zdravstvenih storitev po lokacijah, inštruktaža sprememb vnosa podatkov, razlaga in analiza izhodnih podatkov na zahtevo uporabnika, priprava manj obsežnih programov

za uporabnika, izdelovanje dodatnih izhodnih tabel iz obstoječih baz podatkov, priprava in izdelava raznih statističnih poročil za Združenje zdravstvenih zavodov, Ministrstvo za zdravje in druge naročnike, priprava statističnih poročil o delu, boleznih in kadrih za NIJZ, sodelovanje z zunanjimi programskimi hišami pri popravkih računalniških programov, spremljanje fizičnega obsega dela in analiza izhodnih list, sodelovanje pri pripravi podlag za oblikovanje ponudbe programov do ZZS in spremljanje po varstvih dogovorjenih programov.

#### 2.4.3 Zunanji procesi

- Proces čiščenja
- Proces varstva in zdravja pri delu
- Proces informatike

Vodstvo SZOZD proces čiščenja, varstva in zdravja pri delu ter informatike izvaja na podlagi vsakoletne pogodbe z zunanjim izvajalcem, ki opravlja storitve za ustanovitelje in pridružene člane.

### 2.5 Standardna klasifikacija dejavnosti

SZOZD v interesu svojih članov - ustanoviteljev opravlja dejavnosti, ki so povezane z njihovo dejavnostjo. Dejavnosti SZOZD se po standardni klasifikaciji dejavnosti razvrščajo v:

- J 62.030 Upravljanje računalniških naprav in sistemov
- J 62.090 Upravljanje z informacijsko tehnologijo in računalniškimi storitvami povezane dejavnosti
- J63.110 Obdelava podatkov in s tem povezane dejavnosti
- M69.10 Pravne dejavnosti
- M69.103 Druge pravne dejavnosti
- M69.200 Računovodske, knjigovodske in revizijske dejavnosti, davčno svetovanje
- M70.220 Drugo podjetniško in poslovno svetovanje
- N82.110 Nudenje celovitih pisarniških storitev
- N82190 Fotokopiranje, priprava dokumentov in druge posamične pisarniške dejavnosti
- N 82.300 Organiziranje razstav, sejmov, srečanj
- N 82.990 Drugje nerazvrščene spremljajoče dejavnosti za poslovanje

- P 85.590 Drugje nerazvrščeno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje
- S 94.110 Dejavnosti poslovnih in delodajalskih združenj
- S 94. 120 Dejavnost strokovnih združenj
- S 96.090 Druge strokovne dejavnosti, drugje razvrščene

#### 2.5.1 Organi SZOZD

- Poslovni kolegij direktorjev

Poslovni kolegij direktorjev - ustanoviteljev je najvišji operativno izvršilni organ SZOZD in ga sestavljajo direktorji ustanoviteljev. Na sejah Poslovnega kolegija sodelujejo direktor SZOZD in predstavniki posameznega poslovnega procesa ali podprocesa gleda na vsebino dnevnega reda. Seje Poslovnega kolegija direktorjev ZD - ustanoviteljev sklicuje in vodi direktor SZOZD.

- Kolegij pomočnikov direktorjev za zdravstveno nego

Kolegij pomočnikov direktorjev ZD za zdravstveno nego sklicuje in vodi koordinator, ki se imenuje izmed predstavnikov ZD - ustanoviteljev in pridruženih članov, ter obravnava področje dejavnosti zdravstvene nege in drugih zdravstvenih dejavnosti, ki jih izvaja posamezni ZD.

- Direktor

Poslovni organ SZOZD je direktor. Direktor predstavlja, zastopa, organizira, vodi delo in poslovanje SZOZD ter je odgovoren za zakonitost in strokovnost njenega dela. Direktorja SZOZD imenuje in razrešuje Svet SZOZD v soglasju z ustanovitelji.

- Svet

SZOZD upravlja Svet zavoda, ki ga sestavljajo en predstavnik delavcev in štirje predstavniki ustanoviteljev. Predstavnik delavcev SZOZD izvolijo delavci neposredno s tajnim glasovanjem. Predstavnik ustanovitelja v Svetu ZD je po funkciji direktor ZD.

#### 2.5.2 Pravice, obveznosti in odgovornosti v pravnem prometu:

- SZOZD je pravna oseba in nastopa v pravnem prometu v svojem imenu in za svoj račun. SZOZD odgovarja za svoje obveznosti s premoženjem, s katerim razpolaga.
- V pravnem prometu s tretjimi osebami ima vsa pooblastila, razen za promet z nepremičninami, kjer je potrebno soglasje ustanoviteljev SZOZD.



- SZOZD lahko sklepa pogodbe in opravlja druge pravne posle samo v okviru dejavnosti, ki je določena s sklepom o ustanovitvi SZOZD, Statutom in vpisom v sodni register.

### Načrtovanje razvoja

Pri pripravi programa dela ter finančnega in kadrovskega načrta SZOZD se upošteva obseg dejavnosti ustanoviteljev in možnosti pridobivanja sredstev za svoje delo na podlagi sklenjenega Dogovora o izvajanju prenesenih poslovno administrativnih storitev in pokrivanju deleža skupnih stroškov ter možnosti prodaje svojih storitev na trgu za zunanjim naročnikom.

Predlog programa dela, finančni in kadrovski načrt pripravi direktor SZOZD v sodelovanju s strokovnimi službami.

### 2.5.3 Pravice, obveznosti in odgovornosti ustanoviteljev

Ustanovitelji odgovarjajo za obveznosti SZOZD, ki jih SZOZD prevzame ali se zanje obveže le iz pravnih poslov v okviru dejavnosti SZOZD, določene s sklepom o ustanovitvi SZOZD ter na osnovi programa dela, finančnega in kadrovskega načrta SZOZD. Odgovornost ustanoviteljev je v tem delu neomejeno subsidiarna.

Ustanovitelji so dolžni SZOZD zagotavljati sredstva za njeno delo v okviru dogovorjenega programa in po dinamiki.

### Pristop in prenehanje članstva

Člani SZOZD so ustanovitelji in pridruženi člani, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na primarni ravni na podlagi koncesije.

Pristop novih članov v SZOZD kot ustanoviteljev ali pridruženih članov je mogoč na podlagi pristopne izjave. O sprejemu novih članov odloča Poslovni kolegij direktorjev ZD - ustanoviteljev.

Prenehanje članstva v SZOZD nastopi z odstopom od ustanoviteljstva SZOZD ob zaključnem računu z 12-mesečnim odpovednim rokom. Vsak član lahko iz SZOZD izstopi z obrazloženo pisno izjavo, na podlagi prejete izjave pa Svet SZOZD sprejme ugotovitveni sklep o prenehanju članstva v SZOZD.

## 2.6 Strateške usmeritve, vizija in poslovni cilji

### 2.6.1 Strateške usmeritve

SZOZD si kot prioritete strateške usmeritve zastavlja:

- dosegati visoko stopnjo zadovoljstva za opravljanje poslovno administrativnih storitev pri ustanoviteljih, pridruženih članih in drugih naročnikih,
- povečati zadovoljstvo zaposlenih,
- ohraniti program dela poslovno administrativnih storitev vseh ustanoviteljev in pridruženih članov (ustanovitelji),
- ohraniti obstoječe pridružene člane in druge naročnike na trgu kot odjemalce poslovno administrativnih storitev,
- vsakemu zaposlenemu zagotoviti udeležbo na vsaj enem strokovnem izpopolnjevanju,
- stabilno finančno poslovanje,
- zagotoviti kvartalno spremljanje prihodkov in odhodkov (analize prihodkov in odhodkov),
- vzdrževanje vodenja kakovosti po zahtevah standarda ISO 9001:2015,
- vsak proces dela poda en predlog za izboljšavo v okviru svojega poslovnega procesa in
- vzpostavitev pristnega partnerskega odnosa z odjemalci storitev.

### 2.6.2 Vizija in poslovni cilji

SZOZD si želi postati in ostati temeljna oblika povezovanja izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva v širši celjski in posavski regiji ter prevzeti vodilno vlogo ključnega nosilca izvajanja poslovno administrativnih storitev ustanoviteljem, pridruženim članom in drugim naročnikom.

Tudi v prihodnosti si želi obdržati pridobljeni certifikat kakovosti ISO 9001:2015, s ciljem uveljavitve celovite kakovosti izvajanja poslovno administrativnih storitev.

SZOZD širšemu okolju celjske in posavske regije ponuja poslovno administrativne storitve ob upoštevanju ciljev politike kakovosti. Strateška usmeritev SZOZD je ohraniti z razpoložljivimi kadri sedanjo organiziranost, kakor tudi obseg programov ter ugled in delo pri odjemalcih v širši celjski in posavski regiji. Zavedamo se, da je strategija kakovosti predpogoj za uspešno izpolnitev našega poslanstva, da dosežemo visoko

stopnjo strokovne usposobljenosti, si pridobimo ustrezno zaupanje ter ohranimo ugled pri odjemalcih in drugih naročnikih, pri čemer smo zavezani, da upoštevamo notranje in zunanje predpise. Cilje bomo dosegli le z opravljanjem kakovostnih poslovno administrativnih storitev ter na ta način pri odjemalcih dosegli zadovoljstvo in priznanje za naše delo. Iz tega razloga smo se odločili, da pristopimo k izgradnji, vzdrževanju in razvijanju sistema vodenja kakovosti. Veliko pozornosti pri vodenju v SZOZD namenimo tudi upravljanju človeških virov, kar se odraža v zagotavljanju stalnega strokovnega izpopolnjevanja, strokovnega razvoja in delovnih pogojev.

Kakovost poslovno administrativnih storitev do naših odjemalcev preverjamo s pridobivanjem mnenj in pripomb oz. pritožb, ki jih proučujemo. Pripombe bomo vrednotili in na podlagi analiz pristopili k izdelavi strategije za izboljšanje kakovosti. Vodstvo SZOZD si prizadeva, da bi vsi zaposleni pri izvajanju del in nalog upoštevali politiko kakovosti in da bi tudi s svojimi idejami in koristnimi predlogi pripomogli k izboljšanju procesov dela ter nenazadnje tudi medosebnih odnosov.

Prav vsak zaposleni v SZOZD mora razumeti in uresničiti svojo osebno vlogo pri uresničevanju kakovosti.

Poslovni cilj SZOZD je v kakovostnem opravljanju storitev, ki zagotavlja zadovoljstvo odjemalcev in zaposlenih, kar se odraža v njenem razvoju, socialni rasti in ugledu ter se realizira skozi temeljne poslovne cilje.

### 3. ZAKLJUČEK

SZOZD si želi ostati še naprej temeljna oblika povezovanja izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva v širši celjski in posavski regiji ter prevzeti vodilno vlogo ključnega nosilca izvajanja poslovno administrativnih storitev ustanoviteljem, pridruženim članom in drugim naročnikom. S svojim delovanjem se bomo še naprej trudili za povezovanje med izvajalci primarnega zdravstvenega varstva in jim pomagali pri ustvarjanju boljšega jutri.

### 4. LITERATURA

1. Anon., 2023. Statut Skupnosti zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije. [Elektronski] Dosegljivo na: <https://www.szozd.si/wp-content/uploads/2023/02/Statut-SZOZD-28.-10.-2022.pdf>
2. Anon., brez datuma Skupnost zavodov osnovne zdravstvene dejavnosti celjske regije. [Elektronski] Dosegljivo na: [https://www.szozd.si/\[Poskus dostopa 2023\]](https://www.szozd.si/[Poskus dostopa 2023]).

**izr. prof. dr. Dan Podjed**ZRC SAZU, Inštitut za slovensko narodopisje  
Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta

Foto: Miran Juršič

# Komuniciranje po meri ljudi v času umetne inteligence in digitalne preobrazbe

## Povzetek

Prispevek se posveti zagatam, povezanim s komuniciranjem po spletnih družbenih omrežjih in drugih rešitvah za povezovanje na daljavo. Avtor najprej predstavi, kakšna je bila topologija omrežij, v katerih smo živeli, sodelovali in komunicirali v preteklosti, nato pa opiše topologijo t. i. brezstopenjskih omrežij, ki so prevladala na spletu. Zatem opiše še, kako na način komuniciranja vplivajo različna omrežja in orodja, ki temeljijo na umetni inteligenci, ter v sklepnem delu predstavi priporočila in rešitve za komuniciranje po meri ljudi v času digitalne preobrazbe, ki upoštevajo človeške kognitivne omejitve in zagotavljajo možnost odklopa od omrežij ter spodbujajo sporazumevanje od blizu, iz oči v oči.

## Abstract

The paper presents the dilemmas associated with communication through online social networks and other solutions for remote access to other people. First, it introduces the topology of the networks in which we have lived, cooperated, and communicated in the past, and then describes the topology of the so-called scale-free networks that have started to dominate the online reality in the last two decades. Second, it describes how various online networks and tools based on artificial intelligence are influencing the way people communicate. Finally, the author presents recommendations and solutions for human-centred communication in the age of digital transformation that take into account human cognitive limitations and offer ways to break out of networks and promote face-to-face interaction.

## 1. UVOD

Tehnologije so zaznamovale človeško družbo vse od pradavnine, pečat na njej pa seveda puščajo tudi danes. Bistvena razlika pa je, da so orodja, ki jih ljudje uporabljajo v sedanjem času, vse pogosteje digitalna. Tudi zato ni čudno, da živimo v času, ki mu pravijo »digitalna preobrazba«, v katerem se zaradi komuniciranja po digitalnih platformah družba dejansko preobraža, njene topološke značilnosti pa postajajo radikalno drugačne. V tem prispevku skušam predstaviti te spremembe in opisati, kako lahko shajamo z digitalnimi tehnologijami ter komuniciramo z njihovo pomočjo in pri tem ohranimo bistvo človeštva, tj. človečnost.

## 2. DRUŽBENA TOPOLOGIJA DVEH SVETOV

»Svet ni eden, svetova sta dva,« je znani oglaševalski slogan slovenskega ponudnika internetnih storitev, ki je ob izteku prejšnjega stoletja precej dobro opozoril na dvojnost in razdeljenost sveta, v katerem naj bi živeli v tedanji prihodnosti, ki je odtlej seveda že postala sedanjost. Ta dvojnost se pozna tudi na družbenih razmerjih in omrežjih, ki jih pletemo ljudje. V fizičnem prostoru imajo ljudje od nekdaj neko povprečno število povezav, od katerih tistim najbolj poglobljenim pravimo tudi prijatelji. Na spletu imajo ljudje podobnih povezav običajno bistveno več, a se na omrežjih, kakršno je Facebook, ti ljudje še vedno imenujejo enako, torej prijatelji. Razlika med omrežji v fizičnem in digitalnem prostoru pa je dejansko velika. Barabási in Albert (1999) sta tako že pred več kot dvema desetletjema opozorila, da ima splet značilnosti brezstopenjskih oz. brezlestvičnih omrežij, v katerih imajo nekateri vozli izjemno veliko povezav, medtem ko jih ima večina malo (glej tudi Barabási 2003). Ta omrežja se tako bistveno razlikujejo od t. i. naključnih omrežij oz. naključnih grafov (angl. random networks oz. random graphs), v kakršna so se ljudje povezovali nekoč in se še vedno povezujejo v fizični resničnosti; v teh omrežjih imajo »vozli«, ki dejansko označujejo posameznice in posameznike, naključno število povezav, zato število njihovih povezav sledi Gaussovi krivulji naključne distribucije (Slika 1).

Kaj to pomeni v vsakdanjem življenju? Med drugim to, da smo nenadoma zaživel v času inflacije »prijateljev« in sočasne devalvacije tega pojma. Poleg tega pa so si v razmeroma kratkem času nekateri posamezniki in posameznice nakopičili ogromno povezav, medtem ko večina ostaja v tem smislu relativno »revna«, čeprav dejansko mnogi med njimi ne obvladujejo več niti stotin ali tisočev »prijateljev«, s katerimi so povezani, saj je njihovo število že zdavnaj prekoračilo mejo, ki je začrtana s človekovimi kognitivnimi sposobnostmi.

## 3. OMREŽJE DOLOČA NAČIN KOMUNICIRANJA

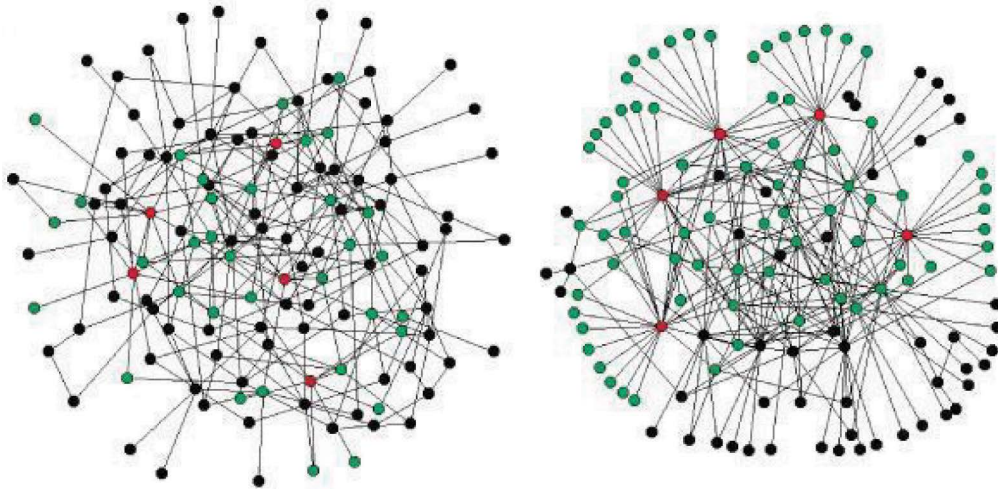
Poleg splošne topologije omrežij pa komuniciranje opredeljujejo tudi njihove tehnološke specifičnosti in funkcionalnosti. Podobno kot vozilo, ki ga nekdo uporablja, opredeljuje njegov način vožnje po načelu, da »si tisto, kar voziš« (Vanderbilt 2008), tudi omrežja, ki jih ljudje primarno uporabljajo, določajo njihov način komuniciranja. Če nekdo, na primer, objavlja predvsem po omrežju X, ki se je do leta 2023 imenovalo Twitter, ga omrežje omeji na določeno število znakov, ki jih lahko objavi v enem »tvitu«, torej kratki objavi. (Teh znakov je bilo sprva na voljo 140, kasneje 280.) Kdor objavlja pretežno na Instagramu ali TikToku, postane sčasoma insta-človek ali tiktok-oseba, način komuniciranja pa začne pronicati iz digitalnega tudi v fizični svet (Podjed 2022). Čeprav še vedno vsaj deloma velja, da sta »svetova dva« (ali pa jih je celo več), sta ta dejansko vse bolj prepletena, digitalni pa postaja vsaj tako realen kot fizični.

## 4. OSTATI LJUDJE V ČASU DIGITALNE PREOBRAZBE

Kako torej v času, ko vse več in vse pogosteje komuniciramo po omrežjih, ohranimo človečnost? Zanašati se na posameznikovo trdno voljo in razsodno rabo spletnih družbenih omrežij je gotovo preambiciozno. Lahko pa se pri uravnoteženju življenja med fizičnim in digitalnim zatečemo prav k tehnološkim pripomočkom, s katerimi si odmerimo in omejimo dostop do omrežij. Mednje sodita tudi prosto dostopna aplikacija Minimalist Phone, ki zaslon pametnega telefona naredi dolgočasnejši, in vtičnik



Slika 1: Primerjava naključnega (levo) in brezstopenjskega omrežja (desno)  
(po Albert, Jeong in Barabási 2000)



(angl. plugin) za Chrome News Feed Eradicator, ki namesto nenehnega toka informacij prikazuje le naključno misel ali motivacijsko sporočilo. Podobno pomembno za »odkavljanje« od tehnoloških trnkov, na katere se zlahka ujamemo (Eyal 2019), pa je, da sebi in drugim tudi z medsebojnimi spodbudami zagotavljamo odklop od naprav, ki so postale naši večni spremljevalci in digitalni podaljški.

## 5. SKLEP

Razvoj računalniških procesorjev še vedno sledi t. i. Moorovemu zakonu, po katerem se njihova moč podvoji približno na dve leti. Človeški »procesorji«, torej možgani vrste homo sapiens, pa se niti skozi tisočletja niso bistveno spremenili in ostajajo približno tako zmogljivi kot tisti od naših kamenodobnih prednikov. To dejstvo vodi v času hitrega tehnološkega napredka, ko nastajajo nove rešitve na podlagi umetne inteligence, v najrazličnejše dileme in probleme, vključno s kognitivno preobremenjenostjo in komunikacijskimi zadregami. Kako naj človek v sodobnem času, denimo, hkrati komunicira s tisoči »prijateljev« po omrežjih in se jim posveti, če pa nima časa niti za peščico dejanskih prijateljev v fizičnem prostoru? Ključna beseda za boljše komuniciranje, ki je ukrojeno po meri človeka, je gotovo odklop, ki si ga mora tudi sodobni človek načrtno in sistematično privoščiti ter tako prestopiti iz »drugega« v »prvi« svet, iz digitalne v fizično resničnost.

## 6. REFERENCE

1. Albert, Réka, Hawoong Jeong in Albert-László Barabási: *Error and Attack Tolerance of Complex Networks*, *Nature* 406(6794), 2000, 378–382.
2. Barabási, Albert-László: *Linked: How Everything Is Connected to Everything Else and What It Means for Business, Science and Everyday Life*, Plume, New York 2003.
3. Barabási, Albert-László in Réka Albert: *Emergence of Scaling in Random Networks*, *Science* 286(5439), 1999, 509–512.
4. Eyal, Nir: *Indistractable: How to Control Your Attention and Choose Your Life*, BenBella Books, Dallas 2019.
5. Podjed, Dan: *Nekrolog dr. Dana Podjeda: Zakaj zapuščam twitter? Večer*, 9. 11. 2022, dostopno na: <https://vecer.com/pogledi/pogled-nekrolog-dr-dana-podjeda-zakaj-zapuscam-twitter-10320654>
6. Vanderbilt, Tom: *Traffic: Why We Drive the Way We Do (and What It Says About Us)*, Alfred A. Knopf, New York in Toronto 2008.



**Janez Poklucar**  
Splošna bolnišnica Jesenice



# Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov v luči sodobnih izzivov

## Povzetek

*Prispevek obravnava trenutne izzive upravljanja javnih zdravstvenih zavodov in izpostavlja ključne pomanjkljivosti. Osredotoča se na potrebo po sodobnih pristopih in strukturah, ki bi naslovili izzive in omogočili učinkovitejše delovanje javnega zdravstva.*

*Aktualni izzivi v javnih zdravstvenih zavodih so:*

- *kako z manj kadra zadostiti vse večjim potrebam prebivalcev po zdravstvenih storitvah (zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe ob omejenih virih);*
- *kako povečati učinkovitost zaposlenih (zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev);*
- *za koliko lahko povečamo učinkovitost s spremembo in optimizacijo delovnih procesov (Kakšne so notranje rezerve?);*
- *kaj lahko prinese uporaba umetne inteligence (vključno z etičnimi dilemami in prevzemanjem odgovornosti) in*
- *kako zagotoviti finančno vzdržnost zdravstvenega sistema starajoče se družbe.*

## Abstract

*This article addresses the current challenges in the management of public health institutions by highlighting major shortcomings. It emphasizes the need for new approaches and structures that would efficiently address these challenges and promote effective functioning of the public health system.*



## 1. UVOD

Z leti postaja upravljanje javnih zdravstvenih zavodov vse bolj kompleksno. Sodobni izzivi zahtevajo prilagojene pristope, ki bolje naslavlajo pomanjkljivosti obstoječega sistema. Javni zdravstveni sistem se sesuva sam vase, ker se ni sposoben prilagajati demografskim in epidemiološkim spremembam, napredku medicine z dragimi zdravili in postopki zdravljenja, pomanjkanju kadra in kriznim dogodkom (finančna kriza, epidemija, naravne katastrofe ...) zaradi odsotnosti ali pomanjkanja strateškega pristopa pri zagotavljanju mreže izvajalcev, infrastrukture, kadrov, upravljanja in financiranja.

## 2. RAZPRAVA

Mreža izvajalcev na primarnem in sekundarnem nivoju se mora oblikovati regijsko, na terciarnem nivoju pa nacionalno. Primer dobre prakse na primarnem nivoju sta Gorenjska z Osnovnim zdravstvom Gorenjske in na sekundarnem nivoju savinjska regija s Splošno bolnišnico Celje. Ravno tako morajo biti regionalno organizirane dežurne službe. Zagotavljanje nujne medicinske pomoči je naloga države. Plačilo za delo v dežurni službi ne sme in ne more biti vezano na storilnost, saj govorimo o reševanju življenj in pripravljenosti za izredne dogodke. Ker gre za delo v posebnih, pogosto nevarnih pogojih, večinoma izven dopoldanskega časa, med koncem tedna in prazniki, mora biti znatno bolj nagajeno.

**Infrastruktura:** Za strateški pristop k zagotavljanju zadostne in ustrezne infrastrukture v javnih zdravstvenih zavodih smo leta 2021 sprejeli Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovenskem zdravstvu v obdobju 2021–2031. Na ta način je država zagotovila trajno in konstantno financiranje investicij na vseh nivojih zdravstva, tudi na primarnem, kjer se je višina sredstev povečala za 25-krat na letnem nivoju in za 6-krat na sekundarnem in terciarnem nivoju.

**Kader:** V gospodarskih in negospodarskih panogah kadra zaradi demografskih sprememb manjka, zato javni sektor na trgu delovne sile neposredno tekmuje z gospodarstvom. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju onemogoča od-

ziv javnega sistema, med drugim tudi zdravstva v javnih zavodih, na spreminjajoče se pogoje na trgu dela. Še več, ker del javne mreže izvajalcev zdravstvenih storitev ni zavezan Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju, poleg tega pa ima še številne druge možnosti (sklepanje pogodb s samostojnimi podjetniki in družbami z omejeno odgovornostjo, ni zavezan Zakonu o javnih naročilih ...), prihaja do odliva kadrov iz javnih zdravstvenih zavodov. Zdravstveni poklici so regulirani, zato so postopki zaposlovanja tujcev dolgotrajnejši.

### 2.1 Kako z manj kadra zadostiti vse večjim potrebam prebivalcev po zdravstvenih storitvah

Potrebe prebivalcev po zdravstvenih storitvah: Da bi z manj kadra učinkovito zadostili rastočim potrebam prebivalcev po zdravstvenih storitvah, ob omejenih kadrovskih virih, je potrebna celovita strategija, ki zagotavlja več zdravja prebivalstva z vključevanjem lokalne skupnosti, združevanjem pozitivnega delovnega okolja, s prilagodljivimi delovnimi modeli, ki stremijo k optimizaciji procesov, učinkovitemu upravljanju časa (zmanjšanje nepotrebnih administrativnih obremenitev, predvsem zdravstvenih delavcev), sodelovanju in tinskemu delu, s konkurenčnim nagrajevanjem ter z naprednimi tehnologijami, vključno z možnostmi, ki jih ponuja umetna inteligenca. S pravim pristopom lahko zagotovimo kakovostno in učinkovito zdravstveno oskrbo tudi v izzivih sodobnega časa z omejenimi kadrovskimi viri.

**Preventiva kot ključni steber zdravstva prihodnosti:** Kadar razmišljamo o zdravstvu, pogosto pomislimo na bolnišnice, zdravnike in zdravljenje. Toda v resnici je zdravje veliko več kot le odsotnost bolezni, je kompleksen preplet življenjskih navad, okolja in genetskih dejavnikov. V kontekstu vse večjih potreb prebivalstva in omejenega kadra se mora naš fokus premakniti z zdravljenja simptomov na preprečevanje nastanka bolezni.

**Vloga lokalne skupnosti:** Lokalne skupnosti lahko igrajo ključno vlogo pri prepoznavanju potreb svojih prebivalcev. S sodelovanjem z zdravstvenimi ustanovami (na primarni ravni) lahko skupnosti sodelujejo pri izvajanju programov za preventivo, izobraževanje in ozavešča-

nje, spodbujanje zdravega življenjska sloga ipd., kar lahko zmanjša obremenitev formalnega zdravstvenega sistema.

**Integrirana zdravstvena oskrba:** Namesto zdravstvenih storitev, ki se opravljajo izolirano, integrirana oskrba združuje različne izvajalce v zdravstvenem sistemu, da bi pacientom zagotovila celostno in povezano oskrbo. To ne pomeni le fizičnega združevanja storitev, ampak tudi koordinacijo med primarno oskrbo, specialističnimi storitvami, socialno oskrbo in podporo v skupnosti (učinkovito deljenje podatkov in informacij med različnimi zdravstvenimi (različne ravni) in socialnimi organizacijami). Tako se izognemo podvajanju storitev, povečamo učinkovitost in izboljšamo pacientovo izkušnjo.

**Kultura delovnega okolja:** Ustvarjanje pozitivne in produktivne organizacijske kulture je ključnega pomena. Ko se zaposleni počutijo cenjene, motivirane in vključene, to privede do večje produktivnosti in učinkovitosti.

**Optimizacija delovnih procesov:** Osredotočenje na potrebe pacientov, zagotavljanje, da so procesi prilagojeni za izvajanje najboljše možne zdravstvene oskrbe, optimizacija delovnih nalog (s postavljanjem ciljev, npr. zmanjšanje čakalnih dob, izboljšanje zadovoljstva pacientov, obvladovanje stroškov, določitev kazalnikov za spremljanje napredka), standardizacija postopkov, uporaba novih tehnologij (npr. elektronski karton in terapevtski list, telemedicina), sodelovanje in komuniciranje, učenje iz napak, agilnost pri odzivanju na spremembe.

**Stimulativno nagrajevanje:** Pravično in konkurenčno plačilo (sprememba zakonodaje), ki odraža kvaliteto in obseg dela, je ključno za zadržanje in motiviranje obstoječega kadra ter privabljanje novih talentov.

**Inovativne tehnologije in metode zdravljenja:** Z vključitvijo sodobnih tehnologij in terapevtskih pristopov lahko zdravstveni delavci izboljšajo učinkovitost zdravljenja, zmanjšajo čas hospitalizacije in pospešijo diagnostiko.

**Aplikacija umetne inteligence:** Umetna inteligenca lahko avtomatizira rutinske postopke, omogoča napredne diagnostične metode in podpira zdravnike pri sprejemanju odločitev. Z

uporabo UI lahko zmanjšamo administrativno breme zdravstvenega osebja, da se le-to lahko osredotoči na delo s pacienti.

Vzpostavitev učinkovitejših postopkov za pridobivanje delovnih dovoljenj in strateška globalna partnerstva sta korak k zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe v prihodnje. S poenostavitvijo postopkov in vzpostavitvijo strateških partnerstev bi lahko pritegnili več tujih zdravnikov in zdravstvenih delavcev k izbiri Slovenije kot destinacije za delo, s čimer bi obogatili in okrepili naš zdravstveni sektor. Le z združenimi prizadevanji na nacionalni in mednarodni ravni lahko ustvarimo zdravstveni sistem, ki je kos izzivom sodobnega časa.

## 2.2 Kako povečati učinkovitost zaposlenih (zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev)

**Standardizacija postopkov:** Avtomatizacija rutinskih administrativnih nalog, zmanjševanje birokratskih ovir, ki zavirajo hitro in učinkovito delo.

**Tehnološka podpora:** Vlaganje v najsodobnejšo medicinsko opremo in tehnologijo, implementacija učinkovitih informacijskih sistemov za lažje upravljanje pacientov in podatkov, aplikacije umetne inteligence.

**Izobraževanje in usposabljanje:** Redna izobraževanja in delavnice za zaposlene, ki se osredotočajo na najnovejše prakse in tehnologije v zdravstvu. Ustvarjanje mentorskih programov za mlajše zaposlene.

**Motivacija in nagrajevanje:** Uvedba nagrajevalnih shem za zaposlene, ki presegajo pričakovane rezultate. Redne povratne informacije in priznanja za odlično delo.

**Urejeno delovno okolje:** Zagotavljanje prostorov za počitek in sprostitev med dolgimi izmenami. Uvajanje fleksibilnih delovnih ur, kjer je to mogoče.

**Sodelovanje zaposlenih:** Spodbujanje timskega dela in medsebojne podpore med kolegi. Organizacija rednih srečanj in delavnic za izmenjavo izkušenj ter reševanje problemov.

**Zdravje in dobro počutje zaposlenih:** Ponudba programov za ohranjanje duševnega in fizičnega zdravja zaposlenih. Organizacija delavnic na

temo obvladovanja stresa in skrbi za duševno zdravje.

**Strateška globalna partnerstva:** Vzpostavitev partnerstev z mednarodnimi zdravstvenimi institucijami za izmenjavo znanj in primerov dobre prakse. Olajšanje postopkov za pridobivanje tujih strokovnjakov in njihovo integracijo v slovenski zdravstveni sistem.

**Standardi in normativi:** Razvoj in uvajanje standardov ter normativov zdravstvenih storitev, ki omogočajo učinkovitost in jasnost pri izvajanju zdravstvenih storitev.

**Prenova plačevanja zdravstvenih storitev:** Uvajanje sistema plačevanja zdravstvenih storitev po rezultatih zdravljenja, kar spodbuja kakovost in uspešnost.

**Sodelovanje z zasebnim sektorjem:** Omogočanje sodelovanja s samostojnimi podjetniki in družbami z omejeno odgovornostjo, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, za zagotavljanje določenih zdravstvenih storitev ali izboljšanje obstoječih procesov.

Pri dosedanjih sistemskih spremembah, ki so bile namenjene doseganju večjega zdravja prebivalstva in so dolgoročna naložba za zdravje ljudi in naše zdravstvo, nismo upoštevali povečanih kadrovskih potreb, ki so jih narekovale omejene spremembe. Tak primer je bilo uvajanje referenčnih diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov v reševalnih vozilih in urgentnih zdravnikov, ko smo na novo vzpostavili delovišča in delovna mesta v zdravstvenem sistemu, v izobraževalnem sistemu pa nismo predvideli in zagotovili dodatnih kadrovskih virov. To se zgodi, ko se ukrepi izvajajo parcialno, nesistemske in nekonsistentno ter se odgovarja na pritiske interesnih skupin.

Zaradi izstopajočega kadrovskega problema in vse širše uporabe informacijskih tehnologij ter vedno večjega spektra podatkov pri sleherni odločitvi se intenzivno stremi k digitalizaciji, avtomatizaciji in uporabi umetne inteligence. Očitno brez umetne inteligence (UI) v bodoče ne bo šlo.

UI lahko pomaga pri zagotavljanju zdravstvenih storitev na daljavo (telemedicina) ali svetovanju pacientom prek virtualnih asistentov (virtualni zdravstveni pomočniki). Algoritmi UI lahko izboljšajo diagnostiko, analizirajo medicinske slike (npr. MRI, CT) z visoko natančnostjo, saj lahko prekašajo zdravnike v hitrosti in natančnosti diagnosticiranja določenih stanj. S pomočjo analize velikih količin podatkov lahko UI predvidi izbruhe bolezni, hospitalizacije ali druge zdravstvene dogodke. UI analizira genetske, biokemične in klinične podatke pacientov, da predlaga personalizirane terapevtske rešitve ter s tem pomaga pri identifikaciji optimalnih terapevtskih pristopov in razvoju novih zdravil.

Z orodji, ki jih prinaša UI, je možna avtomatizacija rutinskih nalog, kot so ponavljajoče se administrativne naloge, npr. načrtovanje terminov pregledov, beleženje podatkov in analiza testov.

Pri uporabi UI se odpirajo etične dileme in vprašanja odgovornosti. Za zagotovitev odgovornosti je treba implementirati jasne regulative in protokole, ki opredeljujejo odgovornosti proizvajalcev programske opreme, zdravnikov in drugih deležnikov. Pomembno je vzpostaviti sistem sledljivosti in revizije delovanja algoritmov. Vsak algoritem UI mora izpolnjevati stroge standarde glede zasebnosti in varnosti podatkov. Kriptografirani in anonimizirani podatki morajo zagotoviti varovanje osebnih podatkov pacientov.

Kljub avtomatizaciji je nujno, da zdravstveni izvid, ki ga predlaga UI, dobi potrditev človeka – naj si bo to zdravnik ali drug strokovnjak. Za odpravo pristranskosti in neenakosti je potrebno redno testiranje in prilagajanje algoritmov. Sodelovanje z etnografi, sociologi in drugimi strokovnjaki bo pomagalo pri prepoznavanju in odpravljanju morebitnih pristranskosti. UI se mora uporabljati kot orodje, ki dopolnjuje, ne pa nadomešča človeški stik. Izobraževalne vsebine za zdravnike in zdravstvene delavce morajo poudarjati pomen človeškega stika in empatije v zdravstveni oskrbi.

### 2.3 Kako izboljšati poslovanje javnih zdravstvenih zavodov

**Posloводства:** Kako v leto 2024? Katera managerska orodja imajo posloводства javnih zdravstvenih zavodov vseeno na voljo?

**Finančna orodja:** Sistemsko spremljanje finančnega načrta, sistemsko spremljanje doseganja ciljev, analiza stroškov in prihodkov, obvladovanje financ.

**Kadri:** Sistemsko upravljanje kadrov, razporejanje delovnega časa (urniki), spremljanje načrtov izobraževanja in usposabljanja, vrednotenje uspešnosti zaposlenih (ocenjevanje uspešnosti, letni razgovori, redna delovna uspešnost).

**Sistemi za upravljanje bolnišničnih virov:** Upravljanje kapacitet (ang. bed management), opreme, zalog in drugih pomembnih virov za zagotavljanje učinkovite zdravstvene oskrbe.

**Informacijski sistemi:** Elektronska zdravstvena dokumentacija (HIS, CRPP), sodoben poslovni informacijski sistem (ERP).

**Sistemi za sledenje kakovosti:** Orodja za spremljanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter zagotavljanje skladnosti s standardi (mednarodni standardi kakovosti, mednarodne zdravstvene akreditacije).

**Analitična orodja:** Programska oprema za analizo podatkov (odklonov), ki pomaga pri boljšem razumevanju trendov in sprejemanju odločitev na podlagi podatkov tako na zdravstvenem kot nezdravstvenem področju.

Poslovodni delavci (managerji) so slabše plačani od zdravnikov in vodstvenih kadrov v zdravstveni negi (slabše so plačani od 20 do 30 % zaposlenih) ter nosijo odgovornost za odklone, nimajo pa sodobnih managerskih orodij, da bi javne zdravstvene zavode usposobili za izzive sodobnega časa in prihodnosti.

### 2.4 Ali lahko povečamo učinkovitost s spremembo in optimizacijo delovnih procesov? (Kakšne so notranje rezerve?)

Optimizacija delovnih procesov je stalnica vsake urejene organizacije in ključna za izboljšanje njene učinkovitosti (kako dobro organizacija opravlja svoje naloge ali dosega cilje) ter pro-

duktivnosti (kako dobro organizacija izkorišča svoje vire). Cilj optimizacije procesov v zdravstvenem sektorju so boljši rezultati za paciente. Z analiziranjem obstoječih delovnih procesov (mapiranje) s pomočjo diagramov poteka dela se identificirajo morebitne pomanjkljivosti, zastoji ali nepotrebni koraki.

Uvesti je treba standardizirane postopke za pogoste naloge ali situacije, kar zmanjšuje variabilnost in povečuje predvidljivost – npr. elektronski vpis pacienta. Uporaba informacijskih tehnologij omogoča avtomatizacijo rutinskih in administrativnih nalog, ki sprosti čas zdravstvenih delavcev za delo s pacienti (npr. prepoznavna govora). Ustvarjanje multidisciplinarnih timov, ki združujejo strokovnjake različnih področij, lahko poveča učinkovitost pri obravnavi pacientov z več boleznimi ali pri kompleksnih postopkih – geriatrični oddelki. Zagotovo je pomembno nenehno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih o najboljših praksah in novih tehnikah, ki omogoča nenehno izboljševanje postopkov, npr. fast track kirurgija. Uvesti je treba mehanizme za zbiranje povratnih informacij od zaposlenih in pacientov z namenom pravočasnega odkrivanja težav in priložnosti za izboljšave (sistem kakovosti). Pri prizadevanju za trajnostni razvoj in stroškovno učinkovitost je uporabna metoda »lean« za zmanjšanje nepotrebni korakov v procesih in povečanje dodane vrednosti. Postopno se uveljavlja uporaba digitalnih tehnologij za zagotavljanje zdravstvene oskrbe na daljavo, kar zmanjšuje potrebo po fizičnih obiskih in povečuje dostopnost storitev (telemedicina, e-posvet, telemetrija). Smiselno je tudi združevanje določenih storitev ali funkcij na centraliziranih lokacijah (specializacija izvajalcev, centralizacija storitev) za povečanje učinkovitosti in zmanjšanje stroškov – administracija in vložišče ter za sočasno doseganje boljše obravnave za pacienta. Pomembno je delegiranje odločanja na nižje ravni (decentralizacija odločanja), kjer imajo zaposleni neposreden stik s pacienti, kar omogoča hitrejšo in bolj prilagodljivo odločitve, npr. odpiranje specialističnih ambulant. Ob vse večjem pomanjkanju kadra in vedno bolj zaostrenih razmerah na trgu dela je pomembna tudi fleksibilnost delovnih urnikov. S tem se lahko bolje prilagodimo



obremenitvam in potrebam pacientov (urgentni centri, oddelki za nalezljive bolezni).

**Financiranje:** Pogoji za vzdržno poslovanje javnih zdravstvenih zavodov so vse zahtevnejši. Poleg izzivov na področju kadrov in urejanja ter posodabljanja procesov je ob inflaciji vse težje obvladovati rasti stroškov blaga in storitev, saj se cene ZZZS ne usklajujejo ažurno.

### 2.5 Kako se soočiti z rastjo stroškov

**Energetska učinkovitost:** Energetska sanacija objektov javnih zdravstvenih zavodov ter uvedba energetske in na sploh stroškovno varčnih procesov in zdravstvenih storitev. Prehod na obnovljive vire energije in investicija v energetske učinkovite opremo – menjava energenta v kuhinji in ogrevanju, sončni paneli, energetske varčne električne naprave.

**Skupno naročanje in nacionalni razpisi:** Uvedba skupne službe za javno naročanje, informatiko in pravne pomoči. Pripravljati skupne javne razpise za naročanje standardiziranih storitev in materiala. Nacionalni razpisi za zdravila, energente, investicije in drago medicinsko opremo.

**Finančne strategije:** Dolgoročno finančno načrtovanje, ki upošteva inflacijo in naraščajoče stroške.

**Optimizacija delovnih procesov:** Skupne notranjerevizorske službe, ki pomagajo bolnišnicam pri odpravljanju slabih praks in prepoznavanju ter širjenju dobrih praks. Na notranjo revizijo je treba gledati kot na orodje, ki poslovodstvo opozarja na točke v procesu, kjer kontrole niso vzpostavljene, in poda priporočilo, kako jih vzpostaviti. Poslovodstvo pripravi ukrepe in jih izvede z namenom obvladovanja tveganj v poslovnih procesih.

**Zakonodaja:** Priprava predlogov za zagotovitev boljše zakonske podlage za delovanje in plačilo poslovodstev (preko Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije).

Analize kažejo, da bo naša zdravstvena blagajna zaradi demografskih sprememb in naraščajočih stroškov za zdravstvo vzdržna največ do leta 2027 (Statistični urad RS). Pomemben del financiranja se bo moral prenesti na proračun RS, kar pomeni, da mora država najti dodatne vire za financiranje javnega zdravstva, ki bodo

bolj razpršeni, da financiranje ne bo v tako veliki meri odvisno od gospodarskih nihanj (zaposlenosti).

Spremenjena statusna oblika javnih zdravstvenih zavodov ter poslovodska in strokovna samostojnost le-teh lahko omogočita zagotavljanje finančne vzdržnosti našega zdravstvenega sistema.

**Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov:** v iskanju optimalnega modela

Zavedanje, da so trenutni modeli postali zastareli, narekuje potrebo po celostnem premisleku o tem, kako organizirati zdravstveni sistem v letu 2030.

Analiza obstoječih modelov

- **Javni zdravstveni zavodi (JZZ):** Zgodovinsko gledano je ta model hrbtnica slovenskega zdravstva. Zakon o javnih zdravstvenih zavodih, sprejet leta 1992, je postavil temelje, na katerih deluje današnje zdravstvo. JZZ se soočajo z mnogimi izzivi. Zakonodajne omejitve omejujejo njihovo konkurenčnost in prilagodljivost, kar se kaže v težavah pri pridobivanju kvalificiranega kadra, ohranjanju inovacij in odzivanju na sodobne zdravstvene potrebe. Financiranje in struktura plač ne odražata kompleksnosti in zahtevnosti dela v zdravstvu.
- **Javno-zasebno partnerstvo (JZP) ali koncesionarstvo:** Kljub temu da delujejo v okviru javne mreže, imajo koncesionarji več fleksibilnosti pri izbiri zaposlenih, plačah, nabavi potrebnega materiala in storitev ter investicijah. Seveda ta model ni brez slabosti. Kritiki opozarjajo na pomanjkanje preglednosti, možne zlorabe in odsotnost nekaterih ključnih obveznosti, ki jih imajo JZZ.
- **Zasebni zdravstveni ponudniki:** Ponudba zasebnih zdravstvenih storitev je omejena zaradi nizke kupne moči večine slovenskih državljanov, kar omejuje njihov obseg poslovanja, konkurenčnost in možnosti za širitev.

Možne poti naprej

- **Transformacija JZZ v avtonomne zdravstvene institucije:** Po tem modelu bi država ali lokalna skupnost ostala ustanoviteljica

ca in lastnica, vendar bi zavodom dala več avtonomije. To bi omogočilo vzpostavitev sodobnih poslovnih modelov ter izboljšanje v smislu odgovornosti, transparentnosti, učinkovitosti, uspešnosti, produktivnosti, zaposlovanja, naložb in inovacij. Ključnega pomena bi bilo postaviti cilje (jasno zapisane, merljive) in spremljati njihovo uresničevanje.

- **Koncesije za JZZ:** Zasebni sektor bi s tem pristopom prevzel več odgovornosti in vodenja JZZ. Kljub potencialnim koristim v smislu učinkovitosti in inovacij je tu potrebna previdnost, da se zagotovita ustrezna kakovost zdravstvene oskrbe in enakost dostopa za vse državljane.

Slovenija stoji na prelomnici glede svojega zdravstvenega sistema že dalj časa. Medtem ko obstoječi modeli kažejo svojo starost in omejitve, ponujajo tudi možnosti za oblikovanje bolj dinamičnega, odzivnega in pravičnega sistema. Pomembno je, da se pri oblikovanju prihodnosti zdravstva v Sloveniji osredotočimo na potrebe pacientov, pravičnost, kakovost oskrbe in trajnostno financiranje. Izzivi so številni, vendar lahko slovensko zdravstvo s pravim vodstvom, jasnimi cilji in sodelovanjem vseh deležnikov doseže cilj, ki smo se mu zavezali kot država – javno zdravstvo, na katerega smo lahko ponosni.

## 2.6 Finančna vzdržnost zdravstvenega sistema starajoče se družbe – slovensko zdravstvo 2030

Finančna vzdržnost zdravstvenega sistema starajoče se družbe je tematika, ki zahteva premišljen pristop in večdimenzionalne rešitve.

### Vzpostavitev košarice pravic osnovnega (obveznega) zdravstvenega zavarovanja:

- **Košarica A:** Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije krije vse osnovne zdravstvene storitve v celoti. To vključuje nujno medicinsko pomoč, preventivne preglede in osnovne storitve.
- **Košarica B:** Zdravstvene storitve so razdeljene na tri podskupine glede na ekonomske zmožnosti pacienta:

- Podskupina 1: Posameznik krije 30 % stroška storitve.

- Podskupina 2: Posameznik krije 70 % stroška storitve.

- Podskupina 3: Posameznik krije 100 % stroška storitve.

Za tiste pod pragom revščine proračun krije vse stroške storitev v Košarici B.

- **Dodatno zdravstveno zavarovanje:** Dodatna zavarovanja, ki krijejo storitve, ki niso zajete v košaricah pravic osnovnega (obveznega) zdravstvenega zavarovanja.
- **Preventivni programi:** Aktivno promoviranje in financiranje preventivnih programov. To lahko zmanjša potrebo po zapletenem zdravljenju v prihodnosti in s tem povezane stroške.
- **E-zdravje:** Digitalizacija zdravstva z elektronskimi karticami pacientov, telemedicino in drugimi tehnologijami, kar lahko zmanjša stroške in izboljša učinkovitost sistema.
- **Izobraževanje:** Ozaveščanje prebivalstva o pomembnosti zdravega življenjskega sloga, pravilne prehrane in redne telesne aktivnosti.
- **Povezave z zasebnim sektorjem:** Sodelovanje z zasebnimi zdravstvenimi ustanovami za zagotavljanje določenih storitev, s čimer se lahko razbremeni javni sektor.
- **Prilagoditev storitev starejšim:** Razvoj posebnih programov in storitev, prilagojenih potrebam starejših, s čimer se lahko poveča učinkovitost zdravljenja in skrbi za to populacijo.

S kombinacijo teh rešitev in dodatnih predlogov bi lahko ustvarili bolj vzdržen, učinkovit in prilagodljiv zdravstveni sistem, ki bi ustrezal potrebam starajoče se družbe.

Cilj je zagotoviti univerzalno dostopno javno zdravstvo v ustreznem času, ki smo ga kot država sposobni dolgoročno vzdržno financirati. V ta namen je nujno povečati preventivne aktivnosti za doseg boljšega zdravja Slovencev, izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe, učinkovito upravljati zdravstvene organizacije in vire (kadrovske, infrastrukturne in opremo) ter zagotoviti stabilno financiranje javnega zdravstvenega sistema.





**mag. Jakob Ceglar**  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



# Prenova modelov financiranja kot prioriteta plačnika zdravstvenih storitev

## Povzetek

*Prispevek se nanaša na vsebino prenov plačevanja zdravstvenih storitev, ki sledijo ključnim ciljem, tj. dostopna, celovita, kakovostna in sodobna zdravstvena storitev. Vsebina prenov in spremljanje rezultatov uvajanja sprememb sta prikazana v okviru izbrane specialistične zunajbolnišnične dejavnosti.*

## Abstract

*The article refers to the content of the reforms in the payment of health care services, which follow the key goal, i.e. accessible, comprehensive and high-quality health care. The content of the reform and the monitoring of the results of the changes are presented in the context of the selected specialist outpatient clinic.*

## 1. UVOD

Med ključnimi aktivnostmi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) sta nadgradnja obstoječih modelov in razvoj novih modelov plačevanja zdravstvenih storitev.

V letu 2022 je ZZZS izvajalcem plačal opravljene storitve v višini 2,7 milijarde EUR, kar pomeni 65,9 % vseh odhodkov ZZZS v tem letu. 1,8 milijarde EUR je bilo namenjenih plačilu specialističnih ambulantnih in bolnišničnih storitev (44,2 % vseh odhodkov). V letu 2012 je ZZZS izvajalcem plačal opravljene storitve v višini 1,7 milijarde EUR, kar pomeni 71,0 % vseh odhodkov ZZZS v tem letu. 1,1 milijarde EUR je bilo namenjenih plačilu specialističnih ambulantnih in bolnišničnih storitev (48,1 % vseh odhodkov). Ne glede na znižanje deleža odhodkov, namenjenih plačilom izvajalcem za opravljene zdravstvene storitve, v celotnih odhodkih ZZZS je izjemno pomembno, kaj želi ZZZS s plačevanjem zdravstvenih storitev kupiti za zavarovane osebe.

Z nadgradnjami obstoječih modelov plačevanja zdravstvenih storitev in razvojem novih modelov plačevanja se v okviru ZZZS prioritarno ukvarja Področje za analitiko in razvoj, pri čemer sledi strateškemu ciljem Strateškega razvojnega programa ZZZS za obdobje 2020–2025 ter letnim programom dela.

V nadaljevanju prispevka so opredeljeni cilji sprememb na področju plačevanja zdravstvenih storitev, ki kažejo na prednostno obravnavo le-teh, ter uporabljeni pristopi za doseganje ciljev za izbrano specialistično zunajbolnišnično dejavnost.

## 2. CILJI

ZZZS pri razvoju modelov plačevanja v največji možni meri zasleduje naslednje cilje:

- zagotoviti najboljše izide zdravljenja za paciente,
- zagotoviti enakost pacientov pri uveljavljanju pravic,
- izvajati celovite storitve za paciente in preprečevati nepotrebne obiske,
- preprečevati nepotrebne storitve,
- spodbujati kvalitetno izvajanje storitev in uporabo novejših tehnologij,

- spodbujati učinkovito izvajanje storitev in gospodarno porabo materialov,
- določiti realne cene storitev,
- minimizirati administrativne obremenitve,
- zagotoviti podlage za enostaven in učinkovit nadzor.

Razvrstitev ciljev v Donabedianov koncept kakovosti v zdravstvu pokaže, da so izpostavljeni cilji del strukture, procesov in rezultatov.

Enostavnejša opredelitev kot cilj razvoja modela plačevanja izpostavlja izboljšanje dostopnosti zdravstvenih storitev ter povečanje celovitosti in kakovosti obravnav v skladu z najnovejšimi medicinskimi praksami. Vsebina, ki jo ZZZS želi »kupiti« od izvajalcev zdravstvenih storitev za zavarovane osebe, se primarno nanaša na dostopne, celovite in kakovostne sodobne zdravstvene storitve.

## 3. PRISTOPI

Pred pripravo celovite spremembe plačevanja zdravstvenih storitev specifične dejavnosti ZZZS dejavnost analizira na petih področjih (zmogljivosti, realizacija programa, celovitost obravnav, financiranje dejavnosti in dostopnost). Tem področjem sledi tudi po uvedbi sprememb, kar omogoča primerjavo in ugotovitve o uspešnosti uvedenih sprememb.

V nadaljevanju je prikazano sledenje tem področjem za specialistično zunajbolnišnično revmatološko dejavnost (reumatologija) v prvih dveh letih po uvedbi sprememb (2019, 2020). Primerljivo upravljanje modelov plačevanja ZZZS uporablja tudi pri vseh drugih izvedenih celovitih prenovah v okviru specialistične zunajbolnišnične dejavnosti (dermatovenerologija, otorinolaringologija, pnevmologija, nevrologija, molekularna diagnostika in klinična genetika).

### 3.1 Zmogljivosti

Reumatologija je glede na pogodbeno število timov, sklenjenih med ZZZS in izvajalci, ena od manjših dejavnosti. V letu 2020 je imel ZZZS sklenjene pogodbe za izvajanje omenjene dejavnosti z osmimi izvajalci – vsi so javni zavodi. Izvajalci zadnjih pet let ostajajo isti. Zmogljivosti javne zdravstvene mreže z vidika števila izvajal-

Tabela 1: Pogodbeno število timov po izvajalcih v letih 2019, 2020 in 2021

Izvajalec	2019	2020	2021
BL SPL. BOL. DR. FRANCA DERGANCA N. GORICA	0,65	0,81	0,81
BL SPL. BOLNIŠNICA M. SOBOTA	0,4	0,8	0,8
BL SPL. BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC	0,27	0,22	0,22
BL SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	0,4	1	1
BL SPLOŠNA BOLNIŠNICA IZOLA	0,34	0,94	0,94
BL SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO	0,21	0,4	0,4
BL UKC LJUBLJANA	2,7	5,15	5,15
BL UKC MARIBOR	1,3	2,86	2,86
<b>Skupaj</b>	<b>6,27</b>	<b>12,18</b>	<b>12,18</b>

Vir: ZAS SPEC ZUBOL

Tabela 2: Plan in realizacija skupnega števila storitev in celotnih pregledov na nacionalni ravni v letih 2020 in 2021

	Plan 2020, 2021	Realizacija 2020	Indeks 2020	Realizacija 2021	Indeks 2021
Skupno število storitev	77.952	58.741	75	61.428	79
Celotni pregledi	12.180	7.372	61	7.895	65

Vir: ZAS SPEC ZUBOL

cev revmatoloških ambulantnih storitev ostajajo nespremenjene.

V letu 2019 je imel ZZS v pogodbah z izvajalci dogovorjenega 6,27 tima. Na podlagi širitve programa (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2019 kot del prenove modela plačevanja) se je pogodbeno število timov v letu 2020 povečalo na 12,18. Podatki o timih po posameznih izvajalcih so prikazani v Tabeli 1.

Ob pripravi novega modela plačevanja je ZZS v sodelovanju z obema UKC uspel povečati zmogljivosti izvajalcev specialistične zunajbolnišnične revmatološke dejavnosti za skoraj dvakrat. Povečane zmogljivosti so pripomogle k uresničevanju cilja glede boljše dostopnosti.

Pri opredelitvi predloga povečanja zmogljivosti je ZZS upošteval podatke o pretekli in predvideni prihodnji realizaciji storitev, dostopnosti v letu 2019, obstoječi kadrovski zmogljivosti izvajalcev, predvidenem upokojevanju in zaposlovanju novih specialistov ter o povprečnem razmerju dela specialista revmatologa na oddelku in v ambulanti.

## 3.2 Realizacija storitev

### 3.2.1 Skupno število storitev in celotni pregledi

Z novim modelom plačevanja je bila uvedena nova planska kategorija; plan je opredeljen v številu storitev. Plan za en tim znaša 6.400 storitev na letni ravni. Poleg tega se dodatno planirajo še celotni pregledi; na letni ravni plan za en tim znaša 1.000 pregledov.

Podatki o planu in realizaciji skupnega števila storitev in celotnih pregledov na nacionalni ravni so razvidni iz Tabele 2.

V letih 2020 in 2021 izvajalci niso realizirali planiranega skupnega števila storitev, realizacija je za planom zaostala za 25 % oziroma 21 %, kar gre pripisati vplivu pandemije.

Z vidika dostopnosti do prvega kontakta je pomembnejša planska kategorija »celotni pregledi«. V letih 2020 in 2021 izvajalci prav tako niso dosegli planiranega števila celotnih pregledov, realizacija je za planom zaostala za 39 % oziroma za 35 %.

Delež celotnih pregledov v skupnem številu realiziranih storitev je v letu 2020 znašal 12,5 %, v letu 2021 pa 13,1 %.

Podatki o realiziranem skupnem številu storitev in celotnih pregledov kažejo na pomembno slabšo dostopnost revmatoloških storitev v opazovanem obdobju. Na nacionalni ravni so izvajalci leta 2020 realizirali 4.808 celotnih pregledov manj, kot jih je bilo planiranih, v letu 2021 pa 4.285 manj, kot jih je bilo planiranih – skupaj skoraj 9.000.

Primerjava realizacije plana skupnega števila storitev in celotnih pregledov pokaže, da so izvajalci plan skupnega števila storitev realizirali v večjem odstotku kot plan celotnih pregledov. Omenjeno je v nasprotju s pričakovanji, saj je planska kategorija »celotni pregledi« in realizacija le-teh z vidika plačil opravljenih storitev pomembnejša kot realizacija skupnega števila storitev.

Primerjava planiranih in realiziranih količin pred spremembo modela in po njej ni smiselna zaradi konceptualnih razlik v modelu plačevanja tako z vidika osnovne enote plačila, opredelitve cen, vsebinskih sprememb v seznamu storitev ter tudi neprimerljivosti med spodbudami plačevanja celovitih obravnav.

### 3.2.2 Prvi in kontrolni pregledi

Vsebinsko razmerja med kontrolnimi in prvimi pregledi lahko tolmačimo z vidika celovitosti obravnave. Interes ZZZS kot zastopnika zavarovanih oseb je zavarovanim osebam izvesti celovito obravnavo v čim krajšem času in s čim manj obiski pri specialistu, kolikor je to mogoče z medicinske perspektive. V primeru, da plačnik definira okolje, ki izvajalca ne spodbuja k izvajanju nepotrebnih kontrolnih pregledov, se posledično vzpostavi možnost izvajanja dodatnih storitev v okviru planiranega skupnega števila storitev. Če plačnik dodatno opredeli spodbude za izvajanje z vidika dostopnosti dejansko najbolj potrebnih storitev, pa s tem spet povratno vpliva na neizvajanje nepotrebnih (ne samo kontrolnih pregledov) storitev.

Razmerja med kontrolnimi in prvimi pregledi na nacionalni ravni v letih 2020 in 2021 so razvidna iz Tabele 3.

Razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi je pri javnih zavodih v obeh letih znašalo pod tri, kar pomeni manj kot tri kontrolne preglede na prvi pregled.

ZZZS spremlja realizacijo prvih in kontrolnih pregledov še pred uvedbo novega modela plačevanja. Obe vrsti pregledov sta edini primerljivi kategoriji v prejšnjem in novem modelu plačevanja, zato primerjava tega razmerja pokaže potencialno dodano vrednost sprememb, uvedenih s 1. 1. 2020.

Po podatkih ZZZS je razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi na nacionalni ravni v letu 2017 znašalo 2,99, v letu 2015 pa 3,46. Primerjava z letom 2021, ko je razmerje znašalo 2,49, pokaže na znižanje razmerja za 16,7 % glede na leto 2017 oz. 28,0 % glede na leto 2015. Uvedba novega modela plačevanja je preko spodbud glede realizacije plana celotnih pregledov, v povezavi s plačilom celotne pogodbene vrednosti, doprinesla k celovitejšim obravnavam in posledično boljši dostopnosti.

### 3.2.3 Struktura programa

Poleg treh storitev, s katerimi izvajalci evidentirajo preglede, je v seznam storitev vključenih še 20 ostalih storitev. Razmerje med realiziranim skupnim številom ostalih storitev in storitev, ki se nanašajo na preglede, je v letu 2020 znašalo 1,02, leto zatem pa 1,19. (Tabela 4)

Omenjena povprečja na kumulativni ravni nakazujejo ugotovitev, da so izvajalci sledili usmeritvam ZZZS z vidika dostopnosti najpomembnejših storitev; ob izvedenem pregledu so izvajalci v povprečju dodatno realizirali in obračunali nekaj več kot eno storitev.

Tabela 3: Prvi in kontrolni pregledi ter razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi v letih 2020 in 2021

	2020	2021
Prvi pregledi	7.367	8.051
Kontrolni pregledi	21.662	20.038
<b>Razmerje kontrolni/prvi</b>	<b>2,94</b>	<b>2,49</b>

Vir: ZAS SPEC ZUBOL

Tabela 4: Razmerje med realiziranim skupnim številom ostalih storitev in skupnim številom pregledov v letih 2020 in 2021

Storitev	2020	2021
Skupaj pregledi	29.029	28.089
Skupaj ostale storitve	29.712	33.339
<b>Število ostalih storitev na pregled</b>	<b>1,02</b>	<b>1,19</b>

Vir: ZAS SPEC ZUBOL

Tabela 5: Skupno število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo na nacionalni ravni v obdobju 2018–2021

	1.1.2018	1.1.2019	1.1.2020	1.1.2021	1.1.2022
Skupno število čakajočih	3.365	2.962	3.756	5.714	5.468
Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo	1.829	1.308	1.722	4.761	4.620

Vir: Podatkovne baze NIJZ

V letu 2020 so izvajalci realizirali največ delnih pregledov (31,6 %), vpisov v nacionalni register (16,3 %) in celotnih pregledov (12,6 %). V letu 2021 so izvajalci ponovno realizirali največ delnih pregledov (30,8 %), izračunov indeksov aktivnosti bolezni (15,7 %) in celotnih pregledov (12,9 %).

### 3.3 Cene

Ob uvedbi novega modela plačevanja je ZZZS na novo opredelil cene storitev. Upoštevajoč ciljno strukturo storitev in nove cene, je planirana vrednost enega tima znašala 157.293,36 EUR na letni ravni.

V letih 2020 in 2021 ZZZS cen z vsebinskega vidika ni spreminjal, te so se spremenile iz naslova boljšega vrednotenja dela (regres in premije za dodatno pokojninsko zavarovanje).

V proučevanem obdobju so se cene storitev, ki se plačujejo v okviru plana skupnega števila storitev, povečale od 3 % do 6,6 %. Vrednost tima se je v proučevanem obdobju povečala s 157.293,36 EUR na 167.668,17 EUR, kar pomeni za 5,6 %.

Ob uvedbi novega modela plačevanja je povprečna pogodbeni cena storitve znašala 24,58 EUR. Upoštevajoč spodbudo o možnosti 100-odstotnega plačila pogodbene vrednosti

programa, če izvajalec realizira vsaj 85 % plana skupnega števila storitev in 100-odstotne realizacije plana celotnih pregledov, je povprečna pogodbeni vrednost storitve znašala 28,91 EUR.

V letu 2020 je povprečna realizirana cena storitve znašala 20,85 EUR, v letu 2021 pa 20,68 EUR, kar pomeni manj od povprečne pogodbene cene storitve (ob uvedbi novega modela je le ta znašala 24,58 EUR oz. 28,91 EUR, upoštevajoč stimulacijo doseganja plana celotnih pregledov). Primerjava povprečnih pogodbene in realiziranih cen pokaže, da je ZZZS vzpostavil ustrezno raven financiranja revmatološke dejavnosti na nacionalni ravni v letih 2020 in 2021. Ustrezna raven financiranja je nujni pogoj za izvajanje revmatoloških storitev ter s tem zagotavljanje boljše dostopnosti in celovitosti.

### 3.4 Dostopnost

Eden izmed razlogov za uvedbo novega modela plačevanja je bilo tudi stanje na področju dostopnosti. Število čakajočih na nacionalni ravni v obdobju pred uvedbo novega modela in v obdobju prvih dveh let po uvedbi je prikazano v Tabeli 5.



Skupno število čakajočih se je od 1. 1. 2020 do 1. 1. 2022 povečalo za 1.712 oziroma 45,6 %. Še bolj je poraslo število čakajočih nad dopustno čakalno dobo, in sicer za 2.898 oz. 168,3 %. Na omenjeno poslabšanje dostopnosti je vplivala manjša realizacija celotnih pregledov (tj. manjša od planirane na podlagi pogodbenih določil med ZZS in izvajalci revmatoloških storitev). Na nacionalni ravni so izvajalci leta 2020 realizirali 4.808 celotnih pregledov manj, kot jih je bilo planiranih, v letu 2021 pa 4.285 manj, kot jih je bilo planiranih – skupaj skoraj 9.000.

Vpliv obsega izvajanja storitev na primarni ravni (število izdanih napotnic v letu 2019 je bilo 7.432, v letih 2020 in 2021 pa v povprečju 7.565, kar pomeni za 1,8 % več) ni bil znaten ne na obseg opravljenih storitev na sekundarni ravni (reumatologija) ne na dostopnost.

### 3.5 Ugotovitve analiz

Analiza petih izpostavljenih področij (zmogljivosti, realizacija programa, celovitost obravnav, financiranje dejavnosti in dostopnost) pokaže, da je ZZS z uvedbo novega modela plačevanja realiziral zastavljene cilje. Z uvedbo novega modela plačevanja se je povečalo pogodbeno število timov, tj. zmogljivosti. Dodatna uvedba plana celotnih pregledov je pozitivno vplivala na število opravljenih prvih pregledov v letih 2020 in 2021. Poleg tega je nova planska kategorija vplivala na manjše število kontrolnih obiskov, kar pomeni izboljšanje celovitosti obravnav. ZZS je zagotavljal tudi primerno financiranje.

## 4. ZAKLJUČEK

Celovite spremembe plačevanja zdravstvenih storitev so ena izmed ključnih aktivnosti ZZS, katerih namen je povečati dostopnost, celovitost in kakovost obravnav v skladu z najnovejšimi medicinskimi praksami.

Omenjene analize ZZS izvaja pred uvedbo celovitih sprememb plačevanja in po uvedbi, in sicer za vsako dejavnost, ki se prenavlja. Zatečeno stanje predstavlja ključno podlago za opredelitev sprememb, orientiranih preko izvajalcev do zavarovanih oseb.

V dveh do treh letih bo ZZS prenovil večino modelov plačevanja na področju specialistične ambulantne dejavnosti.

**Jure Brankovič**  
Zdravniška zbornica Slovenije



# Krizno komuniciranje ali zakaj se je Napoleon bolj bal časopisov kot bajonetov

## Povzetek

Premalo časa, preveč vprašanj in hitro sprejemanje odločitev so resničnost, s katero smo soočeni v času krize. Komuniciranje postane ena od prioritetenih aktivnosti, ki lahko s stopnjevanjem dogodkov eksponentno raste. Digitalizacija družbe je pospešila in spremenila ustaljene komunikacijske poti z mediji v asimetrično komunikacijsko okolje. V času infodemije je postal medij vsakdo z dostopom do spleta, na katerem se čas nikoli ne ustavi. Pojavljajo in ponavljajo se delne in netočne informacije, javno obravnavo lahko dojemamo kot neučakano, strogo ali celo nedobronamerno. Čeprav se na vse vidike krize ni mogoče popolnoma pripraviti vnaprej, krizni dogodki niso vedno povsem nepredvidljivi. Načrtovanje lahko vzpostavi temelje, porazdeli naloge in preigra možnosti odziva ter s tem minimalizira nastalo škodo. V vsakem obdobju so bili uspešni tisti voditelji, ki so to spoznali.

## Abstract

*Lack of time, too many questions, and quick decision-making are the realities we face in times of crisis. Communication becomes one of the priority activities, which can grow exponentially as events escalate. The digitization of society has accelerated and changed established communication channels with the media into an asymmetric communication environment. Smartphones have altered the very structure of society. In the era of the infodemic, everyone with access to the web has become a news source of information for the public. Partial and inaccurate information can appear without any responsibility. Any small mistake can be perceived as a huge problem in the eyes of public opinion. It is impossible to fully prepare for all aspects of a crisis. But even when crises are surprising, they are not always unpredictable. The distribution of tasks and practices can minimize the resulting damage. The leaders in history who realized these basic facts are seen today as the winners.*



## 1. UVOD: ZAKAJ SPLOH?

Zavedanje o pomenu komuniciranja ni novo. Bolj se je bati štirih sovražnih časopisov kot tisočih bajonetov, naj bi dejal Napoleon Bonaparte. Novo pa je stanje v družbi, kjer krizne razmere namesto ob izrednih dogodkih veljajo praktično vsak dan. Od pojava televizije se poročila začelnjajo s pozdravom dober večer, ki jim sledi slaba ura naštevanja, zakaj večer ne bi smel biti dober. Končajo pa s stavkom: »Želimo vam še naprej lep večer.« Cilj priprave vsebin za televizijo je pridobivanje pozornosti javnosti. Gledalcem ponudi svoj program, oni njej pozornost, ki jo lahko proda oglaševalcem. Več ko je pozornosti gledalcev (gledanost), višji so prihodki medijske hiše. Ker so slabe novice praviloma bolj gledane od dobrih, sledijo navadam gledalcev/potrošnikov. Lastniki družbenih omrežij so ta trend posvojili, saj so navade uporabnikov družbenih medijev primerljive navadam televizijskih gledalcev. »Enragement equals engagement (Jeza prinaša pozornost, op. a.)« in »If it bleeds, it leads (Več krvi, več branosti)« sta uveljavljena izreka, ki ju potrjujejo tudi študije. »Slabe novice pridobijo več pozornosti kot pozitivne, ne glede na politično orientiranost medijskih hiš. Slabe novice se hitreje širijo skozi omrežje Twitter (danes omrežje X, op. a.), zato izsledki pritrjujejo dejstvu, da imajo slabe novice večji vpliv na pozornost in vedenje posameznikov kot dobre novice,« so zapisali avtorji študije.<sup>1</sup> Izredne razmere so z vidika pričakovanj javnosti in medijev od nekoč občasnega postale danes vsakodnevni pojav. Vse je izredno, ekskluzivno in sveže razkrito. Ker na tak način komunikacije (večinoma) v zdravstvu nismo pripravljeni, smo izpostavljeni javni in medijski obravnavi, na katero pogosto nimamo odgovora.

Ministrstvo za zdravje je v Načrtu odzivanja zdravstva ob naravnih in drugih nesrečah<sup>2</sup> predvidelo, da se v tovrstnih primerih »povežejo službe za odnose z javnostmi prizadetih javnih zdravstvenih zavodov, da komunicirajo usklajeno in enotno«. Podobno sledi iz Smernic za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah. »Za preprečevanje dezinformacij in obtožb o nesodelovanju stroke pri obveščanju javnosti je dobro že vnaprej izdelati natančen načrt obveščanja medijev in javnosti.

Pripravo tega načrta prevzame služba za stike z javnostjo. Ob nesreči je za odločitev o dajanju in vsebini informacij odgovorna bolnišnična poveljniška skupina (oziroma nadzorni zdravnik). Ob nesreči je treba zagotoviti stalne stike z mediji in novinarji.«<sup>3</sup>

Pri pisanju načrtov ni upoštevano, da z izjemo redkih (trenutno treh) zavodov v državi tovrstne službe ne obstajajo, zavodi zanje nimajo namenskih sredstev ali interesa za njihovo delovanje. Zdravniki večinoma niso dodatno usposobljeni za komuniciranje z mediji. S tem je deloma povezana tudi splošna podoba zdravstva in ugled posameznih poklicnih skupin v javnosti. (Slika 1)

Naše sporočilo, da imajo ljudje v danem trenutku na voljo najboljšo dostopno oskrbo, je težko uveljaviti zaradi številnih nasprotujočih si interesov in pričakovanj. Ni vsem v interesu, da naše javno zdravstvo v javnosti velja kot varno in uspešno ne glede na večino mednarodnih primerjav, ki to tudi potrjujejo. Ob tem pogosto delamo napako, saj komuniciramo, kako dobre so nekatere rešitve in pametni njihovi avtorji, namesto da bi znali povedati, kako bodo vplivale na ljudi in tiste, ki so jim blizu.<sup>4</sup>

Mediji in družbena omrežja so polni delnih podob, ki vplivajo na zaposlene, odločevalce in partnerske organizacije. Zanimarjanje komuniciranja povzroča resne posledice in podrejen položaj do tistih, ki so se ga načrtno lotili. Le z načrtnim komuniciranjem lahko ohranimo ugled in zaupanje, ki sta ključna za uspešno delo, financiranje in pridobivanje novih kadrov.

<sup>1</sup> Young, Nathaniel A., *Left- and Right-Leaning News Organizations' Negative Tweets are More Likely to be Shared*, str. 6.

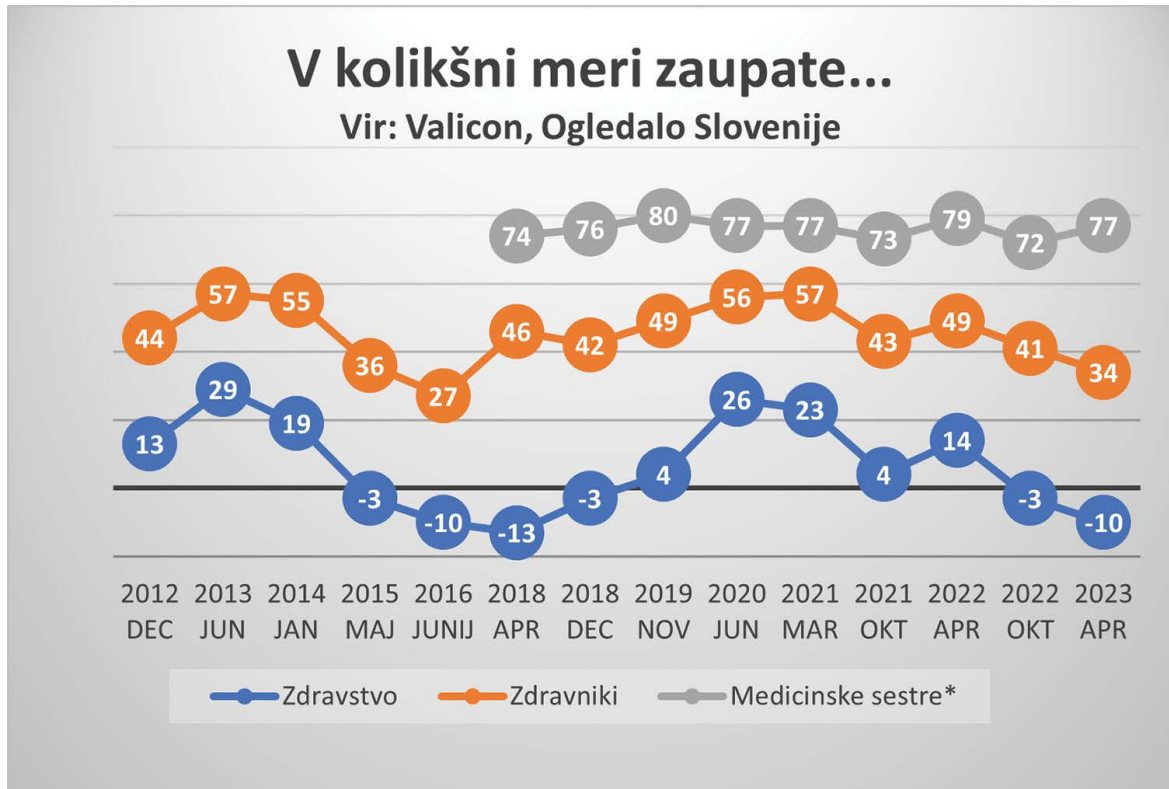
<sup>2</sup> Načrt odzivanja zdravstva ob naravnih in drugih nesrečah v Republiki Sloveniji, str. 34.

<sup>3</sup> Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, str. 62.

<sup>4</sup> Riggulsford, Myc. *Health and Medical Public Relations*, str. 56.

Slika 1: Zaupanje se meri na štiristopenjski lestvici, od »sploh ne zaupam« do »zelo zaupam«. Če bi vsi odgovorili, da nekomu zelo zaupajo, bi bila stopnja enaka 100, nasprotno bi bila stopnja zaupanja –100. V letu 2012, ko je bilo zdravstvo prvič vključeno v raziskavo, je imelo oceno 13, zdravniki pa oceno 44. Zaupanje je padlo v času več odmevnih medijskih zgodb in rastle med epidemijo. V zadnji raziskavi ima zdravstvo stopnjo zaupanja –10, zdravniki pa 34. V vsakokratni raziskavi je sodelovalo med 500 in 1200 vprašanih po reprezentativnem vzorcu za slovensko populacijo od 18 do 75 let.

\*Meritve za medicinske sestre potekajo od leta 2018.<sup>5</sup>



## 2. SVET 2023

Mediji danes niso več samo medijske hiše in novinarji. Najbolj množičen medij je postal mobilni telefon, ki je hkrati najbolj spremljan ponudnik ter hkrati največji generator novic in informacij. Tako med našimi zaposlenimi in strankami kot tudi za medije. Lažen hrup in klevete širša javnost pogosto povzame po objavah posameznikov brez kritične presoje, saj se hitrost pretoka informacij ne sme prekiniti s preverjanjem dejstev.<sup>6</sup>

Slovenski trendi sledijo svetovnim. Časnik Delo je leta 2004, ko je denimo nastal Facebook, povprečno prodal 78.125 izvodov dnevno. Danes je naklada padla na 18.302 izvodov<sup>7</sup>, Facebook pa je iz majhnega lokalnega omrežja v ZDA postal globalno omrežje globalne korporacije, ki ima v Sloveniji med 900 tisoč in 1,3 milijona uporabnikov<sup>8</sup>. Obiskanosti spletnih medijev rastejo.

Mesečno obišče najbolj obiskano spletno stran 24ur.com več kot milijon različnih uporabnikov, povprečni dnevni doseg je bil septembra 447.322 oseb. Na njej se je bralec dnevno zadržal slabih sedem minut.<sup>9</sup> Digitalno postaja vse bolj mobilno, saj 46 % bralcev digitalno verzijo časopisa ponavadi bere na računalniku, 54 % pa na mobilnem telefonu ali tablici.<sup>10</sup> Podobno do denimo spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije 53 % oseb dostopa preko mobilnega

<sup>5</sup> Valicon Ogledalo Slovenije – pomlad 2023, dostopno na <https://www.valicon.net/sl/2023/04/valicon-ogledalo-slovenije-pomlad-2023/>.

<sup>6</sup> Larchet, Epidemija novih medijev (2022), str. 43.

<sup>7</sup> Slovenska oglaševalska zbornica – Revidiranje prodanih naklad, letno poročilo družbe Delo 2022.

<sup>8</sup> Ocena NapoleonCat: <https://napoleoncat.com/stats/facebook-users-in-slovenia/2022/01/>.

<sup>9</sup> Rezultati MOSS, Valutni podatki o obiskanosti spletnih mest.

<sup>10</sup> Aktualni podatki o branosti tiskanih medijev Mediana TGI 2022, objavljeno 1. marca 2023.

telefona, 46 % preko računalnika in 1 % preko tablice.<sup>11</sup>

Slovinci na spletu preživimo v povprečju 4,6 ure na dan; 43 % tega časa namenimo brskanju po odprtem spletu, 57 % pa tako imenovanim ograjenim vrtovom (večinoma družbenim omrežjem), je pokazala raziskava o medijski potrošnji za leto 2022 v Sloveniji.<sup>12</sup> Analiza dosegov spletnih medijev je pokazala, da na odprtem spletu vprašani najpogosteje brskajo po novičarskih spletnih straneh (80 %), vsebinskih spletnih medijih (63 %) in spletnih trgovinah (62 %). Najpogosteje uporabljena medija v ograjenih vrtovih pa sta Facebook (uporablja ga 72 % vprašanih) in YouTube (66 %).

### 3. JAVNOST NI ENA

Javnosti je več. Na svoj način moramo komunicirati z zaposlenimi, na drugačen s pacienti in svojci, ključnimi odločevalci (občina, država, ZZS), partnerskimi organizacijami ter s širšo javnostjo preko medijev in družbenih omrežij. Starega trikotnika, ko smo komunicirali le z zaposlenimi in mediji, ni več. Komunikacija postaja vse bolj asimetrična in poteka na številnih ravneh skozi številne kanale. Uvajanje spleta in pametnih telefonov v neposreden prenos informacij je težavo s pomanjkanje verodostojnih virov še povečalo.

Praksa »zaposleni najprej« v komuniciranju pomeni, da bo naše osebje prvo s strani vodstva organizacije obveščeno o naših načrtih in bo seznanjeno s ključnimi informacijami pred zunanjimi javnostmi, kadarkoli bo to mogoče. Sporočila morajo biti jasna, osredotočena, kratka, jedrnata in enotna. Komunikacija z zaposlenimi poteka dvosmerno skozi različne kanale, od osebnih srečanj do digitalnih možnosti, vprašanja so odgovorjena s konkretnimi pojasnili. Skrb za ugled je odgovornost celotnega osebja, ne samo komunikacijske ekipe. S skupnim in usklajenim delom se preprečijo napake pri razumevanju odgovornosti in poslanstva ter lahko ustavi objava neresničnih ali nasprotujočih si informacij, ki uničujejo kredibilnost in zaupanje pri zaposlenih in zunanjih javnostih.

Druga javnost zdravstvenih zavodov so v primeru krize »lastniki«, torej predstavniki upravi-

telja – države ali občine. Del izrednih dogodkov je treba sporočiti Ministrstvu za zdravje skladno z zakonodajo. Tudi o vseh ostalih dogodkih je smiselno konkretne odločevalce (člane sveta, ministrstvo, župana) obvestiti takoj oziroma čim prej in s tem preprečiti, da bo njihov prvi stik z informacijami prišel v nepopolni obliki preko medijev ali družbenih omrežij. Enako velja za denimo svet pacientov ali druge oblike organiziranih skupnosti, ki jih zadeva delo našega zavoda.

### 4. KAKO SE LOTITI KRIZE?

Pri pripravi strategije odziva na krizo velja pravilo »dober načrt danes je boljši kot popoln načrt jutri«. Ekipo kriznega komuniciranja je nujno oblikovati vnaprej, vsekakor jo morajo sestavljati ključne osebe organizacije. Imeti morajo glavne informacije, ustrezna navodila in primerno pripravo. Kontaktne osebe za posredovanje informacij javnosti morajo biti določene, naloge pa razdeljene. V ekipo je pomembno vključiti tudi najbolj prepoznavne osebe organizacije (direktor, strokovni vodja, vodja izmene, predstojnik oddelka), na katere javnost ob omembi naše organizacije pomisli najprej. Gre za ljudi, ki že imajo vzpostavljen odnos zaupanja in verodostojnosti pri komuniciranju z mediji ali zaposlenimi. Nasprotno pa se posamezniki, ki imajo samo delne informacije, v medijih ne smejo pojavljati, predvsem pa ne kot uradni govorniki zavoda.<sup>13</sup>

Vnaprej pripravljene vsebine (ki so nastale pred krizo kot del priprav) predstavljajo organizacijo in njeno dosedanje delo, iz česar se izkaže, da ima ta dobre projekte in da dobro deluje. S statističnimi podatki lahko pokažemo, da je določen primer zgolj posamezen eksces v siceršnjem dobrem delu organizacije in da kriza ni običajno stanje, temveč zgolj izjemen dogodek. Posebno razlagalno gradivo se pripravi tudi ob pojasnje-

<sup>11</sup> Podatki Google Analytics za čas med 6. septembrom in 3. oktobrom 2023.

<sup>12</sup> iPROM in Valicon sta raziskavo o medijski potrošnji v Sloveniji za leto 2022 izvedla avgusta 2022. V raziskavi je sodelovalo 1708 uporabnikov spleta v starosti od 15 do 75 let. Več v Marketing Magazin, november 2022, str. 50–51.

<sup>13</sup> Povzeto po Brankovič, Jure: Priročnik za odnose z javnostmi v zdravstvu.

vanju dogodkov (denimo kronologija pomembnejših odločitev/dogodkov v posameznem primeru). Vsebuje naj resnične podatke o dogodku in predvsem informacije, kako je organizacija ob dogodku ukrepala.

Vaje predstavnikov organizacij jim bodo ob soočenju z različnimi situacijami omogočile osredotočenost na vsebino dogodka, saj ne bodo obremenjeni s situacijo, v kateri nastopajo prvič. Govorce je smiselno vnaprej pripraviti na novinarske konference, soočenje z agresivnimi ali nevednimi sogovorniki, pogledom v kamero in govorom v mikrofoni. Vaje retorike in javnega nastopanja jim bodo pomagale premagati strah pred množico in govorne napake, zaradi katerih bi lahko sicer izpadli neresni ali nevedni zaupanja. Vaje množičnih nesreč lahko popestrimo z osebo, ki igra novinarja in se pojavi s kamero in vprašanji ob najbolj neprimernih trenutkih. Analiza in skupen ogled tovrstnih posnetkov sta lahko zelo poučna, saj udeleženci vaje sami spoznajo, kako je njihov odziv videti v očeh javnosti.

Pripravljenost za sodelovanje je ključna zaradi vpliva, ki ga imajo lahko krizni dogodki na javnosti. »Veliko policistov ne želi nastopati v medijih, hkrati pa pričakujejo enakopravno in pošteno obravnavo dogodkov v medijih. Ti policisti delajo veliko napako v dobi 24-urne medijske obravnave preko spleta in televizije,« je v priročnik za obvladovanje množic zapisal upokojeni policijski načelnik Charles Beene<sup>14</sup>, ki velik del vsebin o ravnanju policije ob izgredih namenja odnosu z mediji. V zdravstvu je pogosto podobno, saj se večina zdravstvenih delavcev ne želi izpostavljati javno oziroma za takšno izpostavljanje ne čuti nobene potrebe.

V prvih trenutkih krize so ključni zbiranje, presoja in preverjanje vseh podatkov ter delujoč sistem obveščanja. Takoj je treba določiti osebo, ki bo v prihodnje edina pooblaščenca za posredovanje uradnih izjav medijem in drugim javnostim, s čimer se izognemo morebitnemu protislovju med posameznimi predstavniki organizacije. Prav tako s tem lahko razbremenimo vodjo ekipe in komunikacijske kanale.

Zbrati moramo vse resnične podatke. Dokler jih nimamo, na novinarska vprašanja ne odgovarjamo vsebinsko. Primeren odgovor novinarjem je: »Ne bi bilo primerno, da zadevo komentiramo, dokler ne poznamo vseh resničnih dejstev.« Brez uradnih podatkov ne ugibamo o razsežnosti krize niti o njenih krivcih. Novinarjem lahko podobno kot uradni organi pojasnimo, da lahko posredujemo le osnovne informacije.

Na vprašanja novinarjev ob kriznih dogodkih nikoli ne odgovarjamo takoj, temveč po premisleku, kaj želimo javnosti sporočiti, oziroma ob že izoblikovanem sporočilu naše organizacije. Novinarskim vprašanjem po telefonu se vedno lahko začasno izognemo s pojasnilom: »Oprostite, trenutno ne morem govoriti. Povejte, kakšne informacije potrebujete, do kdaj jih potrebujete in poklicali vas bomo, ko jih bomo zbrali.« Takšnemu odgovoru mora nujno slediti pravi odgovor, ki je dobro premišljen in po možnosti v pisani obliki, kar zmanjšuje možnost citiranja izven konteksta.

Tabloidno pisanje, vdiranje v zasebnost, povezovanje ljudi z neprijetnimi dogodki in navajanje sogovornikov zunaj konteksta zahtevajo previdnost pri delu z mediji, saj ob prvem srečanju ne veste, kdo je na drugi strani. Zdravstvene organizacije imajo praviloma pozitivne zgodbe za javnost in v večini primerov novinarji njihovih predstavnikov ne bodo lovili na besedah, ampak zgolj iskali odgovore na nekaj osnovnih vprašanj o naših aktivnostih, za katere so presodili, da si zaslužijo medijsko pozornost. V večini primerov bodo vprašanja dobronamerna, vendar lahko vedno pričakujemo, da nas bo novinar skušal v pogovoru ujeti na nedoslednostih. Zato skušamo vnaprej premisliti in preigrati scenarij, kako bomo govorili z novinarji.

<sup>14</sup> Beene, Charles: *Riot Prevention and Control: A Police Officer's Guide to Managing Violent and Nonviolent Crowd*.



## 5. KAKO SE IZOGNITI NEPRIJETNIM VPRAŠANJEM

### 5.1 Hipotetična vprašanja

Primer: »Če se zgodi XY, kako boste ukrepali?«  
 Rešitev: Izogibamo se domnevam, kaj točno bi storili v tej situaciji. Preusmerimo pogovor in predstavimo več različnih možnosti: »Nimam kristalne kroglice, da bi lahko točno napovedal rešitve. Možnosti je seveda več.«

### 5.2 Iskanje krivca

Primer: »Kdo je po vašem mnenju odgovoren za nastalo situacijo?«

Rešitev: Imenovanju enega krivca in medijskim napadom nanj se lahko ognemo z naslednjo izjavo: »Preiskava še poteka, zato pred njenim zaključkom ne bi želel ugibati o njenih izsledkih.«

### 5.3 Vprašanje s trditvijo

Primer: »Digitalne storitve onemogočajo dostop pacientom, pravi zagovornik. Zakaj omejujete možnosti za komunikacijo?«

Rešitev: Poskusimo popraviti trditev in nato nadaljujemo z dobro promocijo. »Prav nasprotno. Pacienti se sami odločajo za komunikacijo v živo ali preko aplikacije. In ker lahko zdaj veliko stvari (recepti, napotnice, bolniške) rešijo digitalno, je to olajšanje za starejše, gibalno ovirane in druge, ki so vedno iskali prevoz znotraj delovnega časa za tovrstne obiske. Zdaj pa lahko kadarkoli sami ali s pomočjo, torej tudi zvečer ali konec tedna, dostopajo do storitev. Takšna je naša dobra praksa. Žal se zagovornik ni obrnil na nas, da bi mu to pojasnili ali celo pokazali v praksi ...«

### 5.4 Navajanje druge osebe

Primer: »Oseba XY je izjavila, da je vašo organizacijo že zdavnaj povozil čas.«

Rešitev: Ne oporekamo trditvi nekoga, ki ni prisoten. Odgovoru na navedeno izjavo se lahko izognemo z drugimi pojasnili. »Takšne izjave ne poznam, vendar naj povem, da se naša organizacija že več let ukvarja s spremembami na področju ...«

### 5.5 Nedoslednost

Primer: »Leta 2006 ste rekli XY, danes delate ravno nasprotno. Zakaj takšna sprememba?«

Rešitev: Nastanek novih okoliščin. »Okolje se je zelo spremenilo od trenutka, ko so nastale napovedi.«

Po končani krizi se mora organizacija spopasti z zahtevnim procesom povrnitve ugleda v javnosti. Prvenstveno se posvetimo predvsem ugotavljanju dejstev, obveščanju lastnih zaposlenih oziroma članov ter ključnih javnosti. Revizija kriznega dogodka nam omogoči pregled vseh dejstev in preverjanje informacij, ki so prišle v javnost. Za pregled medijskih objav zberemo vse objavljene prispevke in na njihovi podlagi ocenimo, ali je bil odziv organizacije na krizo ustrezen in ali v medijih objavljene navedbe držijo. Če naš glavni interes ni, da zadeva čimprej potihne, pripravimo novinarsko konferenco, na kateri predstavimo vse informacije o krizi. Priložnost lahko izkoristimo tudi za popravo napačnih informacij, ki so jih objavili mediji. Pri prepričevanju javnosti nam pomagajo dokumenti ali verodostojne osebe, ki bodo potrdile naše videnje dogodka.

Vsaj toliko kot mediji je pomembna komunikacija s konkretnimi javnostmi, predvsem z zaposlenimi, uporabniki, podporniki in donatorji ter oblastmi. Zanje je smiselno organizirati sestanke, predavanja in pisna pojasnila, kaj se je dejansko zgodilo. Dobro je, da jih o dogodkih obvestimo mi, ki jim moramo biti tudi na voljo za dodatna vprašanja.

## 6. KDO NAJ SE LOTI?

Zdravniška zbornica Slovenije povezuje komunikatorje v zdravstvu, ki jih je v zdravstvenih organizacijah približno štirideset. Občasno jim bolj ali manj uspešno na pomoč v primeru izrednih dogodkov priskočijo zunanji komunikatorji ali pa jih podpremo člani našega neformalnega združenja. Nabor nalog oseb za odnose z javnostmi večinoma vsebuje tudi organizacijo dogodkov in izobraževanj, preventivnih aktivnosti, protokolarnih obiskov, evropskih projektov ali drugih upravnno-administrativnih nalog. Poleg podpore vodenju in upravljanju skrbijo za komunikacijo z mediji, sodelovanje z lokalnimi in državnimi organi, urejanje spletnih strani, interno glasilo ter družbena omrežja, lahko pa tudi za pripravo video vsebin, plakatov in tiskovin, letno poročilo, fotografiranje in foto arhiv. V knjigi *Health Service Public Relations*<sup>15</sup> so

<sup>15</sup> Silver, Roger: *Health Service Public Relations*, str. 157.



pretehtali več načinov, kako se lotiti organiziranja odnosov z javnostmi v zdravstvu.

V manjših organizacijah lahko odnose z javnostmi prevzamejo zaposleni, ki to dejavnost opravljajo poleg drugih nalog. Prednost takšne rešitve je, da bo imela ta oseba veliko zaupanja sodelavcev in bo dobro poznala organizacijo, zaposlene, načrte in vsebine. Obenem se lahko področja loti praktično takoj. Pri takšni rešitvi ni treba organizirati nove službe, sistemizirati novega delovnega mesta ali načrtovati dodatnega stroška v proračunu. Že zaposleni bo imel predstavo o pravilnem ravnanju z občutljivimi podatki o pacientih.

Takšna rešitev prinaša za te osebe dodatne (občasno nepričakovane) obremenitve, ki jih lahko ovirajo pri rednem delu. Te se navadno pojavijo ravno tedaj, ko je oseba obremenjena z drugimi nalogami. V še tako majhnih delovnih okoljih so odnosi z javnostmi (urejanje glasila, spletne strani, novinarska vprašanja, družbena omrežja) pogosto tako zahteven del poslovanja, da je osebi, ki je sicer polno zasedena z drugimi nalogami, tovrstne naloge težko kakovostno opravljati.

Zaposlitev zunanjega strokovnjaka pomeni, da bo organizacija hitro dobila osebo s komunikacijskimi znanji ter razumevanjem medijskega prostora in digitalnih orodij. Prav tako lahko hitro postane ključna podpora pri zbiranju in analiziranju informacij ter podpora pri odločanju. Nezdravstveni delavci težko in počasi pridobivajo zaupanje zaposlenih, saj težje razumejo razmišljanje, besednjak in način dela. Tako obstaja možnost, da so dojeti kot ali pa celo postanejo birokratski privesek uprave, ki ga zaposleni ne cenijo in upoštevajo.

Zunanji svetovalec ali agencija lahko organizaciji doda zunanji pogled, znanje in dostop do orodij. V primeru kakovostne izbire ima takšna pomoč na voljo sveže pristope v hitro razvijajočem se svetu komunikacij. Ob tem hkrati za tovrstno pomoč nikoli ne vemo, za koga (še) v resnici dela. Brez stalne prisotnosti v organizaciji bo težko spoznal sistem ter razumel notranje odnose in potrebe. Ob tem imajo vodstvo in zaposleni vedno (tehtne in pogosto upravičene) zadržke do deljenja občutljivih informacij. Pomoč le strokovnjaka agencije tudi pomeni, da ne

bo vedno na voljo, saj bo imel na skrbi še druge naročnike.

Optimalna rešitev v večjih organizacijah je zaposlitev lastnega strokovnjaka za odnose z javnostmi ali v tej smeri izobraženega zaposlenega, ki ob občasnih večjih projektih (prenova spletnih strani, vzpostavljanje družbenih omrežij, snemanje in montaža filmov ali priprava večjih dogodkov ter letnih poročil) po potrebi sodeluje z zunanjimi strokovnjaki na konkretnih projektih.

## 7. ZAKLJUČEK: NIKOLI PREZGODAJ, NIKOLI PREPOZNO ZA PRIPRAVE

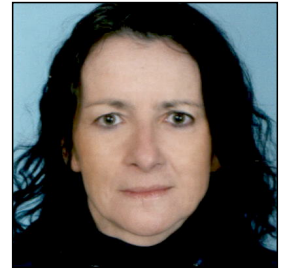
Za reforme in krize ni nikoli pravi čas. Ključno pa je, da se v reševanje vključijo vse službe glede na svoje pristojnosti (pravni oddelek, korporativna varnost, operativni vpleteni, kadrovska služba), pri čemer koordinacijo, zbiranje informacij in oblikovanje ključnih sporočil pogosto prevzame oseba za odnose z javnostmi. Komunikacijski načrti za izredne dogodke zagotavljajo ključne kontaktne podatke, izvlečke zakonodaje in pravil ter opomnike, kaj je običajno treba storiti v krizi<sup>16</sup>. Dobro pripravljene smernice nam omogočajo dodaten čas za razmislek o vsebini, namesto da bi se ukvarjali s tehničnimi težavami. Dobro pripravljene voditelji bodo krizno komuniciranje razumeli in sprejeli kot običajno delo in naloge. Tudi Napoleon je članke najprej pisal sam, nato pa ustanovil kar svoje časopise za obveščanje lastnih vojakov in s tem ključno reguliral pretok informacij.

<sup>16</sup> Silver, Barobe- Gloria: *Getting Started in Health Care Public Relations*, str. 74.

## 8. VIRI IN LITERATURA

1. *Barobe-Rosario, Gloria: GETTING STARTED IN HEALTH CARE PUBLIC RELATION*, Kendall Hunt Publishing; 1 edition, Dubuque, 2019.
2. *Beene, Charles: RIOT PREVENTION AND CONTROL: A POLICE OFFICER'S GUIDE TO MANAGING VIOLENT AND NONVIOLENT CROWD*. Paladin Press, Boulder, 2006.
3. *Brankovič, Jure: PRIROČNIK ZA ODNOS Z JAVNOSTMI V ZDRAVSTVU*. UKC Ljubljana, Ljubljana, 2021
4. *Dujić Dragana, Simčič Biserka (urednici): SMERNICE ZA DELOVANJE SISTEMA NUJNE MEDICINSKE POMOČI OB MNOŽIČNIH NESREČAH*. Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvene varstva, Ljubljana, 2013.  
dostopno na povezavi
5. *Larchet, Jean-Claude: EPIDEMIJA NOVIH MEDIJEV*. Družina, Ljubljana, 2022.
6. *Poklukar, Janez. NAČRT ODZIVANJA ZDRAVSTVA OB NARAVNIH IN DRUGIH NESREČAH V REPUBLIKI SLOVENIJI*. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2022.  
dostopno na povezavi
7. *Riggulsford, Myc. HEALTH AND MEDICAL PUBLIC RELATIONS*. Routledge, New York, 2013.
8. *Silver, Roger: HEALTH SERVICE PUBLIC RELATIONS, A GUIDE TO GOOD PRACTISE*. New York: Radcliffe Medical Press, 1995.
9. *Young, Nathaniel A., LEFT- AND RIGHT-LEANING NEWS ORGANIZATIONS' NEGATIVE TWEETS ARE MORE LIKELY TO BE SHARED (2021)* 1 DePaul University, 2 Harvard Business School. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34423311/>.

**mag. Tatjana Kolenc**  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



## Predstavitev Celjske zdravstvene regije

### Povzetek

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot največja vrednota, saj je predpogoj za povečanje splošne blaginje. V celjski regiji, ki predstavlja večji del savinjske statistične regije, je stopnja delovne aktivnosti v letu 2021 nad povprečjem Slovenije in je bila z 68,4 % peta najvišja. Regija ima najnižji delež prebivalcev, starih 80 ali več let (5,1 %). Savinjska statistična regija je regija z visoko kakovostjo življenja. Vendar pa obstajajo tudi nekateri izzivi, kot so revščina in socialna izključenost, in ti izzivi lahko vplivajo na zdravje prebivalstva.

Najpogostejši vzrok smrti so bolezni obtočil, sledijo neoplazme ter infekcijske in parazitske bolezni. Hkrati pa beležimo padec odstotka prebivalcev s povišanim krvnim tlakom, povišanim holesterolom, prebolelo srčno in možgansko kapjo ter srčnim popuščanjem, vse vrednosti so tudi pod slovenskim povprečjem. Tudi po številu novih primerov raka je regija pod slovenskim povprečjem. Na splošno lahko rečemo, da je zdravje prebivalstva v savinjski statistični regiji podobno zdravju prebivalstva v Sloveniji. Vendar pa obstajajo nekatere razlike. Na primer, stopnja debelosti in kajenja je v savinjski statistični regiji nekoliko višja kot v povprečju po Sloveniji, stopnja telesne aktivnosti pa je malo nad povprečjem Sloveniji.

Na dobro zdravstveno stanje vplivajo številni med seboj prepleteni dejavniki. Veliko prispeva učinkovit ter vsem dostopen zdravstveni sistem, ki upošteva geografsko razporeditev zdravstvenih dejavnosti in ustrezno časovno dostopnost zdravstvene službe. Krepitev in varovanje zdravja po-

### Abstract

Health is recognized as the greatest value in most modern societies, as it is a prerequisite for increasing general well-being. In the Celje region, which represents the largest part of the Savinja statistical region, the employment rate in 2021 was above the Slovenian average and was the fifth highest at 68.4%. The region has the lowest share of the population aged 80 or over (5.1%). The Savinja statistical region is a region with a high quality of life. However, there are also some challenges such as poverty and social exclusion and these challenges can affect the health of the population.

The most common cause of death are cardiovascular diseases, followed by neoplasms and infectious and parasitic diseases. At the same time, we are seeing a decline in the percentage of people with high blood pressure, high cholesterol, a history of stroke, and heart failure, all of which are also below the Slovenian average. The region is also below the Slovenian average in terms of the number of new cancer cases.

In general, we can say that the health of the population in the Savinja statistical region is similar to the health of the population in Slovenia. However, there are some differences. For example, the rate of obesity and smoking is slightly higher in the Savinja statistical region than the average for Slovenia, while the rate of physical activity is slightly above the average for Slovenia.

Good health is influenced by many interrelated

sameznika tako zahteva celovit pogled in sodelovanje vseh deležnikov, torej tako posameznika kot celotne družbe. Zdravje in socialni ter gospodarski razvoj pa so medsebojno odvisni.

*factors. An efficient and generally accessible healthcare system contributes a lot, which takes into consideration both geographical allocation and timely access to the health service. Strengthening and protecting the health of the individual thus requires a comprehensive view and cooperation of all participants, i.e. both the individual and the entire society. However, health and social and economic development are interdependent.*

## 1. UMESTITEV REGIJE

Uvodoma je potrebno opozoriti na razliko med celjsko zdravstveno in savinjsko statistično regijo. Celjsko »zdravstveno« regijo pokriva Območna enota Celje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) in obsega izpostave Celje, Laško, Slovenske Konjice, Šentjur, Šmarje pri Jelšah in Žalec, kar je skupaj 6 upravnih enot in 21 občin, medtem ko savinjska statistična regija vključuje še izpostavi Mozirje in Velenje, ki organizacijsko sodita v Območno enoto Ravne na Koroškem ZZS (dodatnih 10 občin). Kratek oris in podatki v nadaljevanju se nanašajo na savinjsko statistično regijo.

### 1.1 Splošni in demografski podatki

Savinjska statistična regija je glede na površino z 2.301 km<sup>2</sup> četrta največja – za jugovzhodno Slovenijo, osrednjeslovensko in goriško regijo, glede na število prebivalcev pa se je uvrstila na tretje mesto za osrednjeslovensko in podravsko regijo, saj je leta 2021 v njej živelo 12 % prebivalcev Slovenije. S 112 prebivalci na km<sup>2</sup> sodi regija med gosteje naseljene, saj je povprečje za Slovenijo 104 prebivalci na km<sup>2</sup>.

Savinjsko statistično regijo sestavlja 31 občin. Največja je z 222 km<sup>2</sup> občina Šentjur, ki obsega desetino površine regije. Največ prebivalcev, 48.847, je na sredini leta 2021 živelo v občini Celje. Več jih je živelo le v občinah Koper, Kranj, Maribor in Ljubljana. Občina Celje je bila s 515 prebivalci na km<sup>2</sup> tudi najgosteje naseljena občina v savinjski regiji. Občina Solčava je imela s 526 prebivalci tretje najmanjše število prebivalcev med občinami v državi. Obsega 102 km<sup>2</sup>

in je bila s 5 prebivalci na km<sup>2</sup> tudi najredkeje poseljena občina v Sloveniji.

Naravni prirast je bil v savinjski regiji tako kot v večini drugih negativni (-2,9 na 1.000 prebivalcev), selitveni prirast pa pozitiven (2,1 na 1.000 prebivalcev). Priseljenih iz tujine je bilo 12,7 na 1.000 prebivalcev, kar je regijo uvrstilo na tretje mesto, odseljenih v tujino pa 10,6 na 1.000 prebivalcev, kar je bila četrta najvišja vrednost.

Regija je imela tretji najmanjši delež žensk, 49,3 % (povprečje v Sloveniji je bilo 49,8 %). Med prebivalci je bilo 8,0 % tujih državljanov, kar je zelo blizu slovenskemu povprečju (8,1 %). Povprečna starost umrlih je bila tretja najnižja med regijami, 77,5 leta (povprečje je bilo 78,3 leta).

Prebivalci savinjske regije so se s povprečno oceno splošnega zadovoljstva z življenjem (7,5 od 10) uvrstili med manj zadovoljne.

Stopnja delovne aktivnosti je bila v letu 2021 nad povprečjem Slovenije, saj je bila 68,4 %, kar predstavlja peto najvišjo stopnjo (slovensko povprečje je 66,7 %), stopnja brezposelnosti pa je bila s 4,6 % malo pod slovenskim povprečjem (4,7 %) in se uvršča na sredino med regijami. Savinjska sodi med regije z nižjim deležem delovnih migrantov. Med delovno aktivnimi s stalnim prebivališčem v tej regiji jih je 20,5 % odhajalo na delo drugam, največ (59,7 %) v osrednjeslovensko regijo.

V savinjski regiji je bil v letu 2021 ustvarjen tretji največji delež BDP Slovenije, in sicer 10,9 %, s tem se je regija uvrstila na tretje mesto med statističnimi regijami. BDP na prebivalca je bil četrti najvišji; znašal je 22.014 EUR in je bil za



Tabela 1: Osnovni demografski in ekonomski dejavniki po statističnih regijah Slovenije za leto 2021

	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Ozdrnjslovenska	Gorenjska	Primorsko-notranjska	Goriška	Obalno-kraška	SLOVENIJA
Število prebivalcev	114.540	327.577	70.636	258.677	56.917	75.732	145.879	555.441	211.501	53.257	118.356	118.494	2.107.007
Število živorojenih	844	2.662	664	2.286	473	699	1.557	5.188	1.921	502	1.050	882	18.728
Število umrlih	1.560	4.067	802	3.040	761	956	1.628	5.185	2.058	622	1.396	1.186	23.261
Število prebivalcev na km <sup>2</sup>	85,8	151,0	67,9	112,4	117,3	78,2	54,5	238,0	99,0	36,6	50,9	113,6	103,9
Delež prebivalcev 0-14 let (%)	13,1	13,9	14,5	15,2	14,6	14,9	16,4	15,8	15,9	15,5	14,9	14,1	15,1
Delež prebivalcev 65 let in več (%)	24,0	21,6	21,9	20,5	22,0	21,9	19,8	19,1	20,7	22,0	23,6	22,5	20,9
Stopnja delovne aktivnosti	58,9	61,6	64,4	68,4	66,1	67,5	69,1	67,9	70,1	71,0	69,3	66,5	66,7
Splošna stopnja splošne rodnosti	38,5	41,1	49,7	45,3	43,6	48,9	54,7	42,3	44,9	49,4	47,9	37,2	44,0
Št. živorojenih/1.000 prebivalcev	7,4	8,1	9,4	8,8	8,3	9,2	10,7	9,3	9,1	9,4	8,9	7,4	8,9
Št. mrtvorjenih/1.000 rojstev	5,9	7,1	7,5	5,7	6,3	4,3	3,8	5,2	4,2	2,0	6,6	1,1	5,2
Št. umrlih dojenčkov/1.000 živorojenih	2,4	1,1	1,5	2,6	6,3	1,4	2,6	1,3	1,6	-	3,8	1,1	1,9
Število umrlih/1.000 prebivalcev	13,6	12,4	11,4	11,8	13,4	12,6	11,2	9,3	9,7	11,7	11,8	10,0	11,0
Naravni prirast/1.000 prebivalcev	-6,3	-4,3	-2,0	-2,9	-5,1	-3,4	-0,5	0,0	-0,6	-2,3	-2,9	-2,6	-2,2
Indeks staranja	184,0	155,8	150,8	135,2	150,5	146,8	120,2	120,4	129,7	142,2	158,1	159,4	138,7
BDP na prebivalca <sup>1)</sup>	16.920	20.337	19.176	22.014	13.236	21.001	23.914	36.426	20.462	17.584	21.749	22.262	24.770

Vir: Zdravstveni statistični letopis NIJZ za leto 2021

11,1 % nižji od državnega povprečja. V 2021 je v regiji delovalo skoraj 23.300 podjetij; vsako je zaposlovalo povprečno 4,6 osebe. Povprečna mesečna neto plača v savinjski regiji leta 2021 je bila druga najnižja in je znašala 1.161 EUR, kar je bilo približno 109 EUR manj od povprečja v celotni Sloveniji.

Savinjska regija sodi med bolj turistične regije. Leta 2021 so naštehi 432.985 prihodov turistov ali 10,8 % vseh in 1.381.850 prenočitev ali 12,3 % vseh v državi. Med turisti v tej regiji so prevladovali domači, prihodov tujih turistov je bilo za okoli četrtino.

Stopnja resne materialne prikrajšanosti<sup>1</sup> je bila v regiji najvišja, tj. 4,2 %, stopnja tveganja revščine pa je bila za 0,8 odstotne točke višja od povprečja Slovenije, bila je 12,5 %.

Savinjska statistična regija je regija z visoko kakovostjo življenja. Vendar pa obstajajo tudi nekateri izzivi, kot sta revščina in socialna izključenost, ki lahko vplivajo na zdravje prebivalstva.

## 2. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALSTVA

Ključni kazalniki zdravja prebivalstva omogočajo oceno splošnega zdravstvenega stanja prebivalstva. Uporabljajo se za spremljanje trendov v zdravju prebivalstva in za oceno učinkovitosti zdravstvenih ukrepov.

Po stanju na dan 30. 6. 2023 je bilo v Območni enoti Celje (v nadaljevanju OE Celje) zavarovanih 212.992 zavarovanih oseb, kar predstavlja 9,86 % vseh zavarovanih oseb v Sloveniji. V strukturi zavarovanih oseb OE Celje je delež zaposlenih in njihovih družinskih članov znašal 61 %, samostojnih podjetnikov 5,3 %, upokojencev 25,9 %, kmetov 1,0 %, brezposelnih 0,7 %, ostalo pa predstavljajo upravičenci iz proračuna, občani brez prihodkov ter osebe, ki si same plačujejo prispevek iz OZZ.

<sup>1</sup> Resno materialno prikrajšane so osebe, katerih življenjski pogoji so močno omejeni zaradi omejenih finančnih virov gospodinjstva in ne zaradi lastne izbire oz. navad.



Tabela 2: Zavarovane osebe po kategorijah zavarovanja v OE Celje na dan 30. 6. 2023

Območna enota CELJE	Zavarovanci	Družinski člani	Skupaj	Struktura
<b>delavci</b>	<b>86.509</b>	<b>43.388</b>	<b>129.897</b>	<b>61,0</b>
<b>od tega:</b>				
Zaposl. pri prav. Osebah v RS (v podj., zavodih, org., ...)	80.644	40.684	121.328	57,0
Zaposl. pri zasebnikih v RS (pri SPP, SPD, ...)	5.809	2.669	8.478	4,0
Zaposleni pri delodajalcih v tujini	56	35	91	0,0
<b>Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost v RS</b>	<b>7.593</b>	<b>3.724</b>	<b>11.317</b>	<b>5,3</b>
<b>Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost v tujini</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Kmetje</b>	<b>1.304</b>	<b>755</b>	<b>2.059</b>	<b>1,0</b>
<b>Upokojenci</b>	<b>52.302</b>	<b>2.826</b>	<b>55.128</b>	<b>25,9</b>
<b>Upravičenci iz proračuna</b>	<b>2.428</b>	<b>238</b>	<b>2.666</b>	<b>1,3</b>
<b>Brezposelni</b>	<b>1.183</b>	<b>204</b>	<b>1.387</b>	<b>0,7</b>
<b>Občani brez prihodkov</b>	<b>3.881</b>	<b>895</b>	<b>4.776</b>	<b>2,2</b>
<b>Osebe, ki si same plačujejo prispevek (ZZ/ZZ 15/20)</b>	<b>2.850</b>	<b>558</b>	<b>3.408</b>	<b>1,6</b>
<b>Ostali</b>	<b>2.064</b>	<b>290</b>	<b>2.354</b>	<b>1,1</b>
<b>SKUPAJ</b>	<b>160.114</b>	<b>52.878</b>	<b>212.992</b>	<b>100,0</b>

Vir: Zdravstveni statistični letopis NIJZ za leto 2021

V strukturi zavarovanih oseb po starostnih skupinah je delež prebivalcev v starosti od 0 do 19 let malo pod slovenskim povprečjem in znaša 19,3 % (v Sloveniji 19,5 %), od 20 do 64 let znaša 60,0 % (v Sloveniji 58,9 %), 65 let in več znaša delež 20,7 % (v Sloveniji 21,6 %), znotraj te starostne skupine je 4.949 zavarovanih oseb starejših od 85 let (kar predstavlja 2,4 % zavarovanih oseb OE Celje, v Sloveniji je delež 2,8 %).

Regija je tako izstopala po najmanjšem deležu prebivalcev, starih 80 let ali več (5,1 %). Povprečna starost prebivalcev regije je bila enaka povprečni starosti prebivalcev celotne Slovenije, ki je 43,8 leta.

Če predstavimo še indeks staranja, ki kaže razmerje med številom oseb, starih 65 let in več, in številom oseb, mlajših od 15 let, je ta za leto 2021 znašal 135,2, kar pomeni, da je na 100 oseb, mlajših od 15 let, v regiji prebivalo 135,2 osebe v starosti več kot 65 let.

Iz podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) so razvidni ključni kazalniki zdravja prebivalstva v savinjski regiji. Ker so ekonomski, kulturni in okoljski dejavniki med občinami različni, se ključni kazalniki med posameznimi občinami lahko bistveno razlikujejo. Eden najzanesljivejših pokazateljev zdravstvenega stanja prebivalstva je umrljivost. V letu 2021 je v savinjski regiji število umrlih na

100.000 prebivalcev<sup>2</sup> upadalo, a še vedno ostaja nad slovenskim povprečjem, prav tako je nad slovenskim povprečjem tudi umrljivost pred 65. letom, t. i. prezgodnja umrljivost, kar je prikazano na Sliki 1.

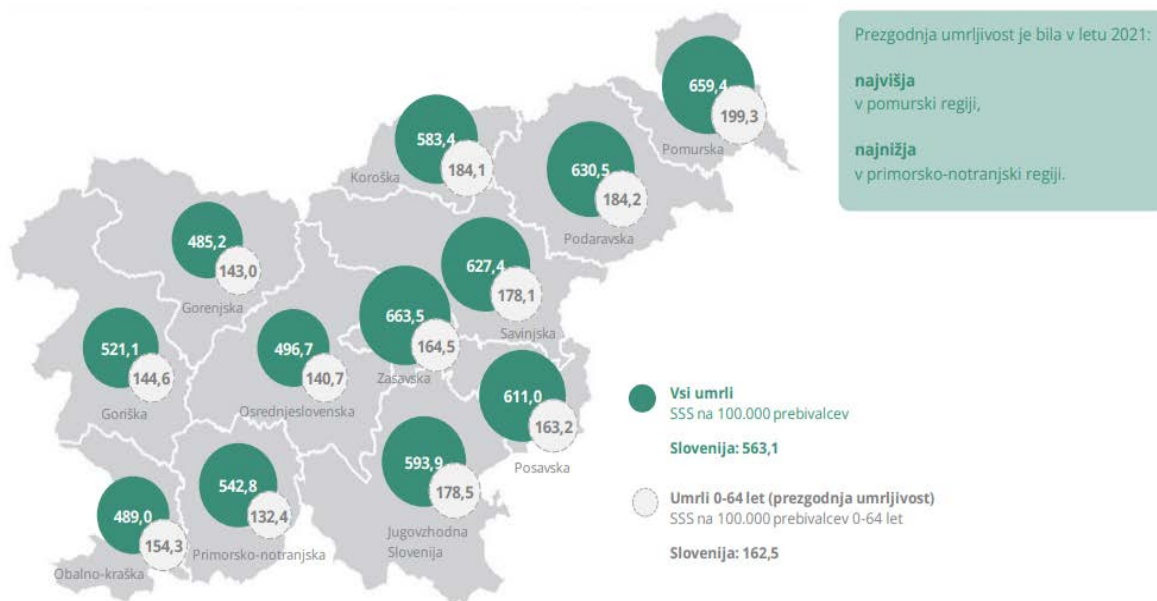
Iz analize umrljivost po skupinah najpogostejših vzrokov smrti, tj. neoplazma, bolezni obtočil, infekcijske in parazitske bolezni ter zunanji vzroki, izhaja, da prebivalci savinjske regije zaradi vseh naštetih vzrokov umirajo pogosteje, kot je povprečje v Sloveniji. Najpogostejši vzrok smrti so bolezni obtočil, sledijo neoplazme ter infekcijske in parazitske bolezni.

Na drugi strani beležimo padec odstotka prebivalcev s povišanim krvnim tlakom, povišanim holesterolom, prebolelo srčno in možgansko kapjo ter srčnim popuščanjem, vse vrednosti so tudi pod slovenskim povprečjem. Tudi po številu novih primerov raka je regija pod slovenskim povprečjem.

Če analiziramo zdravstveno stanje prebivalstva savinjske regije še z vidika dejavnikov tveganja, lahko ugotovimo, da v regiji značilno narašča delež oseb s čezmerno hranjenostjo, starih med 25 in 74 let, kar vpliva na zdravje, saj lahko poveča tveganje za mnoge bolezni, kot so rak, po-

<sup>2</sup> Upoštevani so podatki NIJZ o starostni standardizirani stopnji umrljivosti.

Slika 1: Starostna standardizirana stopnja umrljivosti po statističnih regijah Slovenije v letu 2021



Vir: Zdravstveni statistični letopis 2021, NIJZ

višan krvni tlak, bolezni srca in ožilja, vpliva pa tudi na samopodobo posameznika in njegovo psihično zdravje. Povzroča tudi nastanek sladkorne bolezni, katere stopnja je v regiji med višjimi v Sloveniji (regija 7,5 %, povprečje 6,7 %), v porastu pa je tudi delež prebivalstva s to boleznijo<sup>3</sup>. Prav tako je delež prebivalcev med 18 in 74 let, ki se nezdravo prehranjujejo, višji od slovenskega povprečja (regija 60,0 %, povprečje 55,8 %). Delež kadilcev v regiji je prav tako višji, kot je povprečje Slovenije (regija 22,3 %, povprečje 19,9 %).

Delež prebivalstva (od 18 do 74 let), ki so dosegli zadostno količino telesne aktivnosti, je v regiji malo nad povprečjem (regija 80,9 %, povprečje 80,2 %), z drogami povezano zdravljenje in obravnava pa je malo pod povprečjem (regija 17,6 %, povprečje 18,2 %).

Na splošno lahko rečemo, da je zdravje prebivalstva v savinjski statistični regiji podobno zdravju prebivalstva v Sloveniji. Vendar pa obstajajo nekatere razlike, na primer stopnja debelosti in kajenja je v savinjski statistični regiji nekoliko višja kot v povprečju po Sloveniji, stopnja telesne aktivnosti pa je malo nad povprečjem Slovenije.

Ti podatki kažejo, da obstajajo nekateri izzivi, ki jih je treba nasloviti za izboljšanje zdravja prebivalstva v savinjski statistični regiji. Vlada,

zdravstveni sistemi in nevladne organizacije lahko sprejmejo ukrepe za zmanjšanje stopnje debelosti in kajenja ter za povečanje stopnje telesne aktivnosti. Poleg naštetih izzivov bi izpostavila še staranje prebivalstva. Dejstvo je, da se starostna struktura prebivalstva spreminja, kar pomeni, da bo v prihodnje več ljudi s kroničnimi boleznimi. To bo pomenilo izziv za zdravstveni sistem in sistem dolgotrajne oskrbe, ki bo moral zagotoviti ustrezno oskrbo za starejše prebivalce, tako zdravstveno kot tudi oskrbo pri vsakodnevnih opravilih.

## 2.1 Absentizem

Podatki o absentizmu v breme ZZZS za leto 2022 kažejo, da se je število izgubljenih delovnih dni v primerjavi z enakim obdobjem leta 2021 povečalo za 2.986.409 dni oz. za 21 % in je v opazovanem obdobju znašalo 17.170.767 dni. Tu velja omeniti, da se je v letu 2022 zgodila pomembna sprememba, saj imajo zavarovanci od 1. 3. 2022 dalje pravico do nadomestila plače za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodb iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja že od 21. delovnega dne dalje (le za razloge odsotnosti z dela zaradi poklicne bolezni ali poškodb pri delu ostaja nadomestilo v breme delodajalca od 31. dne dalje).

<sup>3</sup> Povzeto po poročilu NIJZ Zdravstveni statistični letopis 2021.

Tabela 3: Izgubljeni delovni dnevi v letu 2022 po OE

I-XII 2022	v breme delodajalca			v breme ZZSZ			skupaj			indeks	
	Število izgubljenih delovnih dni	% BS	od tega nesreče pri delu, pokl.bol.	Število izgubljenih delovnih dni	% BS	od tega nesreče pri delu, pokl.bol.	Število izgubljenih delovnih dni	% BS	od tega nesreče pri delu, pokl.bol.	št.dni - skupaj 22/21	št.dni - ZZSZ 22/21
CE	645.985	2,65	31.968	1.045.995	4,29	46.105	1.691.980	6,94	78.073	119,2	123,3
KP	424.640	2,60	14.871	692.197	4,24	26.307	1.116.837	6,84	41.178	120,2	124,3
KR	536.400	2,25	21.207	914.039	3,84	32.514	1.450.439	6,09	53.721	122,6	127,8
KK	178.706	2,67	6.693	299.200	4,47	12.331	477.906	7,14	19.024	119,7	125,1
LJ	2.473.127	2,02	88.563	3.798.577	3,11	136.602	6.271.704	5,13	225.165	123,4	130,7
MB	945.981	2,40	44.810	1.449.242	3,69	59.340	2.395.223	6,09	104.150	117,5	120,5
MS	277.705	2,73	13.355	627.537	6,18	31.345	905.242	8,92	44.700	121,1	124,2
NG	287.627	2,38	12.548	505.202	4,19	17.478	792.829	6,58	30.026	128,5	138,2
NM	340.162	2,52	13.013	574.147	4,26	21.439	914.309	6,79	34.452	117,5	124,3
R/K	400.588	2,71	22.115	753.710	5,11	49.431	1.154.298	7,82	71.546	116,5	118,1
<b>SLOVENIJA</b>	<b>6.510.921</b>	<b>2,30</b>	<b>269.143</b>	<b>10.659.846</b>	<b>3,76</b>	<b>432.892</b>	<b>17.170.767</b>	<b>6,07</b>	<b>702.035</b>	<b>121,1</b>	<b>126,3</b>

Vir: Letno poročilo ZZSZ za leto 2022

Odsotnost z dela zaradi bolniškega staleža se v savinjski regiji vsako leto povečuje in je tako višja od povprečja. Začasna odsotnost z dela v regiji je bila največkrat posledica bolezni mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, poškodb ter zastrupitev (kar je nad povprečjem Slovenije), nekaterih infekcijskih in parazitskih bolezni, neoplazem in duševnih ter vedenjskih motenj (ti razlogi so malo nad ali na povprečju Slovenije).

V Tabeli 3 so podani podrobnejši podatki o absentizmu po območnih enotah ZZSZ. Število koledarskih dni bolniške odsotnosti na zaposlenega je sicer eden glavnih pokazateljev zdravstvenega stanja delovno aktivnih prebivalcev. Iz Tabele 3 in Slike 2 je razvidno, da je odstotek absentizma v OE Celje nad povprečjem Slovenije, tako v breme delodajalcev kot tudi v breme ZZSZ. Še višji absentizem je v OE Ravne, kamor sodita tudi izpostavi Velenje in Mozirje, ki sicer sodita v savinjsko statistično regijo. Zaskrbljujoči pa so indeksi rasti po vseh kazalnikih.

Število izgubljenih delovnih dni na aktivnega zavarovanca je v letu 2022 za OE Celje znašalo 12,8 dneva, kar je za 23,3 % več kot v preteklem letu in za 0,4 dneva več kot je povprečje v Sloveniji (12,4 dneva). Povprečna dolžina trajanja odsotnosti z dela je bila 13,2 dneva, kar je sicer za 30,5 % manj kot v letu 2021 (19 dni), vendar je še vedno nad slovenskim povprečjem (11,1 dneva). Odstotek izgubljenih delovnih dni je bil v OE Celje 4,29 %, kar je za 23,3 % več kot v letu 2021 in tudi več od povprečja Slovenije (3,76 %).

Posledično skokovito naraščajo odhodki ZZSZ za povračila nadomestil plače za delavce, ki so bili začasno zadržani od dela. V letu 2021 so tako odhodki OE Celje iz naslova refundacije nadomestila plače za čas zadržanosti od dela znašali 65.166.430 EUR (povečanje za 31 % glede na leto 2021), na nivoju ZZSZ pa 689.434.717 EUR (povečanje za 39 %).

Zdravstveni absentizem ne izhaja le iz zdravstvenega stanja zaposlenega, temveč je posledica delovnih, socialnih, ekonomskih, ekoloških in drugih dejavnikov, ki so jim izpostavljeni delavci, in je zaradi tega ne le zdravstveni, temveč tudi ekonomski, socialni ter družbeni problem.

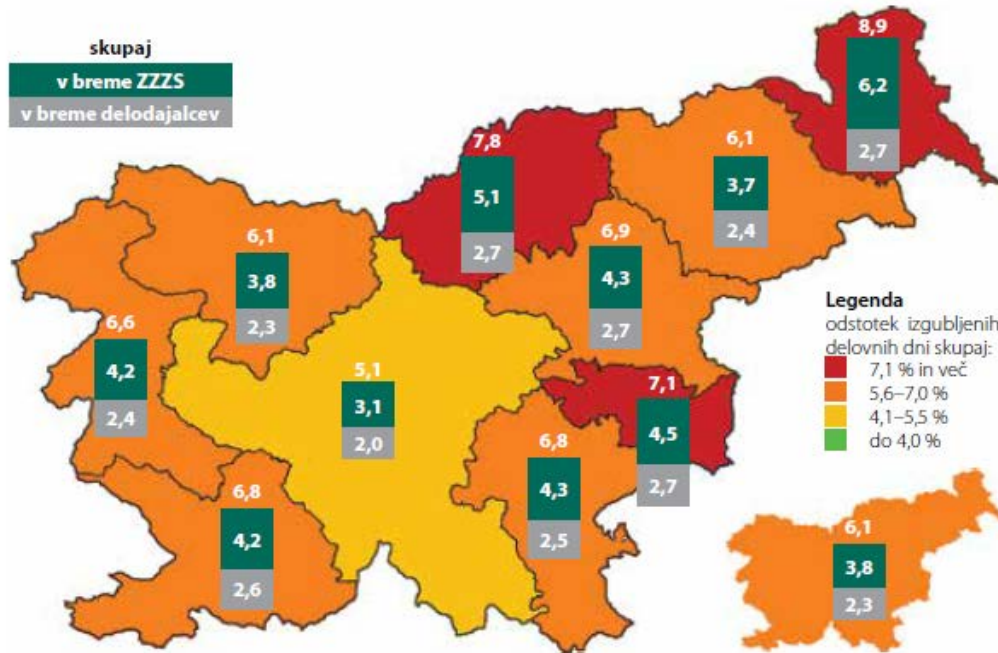
Tabela 4: Izplačana nadomestila za začasno zadržanost od dela v letih 2021 in 2022

Območna enota	2021	2022	Indeks
<b>Celje</b>	<b>49.671.656</b>	<b>65.166.430</b>	<b>131</b>
Koper	37.102.013	51.101.481	138
Kranj	51.790.469	70.884.986	137
Krško	18.205.695	24.754.763	136
Ljubljana	148.614.248	208.176.498	140
Maribor	64.652.755	92.752.855	143
Murska Sobota	31.380.314	42.505.747	135
Nova Gorica	21.199.066	35.083.571	165
Novo mesto	32.266.846	44.034.813	136
Ravne na Koroškem	42.820.722	54.973.574	128
<b>Skupaj ZZSZ</b>	<b>497.703.784</b>	<b>689.434.717</b>	<b>139</b>

Vir: Interni podatki ZZSZ

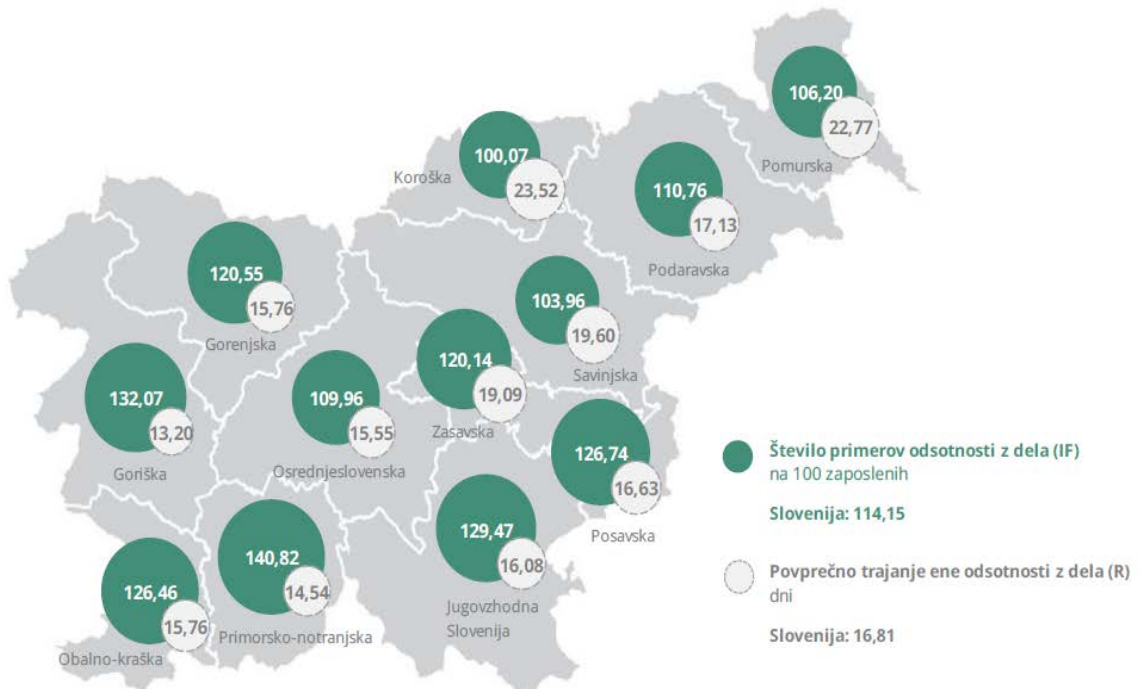


Slika 2: Odstotek izgubljenih delovnih dni v breme delodajalca in v breme ZZZS po območnih enotah ZZZS v letu 2022



Vir: Letno poročilo ZZZS za leto 2022

Slika 3: Število primerov odsotnosti z dela na 100 zaposlenih in povprečno trajanje ene odsotnosti z dela po statističnih regijah bivališča zaposlenih za leto 2021



Vir: Zdravstvenih statistični letopis 2021, NIJZ

### 3. PRESKRBLJENOST PREBIVALSTVA IN DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENIH STORITEV

#### 3.1 Izvajalci

OE Celje ima trenutno sklenjenih 151 pogodb, od tega 20 pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi, kar predstavlja 13,25 % izvajalcev, in 131 pogodb z zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev, kar predstavlja 86,75 % izvajalcev.

*Tabela 5: Izvajalci v javni zdravstveni mreži OE Celje na dan 1. 10. 2023*

Izvajalci	Število izvajalcev v OE Celje
<b>Skupaj javni zavodi</b>	<b>20</b>
bolnišnice	2
zdravstveni domovi	7
domovi starejših občanov	6
varstveno delovni centri	3
lekarnе	2
<b>Skupaj zasebni izvajalci s koncesijo</b>	<b>131</b>
zobozdravniki	49
splošni zdravniki	27
specialisti	20
patronaža	9
fizioterapija	6
reševalni prevozi	2
lekarnе	7
domovi starejših občanov	5
zdravilišče	6

Vir: Interni podatki ZZS OE Celje

Med javnimi zavodi sta dve bolnišnici, in sicer Splošna bolnišnica Celje in Psihiatrična bolnišnica Vojnik, sedem zdravstvenih domov, dve lekarni in devet socialno varstvenih zavodov oz. varstveno-delovnih centrov.

Med zasebnimi izvajalci s koncesijo je 27 splošnih zdravnikov, 49 zobozdravnikov (od tega 34 zobozdravnikov za odrasle, 5 zobozdravnikov za mladinsko zobozdravstvo, 4 zobozdravniki, ki opravljajo obe dejavnosti in 6 specialistov), 20 zdravnikov specialistov (s področja gastroenterologije in pulmologije, okulistike, nefrologije, dermatologije, tireologije, logopedije, kardiologije, ginekologije), 7 lekarn, 5 socialno varstvenih zavodov, 6 zdravilišč ter 9 izvajalcev nege in patronaže.

Pogodbe sklepamo tudi z dobavitelji medicinskih pripomočkov, skupno imamo 38 pogodbenih dobaviteljev medicinskih pripomočkov, od tega 9 lekarn, 19 optikov in 10 specializiranih prodajaln.

Največji izvajalec zdravstvenih storitev v OE Celje je Splošna bolnišnica Celje, ki je tretja največja bolnišnica v državi, njeno gravitacijsko območje obsega do 300 tisoč prebivalcev širše celjske regije, kar predstavlja od 5 do 15 % slovenske populacije, zaposluje pa 2.095 delavcev (31. 12. 2022).

#### 3.2 Preskrbljenost

Preskrbljenost s programi v primarni zdravstveni dejavnosti je v primerjavi z ostalimi regijami slabša na področju zobozdravstva in ginekologije.

Z realizacijo širitev programov v letu 2023 smo za OE Celje pridobili 6,11 tima splošne ambulante oz. otroško-šolskega dispanzerja, kar je preskrbljenost OE Celje s tem programom uvrstilo v slovensko povprečje. Še vedno pa so manjše razlike v preskrbljenosti po posameznih izpostavah znotraj OE.

Preskrbljenost v dejavnosti zobozdravstva je od slovenskega povprečja nižja za 2,54 %, pri treh izpostavah (Žalec, Šentjur in Šmarje) je preskrbljenost bistveno pod povprečjem, medtem ko je v treh izpostavah (Celje, Laško in Slovenske Konjice) nad povprečjem. Tudi v dejavnosti dispanzerja za žene je preskrbljenost pod slovenskim povprečjem, in sicer za 8,08 %. Kaže se tudi veliko odstopanje v preskrbljenosti znotraj OE Celje (v izpostavi Laško je preskrbljenost za 19,86 % nad povprečjem, najslabša pa je preskrbljenost v izpostavi Šentjur, ki je 17,6 % pod povprečjem).



Tabela 6: Preskrbljenost prebivalstva OE Celje s programom splošnih ambulant, otroško-šolskega dispanzerja na stanje 31. 12. 2022 in v primerjavi z 31. 12. 2021

IZPOSTAVA ZAVODA	2021				2022				Razlika v nosilcih 12 2022- 12 2021
	Število korigiranih zavarovanih oseb skupaj	Nosilci iz pogodb na 12/2021 SA, OD/ ŠD	Št. prebivalcev/ nosilca	Odstopanje od SLO povprečja	Število korigiranih zavarovanih oseb skupaj	Nosilci iz pogodb na 12/2022 SA, OD/ ŠD	Št. prebivalcev/ nosilca	Odstopanje od SLO povprečja	
SLOVENIJA	2.079.581	1.316,94	1.579,10	100,00	2.089.859	1.341,62	1.557,71	100,00	24,68
OE CELJE	201.779	125,70	1.605,25	98,37	204.000	131,81	1.547,67	100,65	6,11
IZPOSTAVA CELJE	68.722	42,14	1.630,67	96,84	68.129	43,14	1.579,13	98,64	1,00
IZPOSTAVA LAŠKO	14.421	11,13	1.295,87	121,86	14.578	12,13	1.201,97	129,60	1,00
IZPOSTAVA SLOVENSKE KONJICE	25.375	14,21	1.785,21	88,45	25.774	15,51	1.661,99	93,73	1,29
IZPOSTAVA ŠENTJUR PRI CELJU	20.875	13,03	1.601,90	98,58	22.049	13,04	1.691,21	92,11	0,01
IZPOSTAVA ŠMARJE PRI JELŠAH	32.398	21,87	1.481,17	106,61	32.532	21,69	1.500,12	103,84	-0,19
IZPOSTAVA ŽALEC	39.988	23,31	1.715,55	92,05	40.938	26,31	1.556,14	100,10	3,00

Tabela 7: Preskrbljenost v dejavnosti zobozdravstva v OE Celje na dan 31. 12. 2022 in v primerjavi z 31. 12. 2021

IZPOSTAVA ZAVODA	2021		2022		Razlika v nosilcih 12 2022- 12 2021
	Nosilci po pogodbah 2021 na stanje 12/2021	Odstopanje od SLO povprečja	Nosilci po pogodbah 2022 na stanje 12/2022	Odstopanje od SLO povprečja	
SLOVENIJA	996,64	100,00	1.028,19	100,00	31,54
OE CELJE	96,52	98,84	98,42	97,46	1,90
IZPOSTAVA CELJE	35,16	112,39	36,36	112,77	1,20
IZPOSTAVA LAŠKO	9,23	111,76	9,53	112,37	0,30
IZPOSTAVA SLOVENSKE KONJICE	12,54	108,28	12,54	104,36	0,00
IZPOSTAVA ŠENTJUR PRI CELJU	8,29	84,39	8,29	81,70	0,00
IZPOSTAVA ŠMARJE PRI JELŠAH	14,18	88,21	14,18	84,99	0,00
IZPOSTAVA ŽALEC	17,12	82,98	17,52	81,83	0,40

Tabela 8: Preskrbljenost v dejavnosti dispanzerja za žene v OE Celje na dan 31. 12. 2022 in v primerjavi z 31. 12. 2021

IZPOSTAVA ZAVODA	2021		2022		Razlika v nosilcih 12 2022- 12 2021
	Nosilci po pogodbah 2021, stanje 12/2021	Odstopanje od SLO povprečja	Nosilci po pogodbah 2022, stanje 12/2022	Odstopanje od SLO povprečja	
SLOVENIJA	151,25	100,00	157,00	100,00	5,75
CELJE	13,59	94,74	13,69	91,92	0,10
210000 OE CELJE	6,80	92,86	6,90	91,40	0,10
210100 IZPOSTAVA LAŠKO	1,30	123,57	1,30	119,86	0,00
210200 IZPOSTAVA SLOVENSKE KONJICE	1,00	91,44	1,00	88,23	0,00
210300 IZPOSTAVA ŠENTJUR PRI CELJU	1,08	84,52	1,08	82,40	0,00
210400 IZPOSTAVA ŠMARJE PRI JELŠAH	1,30	99,76	1,30	95,03	0,00
210500 IZPOSTAVA ŽALEC	2,11	91,92	2,11	86,19	0,00

Vir: Interni podatki ZZZS

Tabela 9: Preskrbljenost prebivalstva s programom nege in patronaže po stanju na dan 31. 12. 2022 in 31. 12. 2021

IZPOSTAVA ZAVODA	2021			2022		
	Nosilci po pogodbi 12/2021	Odstopanje od Slovenskega povprečja	Razlika v nosilcih 12 2021- 12 2017	Nosilci po pogodbi 12/2022	Odstopanje od Slovenskega povprečja	Razlika v nosilcih 12 2022- 12 2021
<b>SLOVENIJA</b>	<b>904,23</b>	<b>100,00</b>	<b>58,71</b>	<b>910,34</b>	<b>100,00</b>	<b>6,11</b>
<b>OE CELJE</b>	<b>89,06</b>	<b>100,52</b>	<b>6,20</b>	<b>89,06</b>	<b>99,61</b>	<b>0,00</b>
IZPOSTAVA CELJE	30,00	105,69	2,40	30,00	105,09	0,00
IZPOSTAVA LAŠKO	8,60	114,78	0,80	8,60	114,53	0,00
IZPOSTAVA SLOVENSKE KONJICE	9,90	94,22	0,50	9,90	93,05	0,00
IZPOSTAVA ŠENTJUR PRI CELJU	8,66	97,16	0,90	8,66	96,39	0,00
IZPOSTAVA ŠMARJE PRI JELŠAH	14,40	98,74	0,80	14,40	97,48	0,00
IZPOSTAVA ŽALEC	17,50	93,48	0,80	17,50	92,32	0,00

Tabela 10: Preskrbljenost prebivalstva z ambulantno fizioterapijo po stanju na dan 31. 12. 2022 in 31. 12. 2021

Št. timov fizioterapije	12/2021	12/2022	Razlika v št. timov 2022 - 2021	Indeks 2022/ 2021	Preskrbljenost z nosilci 2022
<b>SLOVENIJA</b>	<b>578,57</b>	<b>605,56</b>	<b>26,99</b>	<b>104,66</b>	<b>100,00</b>
<b>OE CELJE</b>	<b>80,28</b>	<b>82,28</b>	<b>2</b>	<b>102,49</b>	<b>130,74</b>

Vir: Interni podatki ZZS

Za OE Celje je značilna dobra preskrbljenost z nego in patronažo ter visoka preskrbljenost s storitvami ambulantne fizioterapije. Na našem področju je poleg ostalih izvajalcev fizioterapije 6 naravnih zdravilišč, kar je ena tretjina vseh zdravilišč v Sloveniji.

Na sekundarni ravni je preskrbljenost zavarovanih oseb nad slovenskim povprečjem predvsem na področjih gastroenterologije, dermatologije in kardiologije, medtem ko je preskrbljenost pod slovenskim povprečjem predvsem na področju ortodontije.

Na področju zagotavljanja specialističnih zdravstvenih storitev se kaže dolgoletna specifična regije, da zavarovanci OE Celje kar 28,7 % obravnava opravijo pri izvajalcih izven OE Celje. Večino, tj. 11,1 %, pri izvajalcih na območju Ljubljane (s področja onkologije, okulistike, pediatrije in ortopedije) in 9,6 % pri izvajalcih na območju Maribora (izvajanje magnetne resonance, okulistike, splošne kirurgije in onkologije).

Tabela 11: Indeks realizacije opravljenih zdravstvenih storitev po obdobjih v letih 2022 in 2023

	1 3 2022	1 12 2022	1 3 2023	1 8 2023
JZ specialitika	100,50	104,07	116,21	106,01
ZAS specialitika	117,08	118,88	148,52	131,85
skupaj specialitika	105,40	108,47	125,28	113,18
JZ osnovno ZOB	101,49	97,08	115,50	106,77
ZAS osnovno ZOB	116,41	108,57	119,13	107,92
skupaj osnovno ZOB	109,75	103,04	117,44	107,38
JZ specialistično ZOB	109,29	97,89	117,86	100,23
ZAS specialistično ZOB	124,65	109,55	136,57	117,43
skupaj specialistično ZOB	115,66	103,13	126,36	108,06
SPP hospital - primeri	82,03	85,90	91,29	91,95
SPP hospital - uteži	97,94	90,40	91,69	91,00
psihijatrija - primeri	92,68	105,04	105,96	109,70

Vir: Interni podatki ZZS

Ker je vedno več dejavnosti plačanih po realizaciji in plansko število timov ni več tako pomemben podatek, se izvajalci zdravstvenih dejavnosti usmerjajo v izvajanje zdravstvenih storitev, ki jih ZZS plačuje po dejanski realizaciji.

### 3.3 Dostopnost

Na podlagi Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ in 76/23) so bile vse opravljene zdravstvene storitve od 1. 9. 2022 do 31. 7. 2023 plačane po realizaciji.

Iz Tabele 11 je razvidno, da so v letu 2023 vse skupine izvajalcev, z izjemo hospitalnega programa, ki se beleži z obračunskim modelom SPP, pogodbene programe zdravstvenih storitev presegle. Preseganje programov je večje pri koncesionarjih.

Naknadno sta bili sprejeti dve uredbi, s katerima se je nabor zdravstvenih dejavnosti oz. zdravstvenih storitev, ki se plačujejo po realizaciji, spremenil tako za obdobje od 1. 8. do 31. 8. 2023 kot za obdobje od 1. 9. do 31. 12. 2023.

Delež zasebnih izvajalcev, ki na podlagi podeljene koncesije s strani občine delujejo v javni zdravstveni mreži, se je v letu 2023 nekoliko zmanjšal.

Na dan 30. 9. 2023 je bilo v Sloveniji 6,7 % zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika na področju družinske medicine, pediatrije in splošne ambulante v DSO. Delež zavarovanih oseb brez osebnega zdravnika se po posameznih OE in izpostavah zelo razlikuje. Najmanjši delež zavarovanih oseb brez zdravnika je v OE Murska Sobota in OE Kranj (3,6 %), največ pa na Ravnah na Koroškem (10,1 %) in v Ljubljani (9,3 %).

Tabela 12: Število zavarovanih oseb brez izbranega osebnega zdravnika na področju družinske medicine, pediatrije in v splošnih ambulantah v DSO po stanju na dan 30. 9. 2023

OE/izpostava	ZO s stalnim/začasnim bivališčem v RS - zajete so vse ZO brez tujih državljanov	Tuji državljani z začasnim bivališčem	SKUPAJ	Delež neopredeljenih
<b>SKUPAJ</b>	<b>103.929</b>	<b>37.309</b>	<b>141.238</b>	<b>6,7%</b>
<b>OE CELJE</b>	6.549	3.904	10.453	5,1%
Celje	2.196	1.598	3.794	5,8%
Laško	938	231	1.169	6,7%
Slovenske Konjice	673	555	1.228	5,0%
Šentjur pri Celju	251	233	484	2,3%
Šmarje pri Jelšah	1.252	632	1.884	5,6%
Žalec	1.239	655	1.894	4,3%
<b>OE KOPER</b>	6.276	3.938	10.214	6,7%
<b>OE KRŠKO</b>	3.100	1.248	4.348	6,2%
<b>OE KRANJ</b>	4.513	3.026	7.539	3,6%
<b>OE LJUBLJANA</b>	50.806	11.410	62.216	9,3%
OE MARIBOR	11.163	7.642	18.805	5,8%
OE MURSKA SOBOTA	3.255	731	3.986	3,6%
OE NOVA GORICA	2.633	1.387	4.020	3,9%
OE NOVO MESTO	4.657	1.399	6.056	5,2%
OE RAVNE NA KOROŠKEM	10.977	2.624	13.601	10,1%

Tabela 13: Število zavarovanih oseb brez izbranega zobozdravnika po stanju na dan 30. 9. 2023

OE/izpostava	ZO s stalnim/začasnim bivališčem v RS - zajete so vse ZO brez tujih državljanov	Tuji državljani z začasnim bivališčem	SKUPAJ	Delež neopredeljenih
<b>SKUPAJ</b>	<b>487.611</b>	<b>71.874</b>	<b>559.485</b>	<b>26,7%</b>
<b>OE CELJE</b>	48.913	7.509	56.422	27,4%
Celje	14.092	3.203	17.295	26,4%
Laško	6.007	370	6.377	36,6%
Slovenske Konjice	5.259	1.062	6.321	25,7%
Šentjur pri Celju	5.549	437	5.986	28,7%
Šmarje pri Jelšah	9.482	1.167	10.649	31,8%
Žalec	8.524	1.270	9.794	22,2%
<b>OE KOPER</b>	36.242	6.638	42.880	28,0%
<b>OE KRŠKO</b>	20.164	2.240	22.404	31,8%
<b>OE KRANJ</b>	43.632	6.754	50.386	24,1%
<b>OE LJUBLJANA</b>	164.724	22.475	187.199	28,1%
OE MARIBOR	71.643	13.446	85.089	26,5%
OE MURSKA SOBOTA	21.864	1.363	23.227	20,8%
OE NOVA GORICA	21.068	3.289	24.357	23,5%
OE NOVO MESTO	31.321	3.227	34.548	29,5%
OE RAVNE NA KOROŠKEM	28.040	4.933	32.973	24,4%

Tabela 14: Število zavarovanih oseb<sup>4</sup>  
brez izbranega ginekologa po stanju na dan 30. 9. 2023

	ZO s stalnim/začasnim bivališčem v RS - zajete so vse ZO brez tujih državljanov	Tuje državljanke z začasnim bivališčem	SKUPAJ	Delež neopredeljenih
<b>SKUPAJ</b>	<b>221.891</b>	<b>10.129</b>	<b>232.020</b>	<b>25,5%</b>
<b>OE CELJE</b>	19.923	928	20.851	23,4%
Celje	5.765	440	6.205	21,7%
Laško	3.137	59	3.196	41,3%
Slovenske Konjice	2.329	88	2.417	23,5%
Šentjur pri Celju	1.613	43	1.656	18,4%
Šmarje pri Jelšah	2.892	157	3.049	21,2%
Žalec	4.187	141	4.328	22,7%
<b>OE KOPER</b>	21.111	1.168	22.279	33,2%
<b>OE KRŠKO</b>	5.321	268	5.589	18,5%
<b>OE KRANJ</b>	23.309	1.087	24.396	26,8%
<b>OE LJUBLJANA</b>	79.322	3.898	83.220	28,6%
<b>OE MARIBOR</b>	29.493	1.161	30.654	21,9%
<b>OE MURSKA SOBOTA</b>	13.206	159	13.365	26,4%
<b>OE NOVA GORICA</b>	8.177	476	8.653	19,1%
<b>OE NOVO MESTO</b>	7.634	358	7.992	16,2%
<b>OE RAVNE NA KOROŠKEM</b>	14.395	626	15.021	25,8%

Tabela 15: Število zdravnikov po izpostavah OE Celje, ki še ne dosegajo limita za odklanjanje opredeljevanja zavarovanih oseb na dan 30. 9. 2023

	Ambulanta družinske medicine	Otroški in šolski dispanzer	Dispanzer za ženske	Zobozdravstvo za odrasle	Zobozdravstvo za mladino
<b>ZZZS SKUPAJ</b>	<b>122</b>	<b>99</b>	<b>152</b>	<b>499</b>	<b>261</b>
OE Celje	17	11	8	44	27
Celje	1	3	3	12	6
Laško	5	2	3	6	1
Slovenske Konjice	1	3	0	6	3
Šentjur pri Celju	3	0	0	4	4
Šmarje pri Jelšah	4	0	2	9	8
Žalec	3	3	0	7	5

Vir: Interni podatki ZZZS

Tabela 16: Odstotki obravnav na daljavo v dosedanjih obdobjih spremljanja, ločeno za specialistične in splošne dejavnosti

obdobje	1-6 2021	2021	1-3 2022	1-6 2022	1-9 2022	1-12 2022	1-6 2023
splošne dejavnosti	16,3	16,6	20,7	16,9	15,3	14,7	11,9
specialistične dejavnosti	3,0	3,0	3,1	2,8	2,6	2,5	1,9

Vir: ZAS SPLZUBOL in ZAS SPECZUBOL

V Tabeli 15 je prikazano število izbranih osebnih zdravnikov po izpostavah OE Celje, ki še ne dosegajo limita za odklanjanje opredeljevanja zavarovanih oseb, po stanju na dan 30. 9. 2023.

V skupnem številu prostih zdravnikov niso upoštevani zdravniki, ki že presegajo limit in se strinjajo z dodatnim opredeljevanjem pacientov.

Možnost izbire zdravnika se dnevno spreminja na podlagi novih izbir, zato ZZZS podatke na spletni strani od 24. 3. 2023 posodablja vsak delovni dan. Veliko je tudi kadrovskih sprememb s prehodi zdravnikov k drugim izvajalcem in zaradi upoko-jitev. Dodatno težavo predstavljajo daljše odsotnosti zdravnikov zaradi bolezni ali zaradi starševskega varstva, ko izvajalci ne uspejo pridobiti zdravnika za njihovo nadomeščanje, temveč to nalogo prevzamejo ostali aktivni zdravniki pri izvajalcu, ki imajo že sami veliko število svojih pacientov. Od jeseni 2022 oz. od 1. 1. 2023 so bile za reševanje dostopnosti zdravnikov uvedene tako imenovane ambulante za boljšo dostopnost in ambulante za neopredeljene. Ambulante za boljšo dostopnost omogočajo lažjo obravnavo zavarovancev, ki praviloma že imajo svojega osebnega zdravnika, a ta iz različnih razlogov ni dosegljiv. V njih se zavarovane osebe ne morejo opredeliti. V ambulantah za neopredeljene pa se zavarovanci lahko opredelijo na ambulanto in jih potem obravnava ob vsakem obisku tisti zdravnik, ki takrat dela v tej ambulanti. V oktobru 2023 je v Sloveniji delujočih 7 ambulant za boljšo dostopnost (v OE Celje takšne ambulante ni) ter 17 ambulant za neopredeljene osebe (v OE Celje je ena takšna ambulanta, in sicer v Zdravstvenem domu Celje).

### 3.4 Storitve na daljavo

Zaradi specifičnih razmer pri izvajanju zdravstvenih storitev v času epidemije je ZZZS v sodelovanju z razširjenimi strokovnimi kolegi posameznih zdravstvenih dejavnosti opredelil storitve, ki jih izvajalci lahko izvajajo na daljavo, brez osebne prisotnosti zavarovane osebe. Ve-

<sup>4</sup> Upoštevane so zavarovane osebe, starejše od 13 let.



čina navedenih storitev je bila uvedena 1. 12. 2020, nekatere na predlog medicinske stroke kasneje (januarja, aprila in maja). Obseg izvajanja storitev na daljavo ZZS tudi spremlja in pri spremljanju podatkov v preteklih opazovanih obdobjih lahko opazimo trend zniževanja odstotka obravnav na daljavo, kar velja za primarni in sekundarni nivo zdravstvenih dejavnosti. V povprečju je bil v splošnih dejavnostih odstotek obravnav na daljavo pet- do šestkrat večji kot v specialističnih dejavnostih.

V splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti je bilo v prvi polovici leta 2023 obračunano 1,24 milijona obravnav na daljavo, kar predstavlja 11,9 % vseh obravnav v tem obdobju. To je manj kot v enakem obdobju lani, ko je bil ta odstotek 16,9. Največji odstotek obravnav na daljavo je bil v OE Kranj, najmanjši pa prav v OE Celje.

Tabela 17: Število vseh obravnav, število in odstotek obravnav na daljavo po OE v obdobju 1–6 2023

Območna enota izvajalca	Število vseh obravnav	Število obravnav na daljavo	Odstotek obravnav na daljavo
OE KRANJ	954.600	164.039	17,2
OE LJUBLJANA	2.968.385	469.103	15,8
OE NOVO MESTO	614.756	81.276	13,2
OE NOVA GORICA	632.723	77.470	12,2
OE RAVNE NA KOROŠKEM	712.597	73.729	10,3
OE MURSKA SOBOTA	648.280	62.763	9,7
OE MARIBOR	1.659.276	155.258	9,4
OE KOPER	754.273	59.990	8,0
OE KRŠKO	429.014	32.992	7,7
OE CELJE	1.114.675	71.594	6,4
<b>Total</b>	<b>10.488.579</b>	<b>1.248.214</b>	<b>11,9</b>

Vir: ZAS SPLZUBOL

Še vedno se največ obravnav na daljavo opravi v kurativnem otroško-šolskem dispanzerju ter v splošnih ambulantah. Zanimiv je tudi podatek o odstotku obravnav na daljavo v poddejavnosti Splošna ambulanta za boljšo dostopnost do IOZ, kjer je odstotek zelo visok, vendar je na tej dejavnosti opravljenih zelo malo obravnav, kar je pravzaprav presenetljivo, saj je bilo pričakovati večje obsege realizacije pri tem vsesplošnem pomanjkanju zdravnikov.

Tabela 18: Število vseh obravnav, število in odstotek obravnav na daljavo po vrstah zdravstvenih dejavnosti v obdobju 1–6 2023

Vrsta zdravstvene dejavnosti	Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Število vseh obravnav	Število obravnav na daljavo	Odstotek obravnav na daljavo
301 Medicina dela, prometa in športa	258 Medicina dela	1.302	0	0,0
302 Splošna in družinska medicina	001 Spl. amb., hišni obisk in zdrav. na domu	6.438.578	897.076	13,9
302 Splošna in družinska medicina	002 Splošna ambulanta v soc. var. zavodu	331.660	692	0,2
302 Splošna in družinska medicina	003 Centri za prepreč. in zdravlj. odv. od drog	124.321	0	0,0
302 Splošna in družinska medicina	004 Antikoagulantna ambulanta	122.589	0	0,0
302 Splošna in družinska medicina	064 Spl. amb. za dostopnost do IOZ	44	16	36,4
302 Splošna in družinska medicina	067 Spl. amb. za neopred. zavarovane osebe	41.383	2.939	7,1
306 Ginekologija v splošni zunajboldeji	007 Dispanzer za ženske	391.982	39.493	10,1
327 Pediatrija v splošni zunajboldeji	009 Otroški in šolski dispanzer kurativa	1.246.000	290.814	23,3
327 Pediatrija v splošni zunajboldeji	011 Otroški in šolski dispanzer preventiva	222.439	146	0,1
327 Pediatrija v splošni zunajboldeji	013 Otr. in šol. disp. v drugih zavodih	2.642	94	3,6
327 Pediatrija v splošni zunajboldeji	061 Razvojna ambulanta - cen. za zgod. obr.	107.561	0	0,0
327 Pediatrija v splošni zunajboldeji	065 Otr. in šol. disp. za dostopnost do IOZ	18	3	16,7

Vir: ZAS SPLZUBOL



Tabela 19: Število vseh obravnav, število in odstotek obravnav na daljavo po OE ZZZS v 1–6 2023 v specialističnih zunajbolnišničnih zdravstvenih dejavnostih

Območna enota izvajalca	Število vseh obravnav	Število obravnav na daljavo	Odstotek obravnav na daljavo
OE MARIBOR	485.537	13.527	2,8
OE KOPER	160.782	4.020	2,5
OE NOVA GORICA	112.712	2.648	2,3
OE KRANJ	179.155	3.788	2,1
OE LJUBLJANA	1.040.196	19.350	1,9
OE KRŠKO	55.750	842	1,5
OE NOVO MESTO	141.744	1.763	1,2
OE RAVNE NA KOROŠKEM	112.595	1.016	0,9
OE MURSKA SOBOTA	126.631	1.100	0,9
OE CELJE	227.162	1.961	0,9
<b>Total</b>	<b>2.642.264</b>	<b>50.015</b>	<b>1,9</b>

Vir: ZAS SPECZUBOL

Za celotno specialistično zunajbolnišnično dejavnost je bilo v obdobju prvih šestih mesecev leta 2023 na daljavo obračunanih 1,9 % vseh obravnav, kar je tretjino manj kot v enakem obdobju lanskega leta.

Največji odstotek obravnav na daljavo je bil v OE Maribor, tj. 2,8 %, najmanjši pa v OE Ravne na Koroškem, Murska Sobota in Celje, tj. 0,9 %.

Po posameznih specialističnih zdravstvenih dejavnostih je bil največji odstotek obravnav na daljavo pri zdravljenju neplodnosti, v klinični genetiki in pri mobilnih paliativnih timih.

#### 4. VIRI IN LITERATURA

1. Wikipedija: [https://sl.wikipedia.org/wiki/Savinjska\\_statistična\\_regija](https://sl.wikipedia.org/wiki/Savinjska_statistična_regija).
2. Statistični urad Republike Slovenije: <https://www.stat.si/StatWeb/>.
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravje v občini 2022: novi podatki na novi spletni strani | [www.nijz.si](http://www.nijz.si).
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje, <https://www.nijz.si/sl/oznake/zdravje-v-regiji>.
5. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo za leto 2022, april 2023.
6. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, interni podatki, analize in statistike.
7. Statistični urad Republike Slovenije: <https://www.stat.si/obcine/sl/Region>.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje: <https://www.nijz.si/sl/regije/območna-enota-celje>, | [www.nijz.si](http://www.nijz.si) Zdravje v Savinjski regiji v 2020: postajamo čedalje debelejši in visoko tvegani pivci. Nekateri kazalniki tudi vzpodbudni.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravstveni statistični letopis 2021 | Nijz

**Tatjana Jevševar**  
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



# Predlogi Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije za reformo zdravstvenega sistema

## Povzetek

S strani Združenja (Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije) smo kot predstavniki vseh javnih zdravstvenih zavodov (JZZ) v Sloveniji, ki predstavljajo največji in s tem najpomembnejši del javnega zdravstvenega sistema, želeli predstaviti slabosti sedanjega sistema javnega zdravstva v najširšem smislu. Izpostaviti smo želeli, po našem mnenju, temeljno slabost obstoječega javnega zdravstvenega sistema, kot je neenakopravna obravnava oziroma pogoji delovanja izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe, ki so JZZ in koncesionarji. Neenakosti pogojev delovanja, ki imajo izjemno negativne posledice na delovanje in poslovanje JZZ, že povzročajo postopno razgradnjo JZZ in s tem javnega zdravstvenega sistema, zato opozarjamo na nujno ukrepanje vseh deležnikov, ki upravljajo zdravstveni sistem. Združenje ponuja konstruktivno sodelovanje pri implementaciji sprememb obstoječega zdravstvenega sistema, ki terjajo nadzor in reguliran prehod v razvit, varen in kakovosten zdravstveni sistem.

## Abstract

*The Association of Health Institutions of Slovenia, as the representative of all public health institutions in Slovenia, which represent the largest and therefore the most important part of the public health system, wanted to present the weaknesses of the current public health system in the broadest sense. We wanted to highlight what we consider to be the fundamental weakness of the existing public health system, such as the unequal treatment or operating conditions of providers in the public health service network, which are both public health institutions and concessionaires. The inequalities in the operating conditions, which have extremely negative consequences for the functioning and operation of the public health institutions, are already leading to the gradual dismantling of the public health institutions and thus of the public health system, and we therefore call for urgent action by all stakeholders managing the health system. The Association offers constructive cooperation in the implementation of changes in the existing healthcare system, which require supervision and a regulated transition to a developed, safe and high-quality healthcare system.*

## 1. UVOD

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije že 60 let povezuje in zastopa javne zdravstvene zavode (v nadaljevanju: JZZ) v odnosu do drugih deležnikov, ki v slovenskem prostoru upravljajo javni zdravstveni sistem. Zastopa 90 JZZ, ki po podatkih iz leta 2022 predstavljajo le 5,7 % vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti v javni zdravstveni mreži, vendar zaposlujejo 42.516 oseb oziroma kar 92,4 % vseh zaposlenih v javni zdravstveni mreži. Za svoje delovanje so JZZ v letu 2022 prejeli 2.208 mio EUR ali 83,4 % vseh finančnih sredstev, ki jih je izplačal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) izvajalcem, s katerimi ima sklenjeno pogodbo. JZZ imajo torej v obstoječem slovenskem zdravstvenem sistemu velik pomen oziroma predstavljajo njegov temelj.

Javna zdravstvena dejavnost v Sloveniji je definirana z Zakonom o zdravstveni dejavnosti<sup>1</sup> kot obseg zdravstvenih storitev, katerih trajno in nemoteno opravljanje zagotavljajo v javnem interesu država in lokalne skupnosti in ki se, temelječe na načelu solidarnosti, zagotavljajo kot pravice obveznega zdravstvenega zavarovanja ter se v celoti ali deloma financirajo iz javnih sredstev, predvsem iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Javna zdravstvena dejavnost se opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: izvajalci), ki predstavljajo ponudbo zdravstvenih storitev v Sloveniji, in sicer:

- JZZ (zdravstveni domovi, bolnišnice in klinike),
- pravne osebe (zasebni zdravstveni zavodi, gospodarske družbe) s koncesijo in
- fizične osebe (zasebniki) s koncesijo.

Merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe se določijo s planom zdravstvenega varstva ob upoštevanju enakih pogojev za uporabo zdravstvenih storitev glede na demografsko socialno strukturo prebivalstva in gostoto naseljenosti ter gospodarske možnosti. Izvajalci javne zdravstvene službe so pri opravljanju in načrtovanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja.

Javno zdravstveno službo lahko, pod enakimi pogoji financiranja kot JZZ, opravljajo tudi druge pravne in fizične osebe, in sicer na podlagi koncesije, ki pomeni pooblastilo za izvajanje javne zdravstvene službe.

## 2. POLOŽAJ IZVAJALCEV ZDRAVSTVENIH STORITEV V JAVNI ZDRAVSTVENI MREŽI

Če izhajamo iz trditve, da javno zdravstveno službo lahko pod enakimi pogoji financiranja kot JZZ opravljajo tudi druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije, pa lahko ugotovimo, da so v praksi pogoji izvajanja javne zdravstvene službe med JZZ in koncesionarji pomembno različni.

O enakih pogojih delovanja vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe lahko govorimo predvsem na naslednjih področjih:

- temeljna zdravstvena zakonodaja velja za vse izvajalce (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravniški službi<sup>2</sup>, Zakon o pacientovih pravicah<sup>3</sup>, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>4</sup> ...);
- enaki so pogoji za pridobitev dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
- enak je njihov namen in cilj delovanja: izvajanje zdravstvenih storitev ustrezne kakovosti in skladno s pridobljenim dovoljenjem;
- kolektivne pogodbe, ki veljajo za področje zdravstvenega varstva, se smiselno uporabljajo tudi za koncesionarje;
- vsi izvajalci v mreži javne zdravstvene službe so obvezni zagotavljati neprekinjeno zdravstveno varstvo;

<sup>1</sup> Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDPVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US in 84/23 – ZDOsk-1.

<sup>2</sup> Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19 in 199/21.

<sup>3</sup> Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.

<sup>4</sup> 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.

- vsem izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe je zagotovljen enak način financiranja z upoštevanjem enakih kadrovskega zahtev, enakih kvalifikacij, enake strukture kadra in zahtevanih kompetenc;
- vsem izvajalcem so zagotovljeni prihodki pod enakimi pogoji, kot jih določa vsakoletni dogovor za opravljanje zdravstvenih storitev iz naslova obveznega in prostovoljnega zavarovanja.

Žal pa lahko ugotovimo, da so v praksi pri izvajanju zdravstvenih storitev in upoštevanju pogojev delovanja in financiranja med JZZ in koncesionarji velike razlike, predvsem naslednje:

- Zakon o zdravstveni dejavnosti določa enake pogoje za izdajo dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti; neenakost pri tem nastane zato, ker v praksi regulator pri izdaji soglasja ne preverja obsega zaposlitve nosilca dejavnosti v primerjavi z obsegom dodeljenega tima oz. programa; v JZZ gre v tem primeru za zaposlitev nosilca za enak obseg zaposlitve, kot je dodeljen tim oz. program, pri koncesionarjih pa gre pogosto za zaposlitev v nižjem obsegu od priznanega tima oz. programa;
- zahteva, da zdravstvene storitve opravljajo zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, v praksi pomeni pri JZZ zaposlitev teh delavcev, medtem ko pri koncesionarjih prihaja do zagotavljanja teh delavcev na podlagi pogodb civilnega prava;
- Zakon o zdravstveni dejavnosti določa, da se zdravstvene storitve v sklopu javne zdravstvene službe kot negospodarske storitve splošnega pomena opravljajo na nepridobiten način, vendar pa so zavezani tej zahtevi slediti le JZZ, saj se njihov realiziran presežek prihodkov nad odhodki lahko porabi le za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti. Koncesionarji pa lahko presežek prihodkov nad odhodki, pridobljen pri izvajanju koncesijske dejavnosti v javni mreži, porabijo po lastni presoji, npr. pri izvajanju gospodarskih dejavnosti, ki jih opravljajo, za osebne potrebe, izplačajo jih svojim družbenikom ipd.;
- različen je tudi ekonomski motiv izvajanja javne službe, saj gre v primeru JZZ za neprofitne ustanove, koncesionarji pa so ustanovljeni po Zakonu o gospodarskih družbah<sup>5</sup>, kar v osnovi pomeni, da so ustanovljeni za opravljanje gospodarske (profitne) dejavnosti, zato je tudi na področju izvajanja javne službe, financirane z javnimi sredstvi, njihov motiv ustvarjanje profita oziroma dobička;
- za JZZ in koncesionarje veljajo tudi nekatere različne pravne podlage, npr. JZZ so pri določanju plač ter nagrajevanju zaposlenih dolžni upoštevati Zakon o sistemu plač v javnem sektorju<sup>6</sup> in prvi del Zakona o javnih uslužbencih<sup>7</sup>, koncesionarji pa plače določajo in zaposlene nagrajujejo na podlagi določb Zakona o delovnih razmerjih<sup>8</sup> oziroma na podlagi internih pravil. JZZ imajo zelo omejene možnosti uporabe stimulativnih elementov nagrajevanja in so pri zaposlovanju omejeni z zastarelo zakonodajo. JZZ kot delodajalec javnemu uslužbencu ne sme zagotavljati pravic v večjem obsegu, kot je to določeno z zakonom, podzakonskim predpisom ali s kolektivno pogodbo, če bi s tem obremenil javna sredstva. Koncesionarji pa so tudi pri stimulativnem nagrajevanju svobodnejši (npr. fleksibilen delovni čas, službeni avto, stanovanje);
- JZZ so zavezanci za uporabo Zakona o javnem naročanju<sup>9</sup> pri izvedbi gradenj, nabavi blaga, naročilu storitev, medtem ko za koncesionarje ta zakon ne velja. Upoštevanje tega zakona pomembno vpliva na poslovanje JZZ, saj je znano, da so cene v po-

<sup>5</sup> Uradni list RS, št. 65/09 – uradno prečiščeno besedilo, 33/11, 91/11, 32/12, 57/12, 44/13 – odl. US, 82/13, 55/15, 15/17, 22/19 – ZPosS, 158/20 – ZIntPK-C, 18/21, 18/23 – ZDU-10 in 75/23.

<sup>6</sup> Uradni list RS, št. 108/09 – uradno prečiščeno besedilo, 13/10, 59/10, 85/10, 107/10, 35/11 – ORZSPJS49a, 27/12 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 46/13, 25/14 – ZFU, 50/14, 95/14 – ZUPPJS15, 82/15, 23/17 – ZDOdv, 67/17, 84/18, 204/21 in 139/22.

<sup>7</sup> Uradni list RS, št. 63/07 – uradno prečiščeno besedilo, 65/08, 69/08 – ZTFI-A, 69/08 – ZZavar-E, 40/12 – ZUJF, 158/20 – ZIntPK-C, 203/20 – ZIUPOPdVE, 202/21 – odl. US in 3/22 – ZDeb.

<sup>8</sup> Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US, 22/19 – ZPosS, 81/19, 203/20 – ZIUPOPdVE, 119/21 – ZČmIS-A, 202/21 – odl. US, 15/22 in 54/22 – ZUPŠ-1.

<sup>9</sup> Uradni list RS, št. 91/15, 14/18, 121/21, 10/22, 74/22 – odl. US, 100/22 – ZNUZSZS, 28/23 in 88/23 – ZOPNN-F.

- godbah, sklenjenih na podlagi postopkov javnega naročanja, pogosto višje od cen, ki bi jih JZZ pridobili na trgu le s pogajanjem;
- JZZ so organizatorji in izvajalci neprekinjenega zdravstvenega varstva, koncesionarji so se dolžni vključevati v neprekinjeno zdravstveno varstvo. Žal imajo JZZ z vključevanjem koncesionarjev v neprekinjeno zdravstveno varstvo v praksi veliko problemov, saj slednji sodelovanje pogosto zavračajo ali pa zahtevajo višje plačilo od sredstev, ki jih JZZ dobijo za ta namen;
  - JZZ so skladno z računovodsko zakonodajo zavezani izkazovati ločeno poslovanje za področji izvajanja javne službe in tržne dejavnosti, kar za koncesionarje ne velja, kljub temu da je javna služba za vse izvajalce v javni mreži financirana iz javnih sredstev.

### 3. POSLEDICE SISTEMSKIH NEENAKOSTI PRI DELOVANJU JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA GLEDE NA STATUS IZVAJALCEV V JAVNI MREŽI

#### 3.1. KADROVSKO PODROČJE IN S TEM ORGANIZACIJSKE TEŽAVE

Največje težave na obravnavanem področju povzročajo neenakost pri določanju plač in nagrajevanju zaposlenih, ki se izkazuje:

- kot odliv zaposlenih iz JZZ h koncesionarjem ali k čistim zasebnikom (za poln delovni čas ali krajši delovni čas – »odposlovanje«);
- v povečanem številu podjemnih pogodb z lastnimi zaposlenimi oziroma z zaposlenimi v drugem JZZ;
- v izdaji soglasij »matičnih delodajalcev« za delo pri drugem izvajalcu in posledično tudi v povečanem številu zahtev po izdaji dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti, pri čemer velja opozoriti tudi na vlogo menedžmenta JZZ pri izdaji teh soglasij, saj so te vloge praviloma z njihove strani tudi potrjene;
- pri izvajanju programa dela, saj v JZZ zaposleni delavci pri opravljanju svojega dela praviloma upoštevajo s strani stroke določene kadrovske in časovne standarde ter normative (npr. modra knjiga), a ne upoštevajo v primeru, ko isti zaposleni opravljajo delo preko pogodb civilnega prava;

- v določbah kolektivnih pogodb, v delu, kjer določajo dodatne dni dopusta in krajši delovni čas, ne izkazujejo dejanskih pogojev dela, npr. na področju ionizirajočega sevanja, saj se veliko tega dela izvaja na daljavo, pa tudi pogoji ionizirajočega sevanja so v sodobnih pogojih izvajanja teh storitev pomembno boljši od takratnih, ko so bila ta določila uveljavljena. Navedena določila kolektivnih pogodb pa za JZZ pomenijo še večji manko teh delavcev na področju RTG;
- tudi tako, da se zaradi kadrovskega deficita povečuje izgorelost in bolniški staleži zaposlenih v JZZ, kar povzroča kadrovske in organizacijske težave.

#### 3.2. TEŽAVE PRI POSLOVANJU

Posledica kadrovske težave so organizacijske težave na področju realizacije programa, ki ga ima JZZ dogovorjenega z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), kar povzroča izpad prihodkov JZZ. Težave na področju zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva in najemanja izvajalcev po pogodbah civilnega prava pa povzročajo višje stroške od priznanih v cenah zdravstvenih storitev. Na slednje vplivajo tudi slabši pogoji JZZ pri nabavah blaga in storitev ter s tem seveda slabši poslovni rezultati, ki se izražajo v nakopičenih izgubah iz preteklih let.

V skladu z zahtevami določil Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 so za JZZ veliko bolj regulirane njihove obveznosti, kar prav tako vpliva na njihovo poslovanje, na primer:

- plani programov JZZ se vsako leto povečujejo glede na realizacijo prejšnjega leta za programe, ki so plačani po realizaciji, medtem ko je plan koncesionarja enak zapisanemu obsegu programa iz koncesijske pogodbe,
- odpovedni rok za pogodbo, sklenjeno z ZZZS, je pri JZZ 30 dni, pri koncesionarjih pa je enak odpovednemu roku, ki je opredeljen v koncesijski pogodbi in ne more biti krajši od 30 dni,



- za JZZ se zahteva mesečno poročanje o opravljenih storitvah po zdravstvenih delavcih svetu zavoda, Ministrstvu in Uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu,
- če tekoči prilivi ZZZS in najvišji možni obseg izdatkov ZZZS omogočajo dinamiko plačil avansov v celoti za posamezni mesec, ZZZS zdravstvenim domovom in bolnišnicam nakaže avanse brez zamikov, medtem ko to določilo v Uredbi za koncesionarje ne velja,
- JZZ iz okolice zaporov so dolžni izvajati zdravstveno obravnavo za pripornike in obsojence iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za koncesionarje pa ta obveznost ne velja,
- dejavnost histopatologije je pri koncesionarjih plačana po realizaciji, medtem ko je JZZ plačana samo do plana,
- v JZZ obseg opravljenega dela temelji na sprejetih standardih in normativih (npr. »modri knjigi«); praviloma se pri koncesionarjih ti standardi pri izvajanju storitev ne upoštevajo (pogosto gre tudi za iste izvajalce, ki so zaposleni v JZZ in pogodbeno sodelujejo tudi pri koncesionarjih).
- uveljaviti upoštevanje enakih pogojev za zaposlovanje in nagrajevanje za vse izvajalce v mreži javne zdravstvene službe;
- zagotoviti možnost nagrajevanja zaposlenih tudi v JZZ glede na obseg in učinkovitost dela;
- uveljaviti enotno ločeno vodenje in poročanje o poslovanju vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe po vrstah dejavnosti; na ta način bo zagotovljena transparentna poraba javnih sredstev s ciljem neprofitabilnosti;
- uveljaviti nadzor nad kakovostjo izvajanja zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe z opredelitvijo in poročanjem enotnih kazalnikov kakovosti;
- primerno nagrajevanje managementa v JZZ z ustreznim ločevanjem poslovne in strokovne funkcije.

#### 4. PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE SEDANJEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Izhodišče: vsem izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe za področje izvajanja javne službe zagotoviti enake pogoje delovanja in poročanja o poslovanju, saj gre za porabo javnega denarja, zbranega na solidaren način pod istimi pogoji in za isti namen!

##### 4.1 NEKATERI PREDLOGI REŠITEV:

- uveljaviti način financiranja z upoštevanjem enakih kadrovskih zahtev pri izvajanju dejavnosti pri vseh izvajalcih v mreži javne zdravstvene službe;
- pri izvajanju zdravstvenih storitev uveljaviti upoštevanje standardov in normativov stroške, ki so bili sprejeti z namenom omogočanja zdravniku dovolj časa za kakovostno in varno obravnavo, pacientu pa zagotavljajo največjo možno stopnjo varnosti;

#### 5. PONUDBA ZA SODELOVANJE

Vse navedene pomanjkljivosti in neenotnosti obravnave izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe navajamo z namenom implementacije sprememb v upravljanju sedanjega zdravstvenega sistema, saj verjamemo, da si vsi želimo ohraniti oziroma izboljšati javni zdravstveni sistem v Sloveniji. Dejstvo je, da javni zdravstveni sistem tudi zaradi navedenih anomalij razpada oziroma se korenito spreminja. Po našem prepričanju je osnovni pogoj za ohranitev javnega zdravstva enakopravna obravnavo vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe in s tem vzpostavljeni enaki pogoji delovanja vseh izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe.

Ob vsem navedenem se zavedamo tudi pomanjkljivosti pri delovanju JZZ, zato v Združenju v zadnjih letih krepimo vlogo na področju usposabljanja in svetovanja JZZ na področjih prava, računovodstva, davkov, analiz, javnih naročil in zaposlovanja. Posebno pozornost posvečamo usposabljanju vodilnih in vodstvenih kadrov oziroma managementa v najširšem smislu z uvedbo »Šole vodenja v zdravstvu«, znotraj katere dajemo poseben poudarek temeljni funkciji managementa – vodenju.

Žal se na področju najvišjega vodstva JZZ (plačna skupina B) srečujemo z izjemno podcenjenostjo teh delovnih mest z vidika nagrajevanja, zato jih izkušeni in usposobljeni kadri zapuščajo ali pa se zanje sploh ne odločajo.

Na podlagi vsega navedenega menimo, da mora biti Združenje kot zastopnik največjega dela javnega zdravstvenega sistema, kot so JZZ, zelo pomemben deležnik pri upravljanju zdravstvenega sistema, zaradi česar pričakujemo in sprejemamo izziv za sodelovanje in odgovornost pri uveljavitvi potrebnih sprememb. Dejstvo je, da razmere, v katerih živimo, zahtevajo spremembe na področju zdravstvenega sistema, ki pa zaradi pomembnosti in občutljivosti terjajo nadzor in reguliran prehod v razvit, varen in kakovosten zdravstveni sistem.

## 6. VIRI IN LITERATURA

- *Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 (Uradni list RS, št. 8/23 in 52/23)*
- *Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2022 (2023), Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije*
- *Letno poročilo ZZZS 2022 (2023), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*
- *Zakon o zdravstveni dejavnosti*
- *Zakon o zdravniški službi*
- *Zakon o pacientovih pravicah*
- *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*
- *Zakon o gospodarskih družbah*
- *Zakon o sistemu plač v javnem sektorju*
- *Zakon o javnih uslužbencih*
- *Zakon o delovnih razmerjih*
- *Zakon o javnem naročanju*

**mag. Franc Hočevar**  
Društvo ekonomistov v zdravstvu



## Civilna družba in zdravstvo

### Povzetek

*Društva, ustanove, iniciative in druge oblike združevanja državljanov na področju zdravstva so pomembna sestavina dejavnosti civilne družbe. Združevanja bolnikov in drugih, ki delujejo v okviru civilnih pobud na področju zdravstva, sooblikujejo pogoje zdravstvene obravnave in sistem zdravstvenega varstva ter ozaveščajo bolnike o pravicah in obveznostih. Civilna družba na področju zdravstva ima vedno večjo moč in vpliv na odločitve v zdravstveni politiki.*

### Abstract

*Associations, institutions, initiatives and other forms of citizen involvement in health care are an important part of civil society activity. Patients' associations and others working through citizens' initiatives in the field of health help to shape the conditions of care and the health care system, and raise awareness of patients' rights and responsibilities. Civil society in the health sector is becoming increasingly powerful and influential in health policy-making.*

## 1. UVOD

Civilna družba je skupni naziv za organizacije, ki zastopajo in uresničujejo svoje interese in s tem skrbijo za uresničevanje splošnega javnega interesa ter tudi temeljnih in univerzalnih pravic človeka. Imenujemo jih tudi nevladne organizacije. Njihov namen ni pridobivanje materialnih koristi in sredstev oziroma ustvarjanje dobička. Njihov namen ni vstop v politično odločanje ter v območje oblasti in političnih strank. Odlikujejo jih prostovoljstvo, demokratičnost in avtonomnost. Civilna družba je najučinkovitejši nadzornik države in posameznih delov oblastnih organov. Je najbolj množična oblika predparlamentarne demokracije.

Najpogostejša organizacijska oblika civilne družbe oziroma nevladne organizacije je društvo. Član društva lahko postane vsak, skladno z akti društva in z namenom uresničevanja skupnih interesov. Omogočajo izražanje in tudi zadovoljevanje mnogih interesov, pa tudi potreb. Društvo je najprimernejša oblika organiziranja civilne družbe, je priložnost skupnega nastopanja in združevanja. Zaradi svoje razvejanosti na različnih področjih in v različnih okoljih so društva tudi učinkovit nadzorni mehanizem vladnih in javnih ustanov.

Društev in drugih oblik, kot so ustanove, gibanja, pobude in podobno, je po nekaterih ocenah na področju zdravstva približno dva tisoč. Velika večina je organiziranih kot društvo. Število članov v takih društvih in drugih oblikah je zelo različno, od nekaj do več tisoč članov. Občasna gibanja in koalicije, ki nastajajo na področju zdravstva, so lahko še številčnejše. Posamični in skupni cilj članov društev in drugih oblik civilne družbe je izvajanje dejavnosti, ki se kažejo v zdravstvenih koristih posameznika, skupin in skupnosti.

## 2. DRUŠTVA BOLNIKOV

V prvo skupino uvrščamo društva, v katera se združujejo bolniki z različnimi obolenji. Ocenjujem, da je društev te vrste največ. Imajo zelo jasno zastavljene in definirane cilje ter program dela. Članstvo sestavljajo bolniki, njihovi svojci ali njihovi skrbniki ter zdravstveni delavci različnih področij in znanj. Nekatera tovrstna dru-

štva so množična in vključujejo več tisoč članov, nekatera pa le nekaj. Vsebina dela je zelo pestra in pokriva področje določenih bolezni in obolenj. Ključni cilji in program dela tovrstnih društev obsegajo zadovoljevanje interesov in potreb, povezanih s specifično boleznijo. Zagotovijo odlično notranjo društveno interakcijo in prepletanje različnih informacij o boleznih in obolenjih, ki pestijo članstvo takega društva.

Povezava in prenos znanja strokovnjakov, običajno zdravnikov, na članstvo društva sta med bistvenimi programskimi nalogami. V ta namen organizirajo različna predavanja, posamične pogovore s strokovnjaki, urejanje spletnih strani, izdajanje društvenih časopisov, urejanje spletnih forumov, organiziranje strokovnih srečanj in tudi konference z mednarodno udeležbo.

Pomemben del programov tovrstnih društev na področju zdravstva pa je tudi ustvarjanje pogovora za socialno kohezijo, ki omogoča pogovore o življenju in delu z boleznijo. Ti pogovori so blagodejni za bolnike in opora pri premagovanju težav, povezanih z boleznijo. Pogovori med bolniki z enakimi in istimi boleznimi je za mnoge edinstvena priložnost za razmislek o intimnih težavah, ki jih imajo bolniki. Izhodišče za tovrstne pogovore je medsebojno zaupanje. Taki pogovori in kontakti so tudi odlična priložnost za tolažbo in sočutje.

Vedno več društev s področja zdravstva se povezuje s sorodnimi mednarodnimi združenji, iščejo nove postopke zdravljenja in jih posredujejo našim zdravstvenim ustanovam. Predlagajo nova zdravila in odpirajo poti eksperimentalnim zdravilom. So povezava, skupaj s strokovnjaki s področja zdravja, za razvoj novih zdravil, ter pobudniki za nove metode in pristope v zdravljenju.

V zadnjem času so društva bolnikov začela uvajati tutorje, ki so članom na voljo za pogovor. Tutor je član društva z boleznijo, ki ve več in je na razpolago za pogovor z bolnikom, mu svetuje in ga usmerja v postopke zdravljenja, ga informira o čakalnih vrstah, o referencah posameznih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcih. Pri tutorju društva se zbirajo različne informacije članstva in ta jih ustrezno organizira ter posreduje drugim. Občasno prevzema tudi

vlogo govorca, ki javnosti posreduje sestavljene in sežete informacije o delu društva in težavah njihovih članov.

V društva na področju zdravstva se združujejo bolniki, njihovi svojci ali skrbniki bolnikov z demenco, srčno-žilnimi obolenji, rakom, diabetesom, kožnimi boleznimi, psihičnimi obolenji, redkimi boleznimi, urološkimi boleznimi, boleznimi kosti in tkiv, prezgodaj rojeni otroci in njihovi starši ter bolniki z drugimi obolenji.

V to skupino lahko uvrščamo tudi invalidska društva, v katera se vključujejo osebe s poškodbo hrbtenjače, invalidi z živčno-mišično in multiplo boleznijo, s paralizo, z okvaro vida in sluha ter svojci in skrbniki oseb s posebnimi potrebami. V teh društvih se združuje več deset tisoč članov, ki ob skrbi za zdravje organizirajo vrsto aktivnosti socialne integracije.

Moja ocena je, da je v različna društva, ki delujejo na področju zdravstva, vključenih več kot sto tisoč posameznikov z boleznijo, njihovih svojcev in skrbnikov. Vsako leto se ustanovi več novih tovrstnih društev.

### 3. STROKOVNA DRUŠTVA IN ZDRUŽENJA NA PODROČJU ZDRAVSTVA

Društva, ki vključujejo strokovnjake različnih znanj s področja zdravstva, so mnogoteri. Njihova dejavnost se usmerja v izobraževanje, pridobivanje novega znanja in spodbujanje učenja. So organizatorji strokovnih srečanj, mednarodnih simpozijev, vključujejo se v različna mednarodna strokovna združenja, spodbujajo povezovanje z različnimi sorodnimi združenji v tujini in spodbujajo prenos novih znanj s področja njihovega delovanja. Nekatera društva izdajajo tudi akreditacijske listine in licence novega znanja. Pomembna dela te dejavnosti sta tudi družabno življenje za člane in ustvarjanje ustrezne medčlanske kohezije. Nekatera društva s področja zdravstva se organizirajo v zveze društev in s tem utrjujejo moč za uveljavljanje svojih interesov. Vedno več društev je povabljenih in vključenih v vladne skupine za pripravo različnih gradiv. Če naštejemo le nekatera področja tovrstnih društev, moramo omeniti društva zdravnikov, medicinskih sester,

farmacevtov, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, inženirjev različnih specialnosti, ki delajo na področju zdravstva, psihologov in še mnoga druga. Moja ocena je, da se v tovrstna društva vključuje več kot trideset tisoč članov.

### 4. USTANOVE S PODROČJA ZDRAVSTVA

Med civilno družbo uvrščamo tudi ustanove, imenujemo jih tudi fundacije. Ustanova ni tako pogosta oblika kot društvo. Namen ustanove je izključno dobrodelnost oz. humanitarnost. Njegov program mora biti naravnani v splošno korist in korist posameznikov.

Vsem znana ustanova na področju zdravstva je Ustanova za novo Pediatrično kliniko, ki je bila temeljna opora za začetek postopkov za izgradnjo Pediatrične klinike. Delovala je na več področjih, predvsem pa je utemeljila potrebo po novi bolnišnici za otroke. Ustanova je učinkovito odpirala pot različnim postopkom za sprejemanje odločitev oblastnih organov. Donatorska sredstva, ki so bila zbrana z njenimi aktivnostmi, so bila znatna. Ustanova je bila aktivna tudi kasneje pri zbiranju sredstev za opremljanje klinike. Bila je odlično vodena in ustrezno organizirana, v njenih organih pa so sodelovali prostovoljci z veliko znanja, zavzetostjo in ugledom.

Mali vitez je ena od prvih ustanov. Njen program je naravnani na pomoč in podporo malim oziroma mladim rakovim bolnikom. Že več let uspešno uresničuje svoje poslanstvo in ima velik ugled.

Pred leti je bila vsem znana dejavnost Fundacije »Z glavo na zabavo«. Z aktivnostmi na različnih dogodkih, zabavah in srečanjih mladine so z različnimi igrami in testi mlade odvrčali od uživanja alkohola. V desetih letih obstoja je bilo v program te ustanove vključenih več kot štiri-deset tisoč mladih. Opravljenih je bilo več deset tisoč anket. Organiziranih je bilo več kot tisoč dogodkov. Aktivnosti so bile odlično promocijsko podprte s strani RTV.



## 5. DRUŠTVA POMOČI IN PODPORE ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

Prostovoljna gasilska društva so skrbniki več kot tisoč defibrilatorjev, nameščenih v gasilskih domovih ali v njihovi bližini. Med prostovoljci je več kot deset tisoč usposobljenih za ravnanje z AED. Gasilska društva izvajajo tudi program usposabljanja za nudenje prve pomoči. Mnoge gasilke in gasilci imajo licence za izvajanje tega programa. Rdeči križ Slovenije vsako leto usposobi vrsto prostovoljcev, ki so večji nudenja prve pomoči in ukrepanja v različnih dogodkih, ko so ogrožena življenja.

Med društva, ki delujejo na področju zdravstva, uvrščamo tudi strokovnjake s področja vodenja in organizacije zdravstva. Društvo ekonomistov v zdravstvu izvaja program usposabljanja in izobraževanja svojih članov že trideset let. Je društvo z najbolj kontinuiranim programom druženja in usposabljanja ekonomistov in vodstev zdravstvenih organizacij.

Pred kratkim je bilo ustanovljeno društvo z imenom Zveza organizacij pacientov Slovenije. V zvezo se vključujejo različna društva s področja zdravstva. Trenutno je vključenih okoli štirideset društev bolnikov. Glavne dejavnosti zveze so izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, pomoč pacientom v različnih postopkih uveljavljanja pravic do zdravstvene storitve, ozaveščanje bolnikov o njihovih obveznostih in opozarjanje na nepravilnosti.

Omeniti moramo tudi ljudsko iniciativo Glas ljudstva, ki je oblikovala obsežno listo zahtev za zaščito javnega zdravstva in pravic do zdravstvenih storitev. S svojimi aktivnostmi močno vplivajo na javno mnenje in utemeljujejo zahtevo o ohranitvi javnega zdravstva. Opozarjajo na nevarnosti agresivnih zasebnih pobud in privatizacijo zdravstva.

## 6. ZAKLJUČEK

Društva, ustanove, različna združenja in pobude s področja zdravstva so pomembna sestavina zdravstvenega varstva. Odlikujeta jih prostovoljstvo ter neposredno delo z bolniki in za bolnike. Člani s svojim delom multiplicirajo učinke zdravstvene obravnave ter nudijo neposredno pomoč bolnikom in njihovim svojcem. Moč civilne družbe se na tem področju krepi. Društva vstopajo v proces parlamentarnega odločanja. Vlagajo zakone, organizirajo uspešne referendume, sooblikujejo vsebino vladnih dokumentov in učinkovito gledajo pod prste oblastnim organom na področju zdravstva. Predstavniki civilne družbe so sestavni del nadzora v zdravstvenih ustanovah.

### 6.1 PREDLOG

Zdravstveni zavodi bi morali biti bolj zainteresirani za zaledje, ki ga lahko zagotovijo bolniki, organizirani v društvih. Z zagotavljanjem pogojev za delovanje različnih oblik civilne družbe, z dodeljevanjem domicila ter s strokovno pomočjo bi lahko zdravstvena ustanova povečala svojo učinkovitost in okrepila zaupanje do nje.

### 6.2 DILEMA

Seveda je na mestu vprašanje, do kod naj seže moč civilne družbe, da ne vzpostavlja škodljivih paralelnih procesov odločanja, da ne vstopa in nadomešča uradnih zdravstvenih struktur in uradov ter da ne spodbuja oblikovanja nenačelnih koalicij, katerih cilj je le kopičenje zaslug in brezmejnega škodljivega vpliva na odločitve v zdravstvu. Odgovoriti moramo tudi na vprašanje, kakšno moč naj imajo na tem področju posamezni vplivneži oziroma influencerji. Naj ponovim uvodni stavek tega prispevka: civilna družba je pomemben del predparlamentarne demokracije. Tukaj naj bi se ustavili. TOREJ KOMUNIKACIJA IN SODELOVANJE ZA BOLJŠE ZDRAVJE.

**mag. Franc Vindišar**  
Splošna bolnišnica Celje



# Sodelovanje zdravnikov z ekonomisti in vodstvenim kadrom

## Povzetek

*Sodelovanje med strokovnim in poslovnim vodstvom bolnišnic je ključno za zagotavljanje učinkovitega in kakovostnega delovanja vseh zdravstvenih ustanov. Prispevek obravnava predvsem področje bolnišnic.*

*Strokovno vodstvo, vključno s predstojniki in ostalim vodilnim zdravstvenim osebjem, se osredotoča predvsem na klinične vidike delovanja bolnišnice, kot so diagnostika, zdravljenje in oskrba bolnikov. Poslovno vodstvo pa je odgovorno za upravljanje finančnih sredstev, pridobivanje virov, upravljanje infrastrukture in strategijo dolgoročnega razvoja bolnišnice. Pri zagotavljanju učinkovite in racionalne organizacije dela je bistvenega pomena sodelovanje med obema vodstvoma. Pri tem imajo ključno vlogo ustrezna komunikacija, poenotenje kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, njihovo stalno preverjanje ter pravočasne korekcije v primerih, ko pride do odstopanj oziroma nepredvidenih dogodkov.*

*Sodelovanje med obema skupinama vodstva omogoča boljšo uskladitev ciljev bolnišnice. Poslovno vodstvo izvaja aktivnosti, ki zagotovijo potrebna sredstva za naložbe v medicinsko opremo ali infrastrukturo, ki jo potrebuje strokovno vodstvo. Po drugi strani strokovno vodstvo lahko svetuje o tem, kako optimizirati klinične postopke in zagotoviti najboljšo možno oskrbo bolnikov. To sodelovanje bolnišnicam omogoča, da delujejo bolj učinkovito in bolje izpolnjujejo svojo osnovno poslanstvo – zagotavljanje kvalitetne zdravstvene oskrbe v optimalnem času za vse paciente.*

## Abstract

*Cooperation between the professional and business management of hospitals is key to ensuring the efficient and high-quality operation of all medical institutions. The paper is mainly concerned with the hospital sector.*

*Professional management, including superintendents and other senior medical staff, focuses primarily on the clinical aspects of hospital operations, such as diagnosis, treatment, and patient care. Business management is responsible for financial management, resource acquisition, infrastructure management and the long-term development strategy of the hospital. However, cooperation between the two managements is essential to ensure efficient and rational organization of work. Adequate communication, unification of short and long term goals, their continuous review and timely corrections in case of deviations or unforeseen events play a key role in this.*

*The cooperation between the two management groups enables a better alignment of the hospital's objectives. Business management carries out activities that provide the necessary funds for investments in medical equipment or infrastructure required by professional management. Professional leadership, on the other hand, can advise on how to optimize clinical processes and ensure the best possible patient care. This cooperation enables hospitals to operate more efficiently and better fulfil their basic mission – to provide high quality medical care at the optimal time for all patients.*

## 1. UVOD

V sodobnem svetu se zdravstveni sistemi soočajo z vedno večjimi izzivi, ki zahtevajo inovativne rešitve in multidisciplinarno sodelovanje. Za doseganje zastavljenih ciljev s strokovnega in poslovnega vidika je za uspešnost zdravstvenega sistema nujno učinkovito povezovanje zdravnikov, ekonomistov in ostalega vodstvenega kadra. To sodelovanje omogoča boljše razporeditev virov, optimizacijo procesov ter vzpostavitev bolj učinkovitega in trajnostnega zdravstvenega sistema. Seveda pa ob vsem tem ne smemo pozabiti na pripravo in nadzor ukrepov, namenjenih zagotavljanju kakovosti zdravstvenih storitev in potrebne varnosti pacientov.

Zdravniki s svojim znanjem in izkušnjami v medicini igrajo osrednjo vlogo pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe. Vendar pa se srečujejo z omejenimi viri, povečanim povpraševanjem po storitvah in finančnimi omejitvami. V tem kontekstu postaja ključnega pomena sodelovanje z ekonomisti, ki imajo sposobnost razumevanja in obvladovanja finančnih vidikov zdravstvenega sistema. Žal pa se prepogosto pozablja na ostale deležnike v procesih zdravstvene obravnave, ki prav tako pomembno vplivajo tako na rezultate zdravljenja kot tudi na poslovne rezultate. Med njimi je najštevilčnejša poklicna skupina zdravstvena nega, seveda pa ne smemo pozabiti vseh ostalih zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Za učinkovito vodenje je bistvenega pomena poznavanje procesov dela, in prav tu ima strokovno vodstvo ključno vlogo.

Ekonomisti v zdravstveni sektor prinašajo strokovno znanje o finančnem načrtovanju, analizah stroškov, obvladovanju sredstev in vzpostavljanju učinkovitih poslovnih modelov. Njihova vloga je pomembna pri oblikovanju strategij za zmanjšanje stroškov in povečanje prihodkov, hkrati pa je za ohranjanje visoke kakovosti oskrbe potrebno aktivno sodelovanje z medicinsko stroko in stroko zdravstvene nege. To omogoča boljše razporeditev sredstev, kar pripomore k boljši dostopnosti zdravstvenih storitev in večjemu zadovoljstvu pacientov.

Za uspešno delovanje bolnišnic pa mora tudi strokovni del vodstva pridobiti osnovna znanja s področja ekonomije, saj ima vsaka strokovna odločitev, pa naj bo še tako enostavna z medicinskega področja, posledice na poslovnem delu. Pri tem je treba upoštevati tako prihodkovni kot odhodkovni del. Žal pa je omenjeno dejstvo prepogosto bolj ali manj zanemarjeno, zato so v teh primerih posledice na poslovnih rezultatih hitro vidne. Tako lahko hitro pride do težav pri zagotavljanju sredstev za realizacijo razvojnih načrtov in ustrezno usposobljenega kadra ter zaradi tega do stagnacije ali celo nazadovanja strokovnega nivoja dela na medicinskem področju.

Za doseg uspeha v takem modelu sodelovanja je ključno vzpostaviti odprto komunikacijo med vsemi deležniki. Timsko delo, kjer se združujejo različna strokovna znanja, omogoča kreativno razmišljanje in inovativne pristope k reševanju kompleksnih problemov.

## 2. IZDELAVA STRATEGIJE IN VIZIJE BOLNIŠNIC

Izdelava strategije in vizije je ključna za uspešno usmerjanje in dolgoročni razvoj bolnišnice. Strokovno vodstvo bolnišnice je, v sodelovanju s poslovnim vodstvom, odgovorno za oblikovanje jasne strategije, ki določa cilje, prioritete in smer razvoja bolnišnice v prihodnjih letih. Ta strategija se pogosto oblikuje na podlagi analize trenutnega stanja, potreb in pričakovanj pacientov, konkurenčnega okolja ter potreb skupnosti, za katero je bolnišnica odgovorna.

Vizija bolnišnice pa je njena dolgoročna usmeritev in cilj, ki si ga prizadeva doseči v prihodnosti. Vizija predstavlja idealno stanje, ki ga bolnišnica želi doseči, kot na primer postati vodilna ustanova za zdravstveno oskrbo v regiji ali izboljšati zdravje skupnosti, ki jo oskrbuje.

Izdelava teh dokumentov zahteva sodelovanje strokovnega in poslovnega vodstva, saj je nujno usklajevanje kliničnih potreb in finančnih omejitev. Jasno opredeljeni cilji in vizija pomagajo pri usmerjanju vseh zaposlenih in sodelavcev v bolnišnici ter zagotavljajo, da si vsi prizadevajo za skupne cilje.

### 3. IZDELAVA LETNIH NAČRTOV DELA BOLNIŠNIC

Izdelava letnih načrtov dela je ključna dejavnost vodenja bolnišnic. V tem procesu sodelujejo različne skupine, vključno s strokovnim in poslovnim vodstvom ter z vodstvi bolnišničnih oddelkov in služb.

Strokovno vodstvo prispeva svoje znanje o trenutnih potrebah po zdravstveni oskrbi in možnih obsegih realizacije programov. To vključuje analizo potreb po medicinski opremi, kadrovske sestavi in usposabljanju osebja ter razvoju novih terapevtskih postopkov.

Poslovno vodstvo pa prispeva svoje finančno znanje in strategije za pridobivanje sredstev. To vključuje pripravo proračuna, oceno stroškov za izvajanje planiranih programov ter planiranje investicij v opremo in infrastrukturo bolnišnice. Skupaj se strokovno in poslovno vodstvo posvetita določanju realnih ciljev in pripravi načrta za izvajanje nalog ter doseganje teh ciljev v naslednjem letu.

### 4. SODELOVANJE ZDRAVNIKOV IN EKONOMISTOV

Sodelovanje med zdravniki in ekonomisti je ključno za učinkovito upravljanje bolnišnice. Zdravniki so strokovnjaki za klinično oskrbo bolnikov, medtem ko ekonomisti prinašajo finančno analizo in strategije za učinkovito porabo sredstev.

Sodelovanje obeh skupin je pomembno pri odločanju o naložbah v medicinsko opremo, razvoju novih kliničnih programov in obvladovanju stroškov zdravstvene oskrbe. Ekonomisti lahko pomagajo pri določanju, katere klinične storitve so najbolj donosne in kako optimizirati porabo virov, medtem ko zdravniki zagotavljajo, da so odločitve usklajene z najboljšimi kliničnimi smernicami in potrebami bolnikov.

### 5. ZAKLJUČEK

V zaključku lahko rečemo, da je združevanje znanj in veščin zdravnikov, ekonomistov in vodstvenega kadra ključno za oblikovanje sodobnega, učinkovitega in trajnostnega zdravstvenega sistema. Le s tesnim sodelovanjem lahko dosežemo boljšo dostopnost, kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe ter zagotovimo zdravje in blaginjo vseh družbenih skupin.



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE  
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

## STROKOVNA IN JESENSKA SREČANJA DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU



### STROKOVNA SREČANJA

1. Ljubljana, december 1992, 2. Ljubljana, marec 1994, 3. Ljubljana, november 1996,
4. Radenci, april 1997, 5. Nova Gorica, april 1998, 6. Čatež, april 1999, 7. Portorož, april 2000,
8. Zreče, april 2001, 9. Bled, april 2002, 10. Ljubljana, april 2003, 11. Maribor, april 2004,
12. Otočec, maj 2005, 13. Portorož, maj 2006, 14. Radenci, maj 2007, 15. Ptuj, maj 2008, 16. Rogaška Slatina, maj 2009,
17. Čatež, maj 2010, 18. Bohinjska Bistrica, maj 2011, 19. Rimske Toplice, maj 2012, 20. Ljubljana, maj 2013,
21. Portorož, maj 2014, 22. Nova Gorica, maj 2015, 23. Bohinjska Bistrica, maj 2016, 24. Laško, maj 2017,
25. Bernardin, maj 2018, 26. Bohinjska Bistrica, maj 2019, 27. Laško, maj 2022, 28. Nova Gorica, maj 2023

### JESENSKA SREČANJA

1. Ljubljana, december 1997, 2. Bled, november 1998, 3. Žalec, november 1999 (odpadlo), 3. Otočec, oktober 2000,
4. Velenje, november 2001, 5. Nova Gorica, oktober 2002, 6. Moravske Toplice, oktober 2003, 7. Rogaška Slatina, oktober 2004,
8. Kranjska gora, oktober 2005, 9. Podčetrtek, oktober 2006, 10. Nova Gorica, oktober 2007, 11. Laško, oktober 2008,
12. Bled, oktober 2009, 13. Lipica, oktober 2010, 14. Lendava, oktober 2011, 15. Ankaran, oktober 2012,
16. Zreče, oktober 2013, 17. Podčetrtek, oktober 2014, 18. Radenci, oktober 2015, 19. Maribor, oktober 2016,
20. Ptuj, oktober 2017, 21. Moravske Toplice, oktober 2018, 22. Rogaška Slatina, oktober 2019,
23. Ankaran, oktober 2022, 24. Podčetrtek, oktober 2023