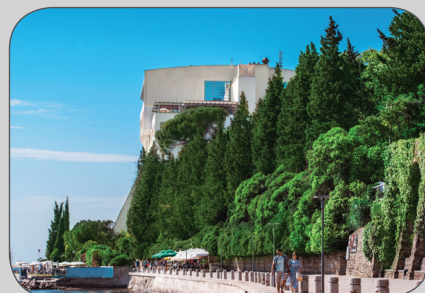


29.

STROKOVNO SREČANJE EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH DELAVCEV V ZDRAVSTVU

»ZDRAVSTVO V PROSTEM TEKU?!«



PORTOROŽ, 25. in 26. april 2024



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

»Zdravstvo v prostem teku?!«

**PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin,
25. in 26. april 2024**



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 Bertoncelj, 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, doc. dr. Denis Tomše

ORGANIZACIJSKI ODBOR SREČANJA:

Damjana Jelačin Ivanovič, Irena Mrzelj, Jana Vučak

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:

<https://www.devz.si/2024/04/17/zbornik-in-prezentacije-29-strokovnega-srecanja-ekonomistov-in-poslovodnih-delavcev-v-zdravstvu-bernardin-25-in-26-april-2024/>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 192969219

ISBN 978-961-95979-3-4 (PDF)

PROGRAM SREČANJA

Četrtek, 25. april 2024

08:30 – 09:30	Registracija udeležencev
09:30 – 09:40	Uvodni pozdrav in otvoritev srečanja <i>Helena Ulčar Šumčič, predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu</i>
09:40 – 10:00	Predstavitve Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna <i>Aleksander Merlo, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna</i>
10:00 – 10:20	Produktivnost dela zaposlenih v zdravstvu – kako jo opredeliti in kako jo meriti ter načrtovati? <i>mag. Franc Vindišar, Kirurški sanatorij Rožna dolina, d. o. o.</i>
10:20 – 10:40	Veliki javni zdravstveni zavodi in/ali zasebna zdravstvena dejavnost <i>doc. dr. Marko Jug, Univerzitetni klinični center Ljubljana</i>
10:40 – 11:00	Ali bi s preoblikovanjem zdravstvenih domov zagotovili večjo dostopnost do zdravstvenih storitev? <i>Petra Kokoravec, Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica</i>
11:00 – 11:20	Zdravstvo: Dostopnost, odpornost, javni izdatki <i>mag. Eva Helena Šarec, Urad RS za makroekonomske analize in razvoj</i>
11:20 – 11:40	Razprava
11:40 – 12:10	Odmor
12:10 – 12:30	Delovno razmerje in odgovornost <i>Andraž Jakelj, Onkološki inštitut Ljubljana</i>
12:30 – 12:50	Z nujno reformo do učinkovitejših ukrepov za obvladovanje zdravstvenega absentizma <i>mag. Ana Vodičar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije</i>
12:50 – 13:20	Medgeneracijski mostovi <i>izr. prof. dr. Dan Podjed, ZRC SAZU</i>
13:20 – 13:40	Razprava
14:00 – 16:00	Odmor za kosilo
16:00 – 19:00	Izlet
20:00	Družabni večer

Petek, 26. april 2024

- 09:00 – 09:15** **Predstavitve Obalne kraške zdravstvene regije**
mag. Miran Bizjak, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 09:15 – 09:30** **Uvodni nagovor**
dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje
- 09:30 – 10:00** **Sprejete spremembe v zadnjem letu, ki so oziroma še bodo vplivale na dostopnost do zdravstvenih storitev**
prim. mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje
- 10:00 – 10:20** **Kako bolj učinkovito črpati sredstva za investicije – pogled ustanovitelja**
Marjan Pintar, Ministrstvo za zdravje
- 10:20 – 10:40** **Ovire pri izvedbi investicij v zdravstvu z vidika JZZ**
Jure Dolinar, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 10:40 – 11:00** **Razprava**
- 11:00 – 11:30** **Odmor**
- 11:30 – 12:00** **Kako bi ZZSZ povečal dostopnost do zdravstvenih storitev in kako postal aktivni kupec zdravstvenih storitev**
doc. dr. Tatjana Mlakar, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 12:00 – 12:30** **Izhod iz krize v zdravstvu**
Samo Fakin, samostojni svetovalec
- 12:30 – 12:50** **Poslovanje in organizacija JZZ v letu 2023**
mag. Vlasta Mežek, Ministrstvo za zdravje
- 12:50 – 13:15** **Razprava in sporočila srečanja**
- 13:15** **Zaključek srečanja**

VSEBINA

Zdravstvo v prostem teku?!	7
Bogdan Tušar, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Predstavitev Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna (Sodobno materinstvo: poslanstvo ali izziv)	11
Marjeta Stegel Bizjak, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	
Produktivnost dela zaposlenih v zdravstvu – kako jo opredeliti in kako jo meriti ter načrtovati?	15
mag. Franc Vindišar, Kirurški sanatorij Rožna dolina, d. o. o.	
Ali bi s preoblikovanjem zdravstvenih domov zagotovili večjo dostopnost do zdravstvenih storitev?	21
Petra Kokoravec, Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica	
Zdravstvo: Dostopnost, odpornost, javni izdatki	25
mag. Eva Helena Šarec, Urad RS za makroekonomske analize in razvoj	
Delovno razmerje in odgovornost	33
Andraž Jakelj, Onkološki inštitut Ljubljana	
Predstavitev Obalno kraške zdravstvene regije	39
mag. Miran Bizjak, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	
Ovire pri izvedbi investicij v zdravstvu z vidika JZZ	49
Jure Dolinar, Univerzitetni klinični center Ljubljana	
Poslovanje in organizacija JZZ v letu 2023	61
mag. Vlasta Mežek, Ministrstvo za zdravje	

Bogdan Tušar
Društvo ekonomistov v zdravstvu



Zdravstvo v prostem teku?!

Področje zdravstva mora biti eno od temeljnih strateških razvojnih področij in ena od ključnih prioritet slovenske države. Ob pripravah na izvedbo zdravstvene reforme so bile septembra 2023 na strani Ministrstva za zdravje predstavljene usmeritve zdravstvene politike za leti 2024 in 2025, ki naj bi naslovile prednostne naloge za doseganje večje stabilnosti, predvsem pa večje dostopnosti zdravstvenega sistema. Smernice naslavlja vrsto ukrepov, ki naj bi zagotovili boljšo dostopnost zdravstvenih storitev ter zmanjšali neenakost med prebivalci na ravni države in posameznih regij. Kljub nekaterim sprejetim ukrepom na makro in mikro ravni podatki zadnjih dveh let ne kažejo bistvenega izboljšanja stanja v zdravstvu, prej nasprotno – pacienti ostajajo ujetniki dolgih čakalnih vrst, delež oseb, ki nimajo izbranega osebnega zdravnika, zobozdravnika ali ginekologa, se še naprej povečuje, deficit medicinskega in negovalnega kadra ostaja, stroški zdravstvene oskrbe naraščajo itd. Zdi se, kot da so doslej sprejeti reformni ukrepi nezadostni in da se zastavljeni cilji vse bolj oddaljujejo v prihodnost, zato tudi ni naključje, da smo ekonomisti v zdravstvu za letošnje pomladno srečanje izbrali tak naslov. Kaj se dogaja? Je slovensko zdravstvo dejansko ujet »v prostem teku«? Smo res obstali na mestu ali se vendarle po malem premikamo proti želenim ciljem naprej? Pogledi uporabnikov sistema, izvajalcev zdravstvenih storitev, plačnika in regulatorja sistema na to, kje trenutno smo, so si med seboj različni.

Vsebina tokratnega srečanja ekonomistov v zdravstvu se zato osredotoča na vprašanje, kako učinkovito nasloviti finančne, kadrovske in infrastrukturne izzive slovenskega zdravstvenega sistema, da bo zmožel zagotavljati stabilno in ka-

kovostno oskrbo, večjo enakost pri dostopu do storitev ter boljšo varnost za paciente. Izkušnje zadnjih let so namreč dodatno razgalile številne vrzeli v slovenskem zdravstvu, njegove systemske in organizacijske pomanjkljivosti, ki se odražajo na področju nezmožnosti pravočasnega načrtovanja ter zagotavljanja ustreznih finančnih in kadrovskih virov, zagotavljanja primerne zdravstvene infrastrukture itd.

Učinkovit zdravstveni sistem predstavlja enega od stebrov sodobne socialne države. Sistem pa je lahko učinkovit le, če ob danih finančnih in drugih virih pacientom zagotavlja največjo možno stopnjo zdravja. V primerjavi z ostalimi državami članicami EU se Slovenija po številnih kazalnikih izdatkov in investicij v zdravstveni sistem še vedno uvršča pod povprečje EU. Po celotni porabi za zdravstvo na prebivalca v Sloveniji smo v letu 2021 dosegli 88 % povprečja EU (leta 2017 81 %). Na drugi strani se tekoči izdatki za zdravstvo v deležu BDP ob upoštevanju navadnega povprečja EU gibljejo malo pod nivojem povprečja EU. Po podatkih Eurostata so bili tekoči izdatki za zdravstvo na prebivalca v letu 2021 najvišji v Nemčiji (5.156 EUR na prebivalca) in Avstriji (4.661 EUR na prebivalca), najnižji pa v Bolgariji (1.707 EUR na prebivalca) in Romuniji (1.662 EUR na prebivalca). V Sloveniji so na prebivalca znašali 2.668 EUR, kar je nekoliko pod povprečjem držav članic EU, ki znaša 3.028 EUR¹. Slovenski zdravstveni sistem je v epidemiji vstopil finančno in kadrovsko podhranjen. Po večletni stagnaciji izdatkov za zdravstvo glede na BDP pa so se ti od nastopa epidemije povečali.

¹ Eurostat, Health 2023.

Delež vseh tekočih javnih izdatkov v skupnih izdatkih se je namreč v letu 2022 povečal na 74,3 % (leta 2019 je bil 72,8 %)². Finančni izdatki za zdravstvene storitve v Sloveniji se torej povečujejo, skrbi pa dejstvo, da se povečujejo tudi izdatki »iz žepa« v skupni porabi gospodinjestev, a žal samo pri tistih, ki si to lahko privoščijo.

V Sloveniji se bodo po predvidevanjih zdravstveni izdatki kot delež BDP v naslednjih letih še povečevali. Ob omejenih virih lahko dolgočasno finančno stabilnost zdravstvenega sistema in zdravstvenih potreb pacientov dosežemo le z dobro organizacijo dela in sodelovanjem vseh deležnikov zdravstva. Pojavljajo se trditve, da je denarja v sistemu premalo in da ne sledi potrebam pacienta. Toda ali lahko dodatna finančna sredstva zagotovijo boljše zdravstvo? Izkušnje kažejo, da več vloženega denarja samo po sebi ne pomeni nujno tudi več opravljenih storitev ali njihovo višjo kakovost, boljšo dostopnost in manj čakalnih vrst. Za boljše zdravstvo so nujne spremembe v organizaciji delovanja zdravstvenega sistema, predvsem na področju načrtovanja, upravljanja in optimizacije procesov dela, spremljanja produktivnosti, storilnosti in učinkovitosti dela zaposlenih ter upravljanja kadrovske, opremske in prostorske zmogljivosti, pa tudi čakalnih dob. Osnovna težava slovenskega zdravstvenega sistema je torej njegova organizacija – na sistemski in izvedbeni ravni. V neoptimalno organiziranem sistemu realne potrebe ne bodo nikoli povsem ustrezno naslovljene, zato bo zdravstvo vedno podhranjeno, tako finančno kot kadrovske. Ključne probleme zdravstva bi zato morali nasloviti znotraj sistemskih sprememb, v okviru katerih bi bilo glede na finančne zmožnosti najprej treba opredeliti družbeno sprejemljiv obseg javno financiranih pravic, okrepiti vlogo regulatorja, definirati mrežo izvajalcev javne zdravstvene službe ter znotraj tega jasno opredeliti vlogo javnih in zasebnih izvajalcev ter način njihovega delovanja, nadgraditi modele financiranja in način vrednotenja storitev, modernizirati obstoječi sistem pogajanj in nakupa zdravstvenih storitev pri izvajalcih, digitalizirati procese dela, implementirati objektivne in finančno vzdržne standarde in normative dela, vezati plačilo storitev na izkazane učinke uspešnosti in kakovosti opravljenega dela pri izvajalcih, predvsem pa vzpostaviti orodja za učinkovitejše načrtovanje in upravljanje človeških virov v zdravstvu.

Človeški viri so ob finančnih ključnega pomena za delovanje zdravstva. Pomanjkanje strokovnjakov na posameznih področjih, fluktuacija kadra, (ne)konkurenčnost zaposlitve v zdravstvenem sektorju in težave pri premoščanju medgeneracijskih razlik so ključni izzivi, s katerimi se danes soočajo praktično vsi izvajalci. Pomladno srečanje ekonomistov v zdravstvu bo poskušalo ponuditi rešitve tudi za to, kako pristopiti k medgeneracijskim izzivom ter spodbuditi prenos vrednot, znanja in veščin med generacijami. Izvajalci so se namreč znašli pred pomembno nalogo: kako aktivirati potencialne zaposlenih vseh starostnih skupin ob zavedanju, da vsak od njih v delovno okolje prinaša različne vrednote in pričakovanja, predvsem pa kako uravnotežiti izkušnje, znanje in kompetence ter krepiti medgeneracijsko sodelovanje. Odgovor se skriva v spremembi organizacijske kulture in v zavedanju, da so ključ do uspešnosti organizacije lahko le motivirani, opolnomočeni in kompetentni delavci vseh generacij. Če jih seveda uspemo dobiti oziroma zadržati! Kadra v zdravstvu v Sloveniji primanjkuje, poslušamo v medijih dan za dnem. Delno naj bi bilo to povezano s tem, da kadra sploh ni, delno pa s slabimi pogoji dela, nizkimi plačami, velikimi delovnimi obremenitvami in pomanjkanjem kariernih priložnosti. Statistični podatki³ v nasprotju s splošnim prepričanjem kažejo drugačno sliko. Število zdravstvenih delavcev (zdravnikov in delavcev v zdravstveni negi) v javnih zdravstvenih zavodih se je leta 2023 v primerjavi z letom 2018 povečalo – v bolnišnicah za skoraj 6 %, v zdravstvenih domovih pa za kar 21 %. Število vseh zdravnikov v bolnišnicah je leta 2023 v primerjavi z letom 2018 naraslo za 5 % (151 več zaposlenih), v zdravstvenih domovih pa za 17 % (230 več zaposlenih), medtem ko se je število zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnicah v istem obdobju zmanjšalo za 4 %, v zdravstvenih domovih pa povečalo za 20 % (771 več zaposlenih). Tudi podatki o realizaciji programa kažejo, da je bilo v primerjavi z letom 2018 v letu 2023 opravljenih več storitev – v zdravstvenih domovih npr. je bilo v programu splošne ambulate opravljenih za 18,7 % več storitev (količnik), prav tako v programu OŠD (za 14,7 % več

2 SURS (2024).

3 SPodatki in kazalci poslovanja JZZ od leta 2018 do 2023, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

storitev – količnik kurative in 16,9 % več storitev – količnik preventive), zobozdravstva za odrasle (25 % več storitev – točke) in zobozdravstva za mladino (34 % več storitev – točke). V bolnišnicah se je v enakem obdobju zmanjšalo število opravljenih primerov v ABO za 2 %, povečalo pa se je število uteži za 3,4 % in število storitev v diagnostiki (54 % več preiskav MR in CT in 23,6 % več opravljenih točk za ultrazvok in rentgen). Poleg pomanjkanja ustreznih finančnih in kadrovskih virov je za Slovenijo značilno tudi pomanjkanje vizije in strateškega načrtovanja investicij v zdravstvu. Objekti, namenjeni zdravstveni dejavnosti, so bili v Sloveniji zgrajeni v različnih časovnih obdobjih od leta 1889 do 2009, zato je zanje značilen manko ustreznih prostorskih kapacitet in njihova nefunkcionalnost, razdrobljenost ter iztrošena osnovna infrastruktura, ki ne sledi potrebam procesov dela in tehnološkemu razvoju medicinskih strok, energetska neučinkovitost, visoki tekoči stroški vzdrževanja in energentov ter visoka iztrošenost in amortizacija opreme. Če smo še v letu 2011 v slovenskih bolnišnicah beležili 67-odstotno odpisanost opreme, je ta delež v letu 2023 presegel 85 %. Posledice občutijo predvsem pacienti, ki potrebujejo zdravljenje, in zaposleni, ki opremo uporabljajo. Zaostanek se kaže tudi na področju razvoja informacijsko-komunikacijskih tehnologij in razvoja digitalnih storitev. Kljub določenemu napredku pri digitalni konkurenčnosti v Sloveniji še vedno zaostajamo za povprečjem EU, s čimer se oddaljujemo od potrebne celovite digitalne preobrazbe zdravstvenega sektorja. Izvajalci za informacijsko-komunikacijsko tehnologijo danes namenijo manj kot 2 % celotnih prihodkov (v gospodarstvu je ta delež med 6 in 10 %). Problem je tudi nepovezanost različnih informacijskih sistemov in nezmožnost izmenjave podatkov zaradi neusklajenih standardov za izmenjavo, šifrantov in samega podatkovnega modela, posledično pa vprašljivost pravilnosti podatkov.

V zdravstveno infrastrukturo in medicinsko opremo se je od leta 2008 do 2022 v povprečju investiralo 37,2 mio EUR letno (od tega 0,8 mio EUR na primarni ravni), kar je glede na obseg in starost infrastrukture ter glede na razvoj in napredek zdravstva bistveno premalo za dol-

goročno ohranjanje ter razvoj primerne zdravstvene infrastrukture. V letu 2021 je bil zato sprejet zakon o zagotavljanju sredstev za investicije v zdravstvo. Ta je med letoma 2021 in 2031 za zdravstvo predvidel močan naložbeni cikel v vrednosti 2 mrd EUR iz domačega proračuna in evropskih skladov za vzpostavljane najpomembnejših operativnih zmogljivosti slovenskega zdravstva. Sprejeti zakon je vzpostavil podlago za sistematično planiranje kratkoročnih in srednjeročnih investicij, predvsem za krepitev že obstoječe mreže javne zdravstvene službe na način, da se bodo projekti planirali in izvajali usklajeno, učinkovito in racionalno. Učinkovita organizacija in ustrezno načrtovanje dela sta namreč ključna za pravočasno in uspešno izvedbo investicijskih projektov. Dejstvo pa je, da je tako na Ministrstvu za zdravje kot tudi pri izvajalcih zdravstvenih storitev zaposlenega premalo kadra, zlasti strokovno usposobljenega, da bi v začrtanih časovnicah lahko uspešno in pravočasno realizirali vse načrtovane investicijske projekte, ki so z organizacijskega ter tudi izvedbenega vidika izjemno zahtevni in kompleksni. Omejene so na drugi strani tudi kapacitete izvajalcev del na trgu, sploh če upoštevamo, da se na naše razpise le redko javljajo tuja gradbena podjetja.

Poznamo projekcije finančnih, kadrovskih in infrastrukturnih potreb v zdravstvu, torej dobro vemo, na katere probleme v zdravstvu se moramo v naslednjih letih posebej osredotočiti. Dejstvo je, da se je v zadnjih letih v primerjavi z obdobjem pred epidemijo v zdravstvo namenilo bistveno več finančnih sredstev za izvajanje zdravstvenih programov in financiranje investicij, opravljenih je bilo kumulativno več storitev in zaposlenih več kadrov, pa vendar težave z dostopnostjo ostajajo prisotne. Zdravstveni sistem po strokovni plati vendarle deluje ter pacientom zagotavlja strokovno, varno in kakovostno oskrbo. Slovenija z bistveno manj vloženega denarja po mnogih kazalcih dosega enake ali celo boljše rezultate kot države EU, ki zdravstvu namenja več denarja. Nujno potrebne so torej odločne spremembe v organizaciji njegovega delovanja. Samo tako bomo glede na izzive časa našim državljanom zmogli dolgoročno zagotoviti močno, solidarno in pravično dostopno javno zdravstveno varstvo.

BELEŽKE

[illegible]

Marjeta Stegel Bizjak

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna



Predstavitev Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna

(Sodobno materinstvo: poslanstvo ali izziv)

Povzetek

Bolnišnica Postojna je bila že sredi 18. stoletja pomembno zatočišče za ljudi, ki so se soočali predvsem z nalezljivimi boleznimi. Sčasoma se je iz splošne bolnišnice preoblikovala v specializirano ustanovo za ženske bolezni in porodništvo. Kakovost storitev in osebni stiki s pacientkami ter posluh za njihove težave so prispevali k visokemu ugledu bolnišnice v širšem prostoru znotraj in zunaj državnih meja. Veliko pacientk se vrača na podlagi dobrih izkušenj, ki jih imajo v bolnišnici. Osebe bolnišnice se skuša prilagoditi in ugoditi željam pacientk, njihovim posebnostim in, kar je najpomembnejše, ohranja osebne stike z njimi. V zadnjih letih se trendi pri odločanju za materinstvo spreminjajo. V ospredje prihajajo ostale vrednote. Vendar, zakaj se soočamo z upadanjem porodov, če je potreba po ljubezni ena temeljnih človekovih potreb?

Abstract

As early as the middle of the 18th century, the Postojna Hospital appeared as an important refuge for people who were mainly dealing with infectious diseases. Over time, it was transformed from a general hospital into a specialized institution for women's diseases and obstetrics. The quality of services and personal contacts with patients, as well as listening to their problems, have contributed to the high reputation of the hospital in a wider area within and outside national borders. Many patients return based on the good experience they had at the hospital. The hospital staff tries to adapt and satisfy the wishes of the patients, their peculiarities and, most importantly, tries to maintain personal contact with them. In recent years, trends in decision-making for motherhood have been changing. Other values come to the fore. However, why are we facing declining births if the need for love is one of the basic human needs?

POGLED V PRETEKLOST

O Postojni, kot prehodni točki med morjem in Ljubljano, je poročal že Valvasor. Kasneje so pisni viri dokaj redki. Oskrbniki gradov v bližini so si tukaj postavili svoja domovanja. Zaradi slabih higienskih razmer in močne prometne povezave proti Italiji so se večkrat pojavile nalezljive bolezni v obliki epidemije. Večkrat so razsajale črne koze, vojščaki iz Lombardije pa so sem zanesli tudi kolero, ki je zahtevala precej žrtev. Pojavljali so se razni »zdravilci«, po vaseh pa babice, ki so se poleg porodov ukvarjale tudi z zdravljenjem ljudi.

Prve podatke o stacionariju ali bolnišnici imamo iz leta 1749, vendar je imela stavba namen zatočišča za ljudi z nalezljivimi boleznimi. Leta 1846 so Postojnčani pisali cesarju Ferdinandu I. in ga prosili, da podpre gradnjo bolnišnice, ter predlagali, da se sklad, ki je bil zbran iz vstopnin v že takrat svetovno znani Postojnski jami, uporabi za ta namen. Temu so skozi leta dodali še prostovoljne prispevke in donacije ter kupili hišo poleg takratne bolnišnice in jo preuredili v bolnišnico. Del poslopja so uredili kot oddelek za patološko nosečnost. Ker kapacitete niso sledile potrebam, so leta 1907 zgradili poleg stare stavbe novo in jo poimenovali »Obča javna bolnica«. Kasneje je bila zaradi italijanske okupacije preimenovana in vodstvo je bilo v celoti italijansko. Po razpadu fašistične Italije so bili v bolnišnici zdravljeni številni aktivisti in borci NOV.

MEJNIKI V DELOVANJU BOLNIŠNICE POSTOJNA

1950

Splošna bolnišnica v Postojni se ukine 1. septembra 1950 po odloku takratnega ministrstva ter preoblikuje v specialno bolnišnico za ženske bolezni in porodništvo. Namenjena je pacientkam celotne Primorske in večjega dela Notranjske. Kasneje odprejo ginekološko-porodniška oddelka še v Kopru in Šempetru pri Novi Gorici. Ob ustanovitvi ima bolnišnica 64 bolniških postelj in 28 postelj za novorojence. Porodov je bilo 1.600–1.700 letno.

1981

Poleg splošne anestezije se začnejo uporabljati tudi vse regionalne oblike anestezije. Opravi se prvi carski rez v epiduralni anesteziji.

1984

Nabava prvega UZ aparata, ki pomeni največjo novost v diagnostiki na področju ginekologije in porodništva.

1986

Začne se razvoj endoskopske operativne tehnike.

1988

Prelomno leto za Bolnišnico Postojna, saj se dejavnost preseli v nov objekt, zgrajen s samopriskom. Občani in okoliška podjetja zbirajo sredstva od leta 1985 do 1990.

1995

V bolnišnici se kot alternativa ponudi porod v vodi. Po pacientki, ki prva izrazi interes za tovrstni porod, bolnišnica vzpostavi pogoje za možnost poroda v vodi vsem nosečnicam, ki to želijo.

1999

Konec leta 1999 opravimo prvi porod s pomočjo epiduralne porodne analgezije kot alternativo drugim oblikam lajšanja porodne bolečine.

2000

Ministrstvo za zdravje s sklepom ministra pobožnosti Bolnišnico Postojna za opravljanje oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). S tem postane bolnišnica tretji center poleg UKC Ljubljana in Maribor.

2002

Bolnišnica posveča velik poudarek lajšanju porodne bolečine. Od 1. 1. 2002 dalje lahko vsaka porodnica, ki rodi v Bolnišnici Postojna, izbere epiduralno analgezijo kot način lajšanja porodne bolečine 24/7.

2010

Želimo prisluhniti potrebam in željam pacientk, zato leta 2010 po zgledu primerov iz tujine odpremo t. i. babiško hišo, organizirano v okviru prostorov bolnišnice. Nudi varno okolje za porod brez uporabe medikamentoznih sredstev, s čimer se približamo naravnemu načinu pora-

janja. Prostori so zasnovani v obliki apartmaja in nudijo tudi možnost sobivanja partnerja oz. družine.

2011

Skupaj z investitorjem Ministrstvom za zdravje se izvede popolna energetska sanacija objekta bolnišnice, in sicer izolacija ovoja stavbe s fasado, menjava stavbnega pohištva, izolacija podstrešja, vgradnja solarnih panelov, menjava toplovodnega kotla za ogrevanje, vgradnja termostatskih ventilov, menjava razsvetljave z varčnimi sijalkami in prenova sistema prezračevanja.

2014

Bolnišnica se aktivno vključi v postopke in ustvarjanje pogojev za pridobitev standardov kakovosti. Od takrat vzdržuje standard ISO 9001 in mednarodno akreditacijo za zdravstvo Accreditation Canada Int.

2022

Po dolgih letih administrativnih zapletov uspešno otvoriti vrata novemu prizidku bolnišnice z bolnišnično lekarno, opremljeno s sodobno opremo. Lekarna nudi vso oskrbo z zdravili in medicinskimi pripomočki za varno obravnavo pacientk v naši bolnišnici. Ob tem bolnišnica pridobi tudi prizidek, v katerem je dodatno bolnišnično dvigalo, dostop do sejne sobe in predavalnice, na drugi strani pa dve ambulanti za namen dispanzerja za žene in sprejema pacientk.

2024

Otvoritev Centra za zdravljenje neplodnosti in oploditev z biomedicinsko pomočjo v pritličju bolnišnice. Center ponuja celostno obravnavo para, ki se sooča s težavami neplodnosti.

BOLNIŠNICA POSTOJNA DANES

Bolnišnica pokriva območje bivših občin Sežana, Ilirska Bistrica, Postojna in Cerknica. V večjem številu prihajajo pacientke še iz občin Ajdovščina, Logatec, Idrija, Ribnica in Ljubljana, posamezne pa iz cele Slovenije, kakor tudi iz sosednjih držav.

V bolnišnici je bolnicam, nosečnicam in otročnicam na voljo 54 postelj. Poleg njih imamo še 4 porodne postelje in 4 postelje v sobi za intenzivno nego ter 28 postelj za zdrave novorojenčke,

4 inkubatorje in 4 ogrevalne posteljice za nego novorojenčkov in nedonošenčkov. Na obeh oddelkih naše bolnišnice – na ginekološkem in porodnem – ponujamo možnost bivanja v nadstandardnih sobah.

Poseben poudarek namenjamo lažšanju porodne bolečine ter izobraževanju in osveščanju nosečnic. Najnovejša pridobitev je t. i. babiška hiša, kjer imajo pacientke možnost izbire naravnega poroda z izbrano babico. V teh prostorih smo namestili dodatno sodobno porodno posteljo.

Letno obravnavamo okoli 5000 bolnic in porodnic, povprečno pa pri nas rodi okrog 1500 do 1600 porodnic letno. Povpraševanje po lažšanju porodne bolečine s pomočjo epiduralne porodne analgezije narašča iz leta v leto. Nekatere porodnice izkoristijo tudi možnost poroda v vodi.

ŠTEVILO PORODOV V BOLNIŠNICI POSTOJNA

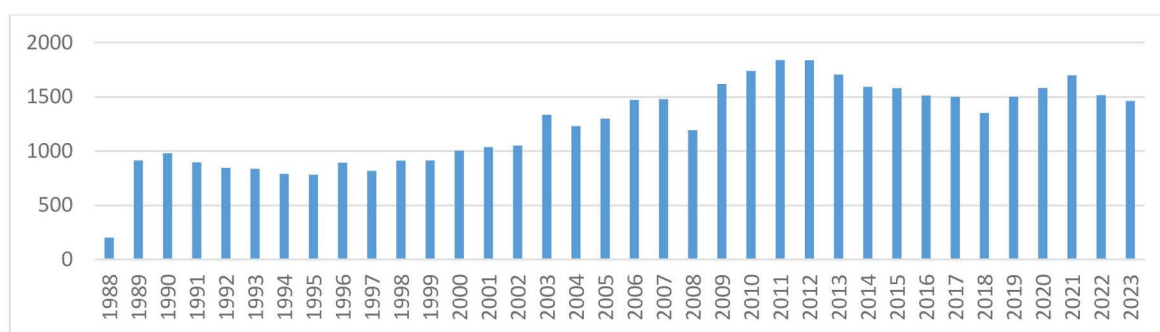
Iz grafičnega prikaza lahko razberemo, kako se je gibalno število porodov v bolnišnici od selitve v nove prostore do danes. Skupaj je bilo v času od leta 1988 do danes v tej stavbi rojenih 44.930 otrok. (Graf 1)

IZZIVI ZA PRIHODNOST

Sodobne mlade ženske se odločajo za materinstvo čedalje starejše. Najnovejše vprašanje, ki se poraja, pa je, ali se sploh še odločajo za družino in otroke. Gre za ekonomska ali moralna vprašanja ali pa mogoče za spremembo vrednot, ki so lahko tudi posledica vzgoje?

Družin brez otrok je vse več. To kažejo tudi podatki. Naravni prirast je v Sloveniji od leta 2017 negativen, saj vsako leto umre več prebivalcev, kot se jih rodi. V Sloveniji se je lani rodilo manj kot 17.000 otrok, kar je bilo skoraj 5 % manj kot leto prej in najmanj po letu 1972. Leta 2022 je bila stopnja delovne aktivnosti mater s tremi ali več otroki 81,5-odstotna, tretja najvišja v EU-27.¹

¹ Vir: SURS

Graf 1: Število porodov v Bolnišnici Postojna od selitve na novo lokacijo do danes

Cilj bolnišnice je ohraniti število porodov na 1.500 letno.

Poleg tega narašča število družin brez otrok. Leta 2021 je bilo v Sloveniji skoraj 175.000 družin brez otrok, predstavljale so 30 % vseh družin. Med družinami z otroki jih je 39 % imelo enega otroka, 6 % družin pa vsaj tri otroke. Ob popisu prebivalstva leta 1981 je bilo 21 % družin brez otrok, 10 % pa jih je imelo najmanj tri otroke.

Težava nastane pri vrednotenju vrednot (Slaček, 2012). Vrednot se ne da preprosto naučiti, ker spadajo v duhovno dimenzijo. Ko jih posameznik prepozna, jih mora tudi vnesti v vsakodnevne odločitve in svoj vsakdan. Kot svobodno bitje se vsak sam odloči za sprejemanje vrednot in njihovo uresničevanje. Odločitev je ena najtežjih nalog. Na eni strani imamo prijetno stran odločanja, kar nam predstavlja svobodo, na drugi strani pa breme zavedanja lastne odgovornosti za svoje življenje. Otroci se hitro navdušijo za številne stvari, vendar je naloga staršev in vzgoje, da jih pripeljemo do vrednot, ki so odločilne za nadaljnje življenje.

Postavlja se nam vprašanje, zakaj imajo najbolj preprosti ljudje najbolj izdelan sistem vrednot. Mogoče je odgovor v tem, da niso obremenjeni s težo sodobnosti, ki narekuje materialno udobje, tekmovalnost, nujo po čim večji informiranosti in težnjo za užitki. Vse te pritiskline sodobnosti zelo otežujejo odločitve za vrednote.

Se bodo torej sodobne, mlade ženske oz. pari odločali za starševstvo? Kje smo zgrešili, da jim starševstvo in družina ne predstavljata več vrednote, ki bi jima bili vodilo za življenje? Vprašanje postaja zelo zahtevna antropološka tema.

Zavedati pa se moramo, da bodo posledice upadanja rodnosti dolgoročne in kompleksne. Države se morajo prilagoditi tem spremembam s strategijami, ki spodbujajo rodnost, podpirajo družine in zagotavljajo trajnostni razvoj. S skupnimi močmi se potrudimo, da ozaveščamo mlade, da kariera in družina nista nezdržljivi in se ne izključujeta. Za uspešno kariero ni treba žrtvovati družinskega življenja in za lastno srečo se mora angažirati vsak posameznik. Ni nujno, da so stvari, ki so posameznikom prinesene na pladnju, ključ do sreče in zadovoljstva. Ali kot je rekel Stephen Hawking: »Sodelujmo pri zagotavljanju takšne prihodnosti, da si bomo v njej želeli sodelovati.«

LITERATURA IN VIRI

1. Slaček, N., 2012, *Vrednote in razvajenost – problema sodobne družbe [na spletu]*. Diplomsko delo. Maribor : N. Slaček. [Dostopano 22. marec 2024]. Pridobljeno s: <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slve&id=36669>
2. Zalokar-Divjak, Z., 2000, *Vzgajati z ljubeznijo*, Krško: Gora, s. p.

mag. Franc Vindišar
Kirurški sanatorij Rožna dolina, d. o. o.



Produktivnost dela zaposlenih v zdravstvu – kako jo opredeliti in kako jo meriti ter načrtovati?

Povzetek

V današnjem času, ko se soočamo z vse večjim številom bolnikov in pomanjkanjem virov, postaja produktivnost v zdravstvu še kako pomembna. Produktivnost namreč ni le merilo učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega sistema, ampak vpliva tudi na kakovost in varnost oskrbe bolnikov. Visoka produktivnost pomeni več storitev in boljše rezultate za paciente, kar pa zahteva ustrezno upravljanje virov, procesov in zaposlenih.

Produktivnost v zdravstvu se nanaša na več dejavnikov, ki vplivajo na učinkovito upravljanje virov, časa in procesov v zdravstvenih ustanovah. To vključuje optimizacijo delovnih procesov, učinkovito organizacijo dela in zagotavljanje kakovostne oskrbe bolnikov.

Eden ključnih dejavnikov produktivnosti v zdravstvu je učinkovito upravljanje časa in virov. To pomeni, da je treba ustrezno načrtovati urnike, organizirati procese dela in optimalno porazdeliti vire, kot so oprema, zdravila in kadri. Pomembno je izboljšati komunikacijo med različnimi oddelki in zaposlenimi, med različnimi poklicnimi skupinami ter zagotoviti ustrezno usposabljanje in podporo zaposlenim pri njihovem delu.

Abstract

At a time when faced with an increasing number of patients and a shortage of resources, productivity in healthcare is becoming very important. Productivity is not only a measure of the efficiency and effectiveness of the healthcare system, but also affects the quality and safety of patient care. High productivity means more services and better results for patients, which in turn requires proper management of resources, processes and employees.

Productivity in healthcare refers to several factors that influence the efficient management of resources, times, and processes in healthcare facilities. This includes optimizing work processes, effectively organizing work and ensuring quality patient care.

One of the key factors of productivity in healthcare is efficient time and resource management. This means that schedules need to be properly planned, work processes organized, and resources such as equipment, medicines and personnel optimally distributed. It is also important to improve communication between different departments and employees, as well as to provide adequate training and support to employees in their work.

VPLIV DEJAVNIKOV NA PRODUKTIVNOST

Pomemben dejavnik, ki vpliva na produktivnost v zdravstvenem sistemu, je uporaba tehnoloških inovacij. Moderne tehnologije, kot so elektronske zdravstvene kartoteke, sistemi za upravljanje informacij in digitalizacija zdravstvenih postopkov, lahko pripomorejo k večji učinkovitosti dela in zmanjšanju birokracije. Poleg tega tehnološke inovacije omogočajo boljšo komunikacijo med zdravstvenimi delavci, hitrejše diagnosticiranje bolezni in boljšo sledljivost zdravstvenega stanja bolnikov. Z uporabo sodobne tehnologije in informacijskih sistemov hitreje dostopamo do podatkov o pacientih, izboljšamo komunikacijo med zdravniki in drugimi strokovnjaki ter spremljamo rezultate zdravljenja. Tako lahko hitreje in učinkoviteje sprejemamo odločitve glede zdravljenja in upravljanja pacientov.

Produktivnost v zdravstvu izboljšamo z boljšim upravljanjem virov, kot so čas, denar, oprema in kadri. Pomembno je, da zdravstvene ustanove ustrezno načrtujejo in upravljajo svoje vire, da se zagotovita učinkovito delovanje in kakovostna oskrba bolnikov. Usposobljeni in motivirani zdravstveni delavci so ključni za produktivnost v zdravstvu, zato je pomembno, da imajo ustrezne delovne pogoje, možnosti izobraževanja in podporo vodstva. Izrednega pomena pa je tudi ustrezna komunikacija ter jasno postavljeni cilji in vizija.

Pomembno je spodbujati inovativne pristope k organizaciji dela v zdravstvu. To vključuje uvedbo novih tehnologij, kot so telemedicina, pametni senzorji in mobilne aplikacije, ki lahko olajšajo spremljanje zdravstvenega stanja pacientov in izboljšajo učinkovitost zdravljenja. Prav tako je treba spodbujati interdisciplinarno sodelovanje med različnimi strokovnjaki ter podpirati inovativne rešitve za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe.

Vendar pa je treba kljub pomembnosti produktivnosti v zdravstvu paziti, da se ta ne izvaja na račun kakovosti in varnosti oskrbe bolnikov. Še vedno je ključno, da se osredotočamo na zadovoljstvo bolnikov, zagotavljanje ustrezne medicinske oskrbe in spoštovanje etičnih načel.

Izredno pomembno je spremljanje in ocenjevanje učinkovitosti sistema zdravstvene oskrbe. S pomočjo rednega spremljanja kazalnikov uspešnosti, kot so čakalne dobe, stopnje okužb, delež ponovnih hospitalizacij zaradi iste diagnoze in zadovoljstvo pacientov, lahko identificiramo težave in učinkovito ukrepamo za njihovo reševanje.

POSEBNI VLADNI PROJEKT LETA 2017 IN 2018

Na osnovi stavkovnih zahtev sindikata FIDES je bil 6. 4. 2017 sklenjen sporazum o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti, katerega del je bil posebni vladni projekt (PVP) z naslednjimi cilji: skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu, povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, manj nepotrebnih napotitev na sekundarni nivo, bolj učinkovita povezanost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev med ravnmi zdravstvenega varstva ter s tem povezana večja dostopnost kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev. Projekt je trajal eno leto, njegova končna vrednost je bila 8,1 mio €, od tega 4,2 mio € na primarnem nivoju (52 %), slabe 3 mio € na sekundarnem in terciarnem (36 %) ter slab 1 mio € na področju zobozdravstva. Čakalne dobe so se skrajšale za 131 vrst zdravstvenih storitev, a se je kljub temu skupno število čakajočih povečalo. Kot pozitiven učinek je bila ocenjena postavitev normativov na vseh nivojih zdravstvenega varstva in s tem pridobljeno orodje za vodstva zdravstvenih zavodov za lažje organiziranje dela in predvsem primerljivost med posameznimi izvajalci. Pomemben napredek se je zgodil pri uporabi storitev eZdravja. Seveda pa je celoten projekt spremljalo veliko težav, od katerih velja posebej izpostaviti stopnjo informatizacije v javnih zdravstvenih zavodih. Ker so bili roki za implementacijo projekta zelo kratki, ni bilo možno poenotiti načina zbiranja podatkov, kar je pri nekaterih izvajalcih onemogočalo vključevanje v projekt. Ob tem je treba navesti podatek, da je bila ob sklenitvi sporazuma zahteva, da se zagotovi poimensko vključitev zdravnikov, kar je imelo za posledico zbiranje podatkov za cca 6.000 zdravnikov. Poleg zdravnikov pa so bili v projekt vključeni tudi drugi zdravstveni delavci in sodelavci. Izpostaviti velja, da so bili na nacionalni ravni opredeljeni kriteriji, ki so nasla-

vljali izzive, povezane s čakalnimi dobami. Sem so bili uvrščeni hišni obiski, posegi, opravljeni v okviru primerne nivoja, število napotitev s primarnega nivoja, obseg izvedbe prvih pregledov na sekundarnem in terciarnem nivoju ipd. Izpostavljene so bile težave v evidencah dejansko opravljenih pogodbenih ordinacijskih ur na vseh nivojih, v zagotavljanju ustrezne informacijske podpore in v povezavi s kvaliteto opravljenih storitev.

Kot pomembna pridobitev projekta so bili zbrani podatki o dejanski razpoložljivosti posameznih zdravnikov za neposredno delo s pacienti. Iz evidentiranega časa prisotnosti je bil izvzet čas za pripravo na delo, čas, namenjen zagotavljanju kakovosti, edukaciji študentov in specializantov, zagotavljanju konziljarne službe ipd. Seveda pa so bile vključene tudi vse ostale odsotnosti, kar je bistveno vplivalo na skupni čas in s tem definiralo skupno razpoložljivost. Tako je bila vrednost imenovalca pri izračunu produktivnosti praviloma zelo nizka.

Kljub samo delnemu doseganju ciljev projekta pa je treba izpostaviti, da so bili postavljeni temelji za spremljanje obremenitev zaposlenih v zdravstvu, podane so bile možnosti za primerjave med posameznimi izvajalci, hkrati pa je bila implementirana skrb za zagotovitev boljših delovnih pogojev, predvsem zagotavljanje dovolj časa za izvajanje posameznih storitev. Rezultati tega projekta so bili vključeni v organizacijske spremembe večjega števila zdravstvenih zavodov.

PRODUKTIVNOST NA PODROČJU RADIOLOGIJE

Radiološka dejavnost predstavlja področje, kjer so pogoji za spremljanje produktivnosti dela vseh zdravstvenih delavcev najboljši, saj je področje v celoti digitalizirano, z jasno definiranimi storitvami v obliki radioloških diagnostičnih postopkov (RDP), ki predstavljajo tudi osnovo za obračunske modele. V okviru PVP so bili izdelani normativi za posamezne RDP, ki so bili med izvajalci samo delno poenoteni. Posledično so bile tudi po obdobju PVP pomembne razlike med posameznimi zavodi. Poudariti velja, da je za pojasnilo teh razlik nujno poznavanje delovnih procesov, ki se med izvajalci nekoliko

razlikujejo. Med njimi izstopa način organizacije dela v urgentnih centrih (popolnoma ločeno delovišče, vključevanje v hospitalni del), samo ambulantna dejavnost, delež vključevanja zunanjih izvajalcev ipd. Drugi pomemben dejavnik je način izdaje radiološkega izvida; pri tem je pomembno dejstvo, ali se v proces vključuje administrativno osebje ali je celoten proces v domeni radiologov. Seveda so bili posledično normativi različni, a spet se pokaže pomen poznavanja procesov dela in s tem povezane vloge strokovnega vodstva posameznega zavoda.

Opozoriti je treba na ustrezno analitično spremljanje postopkov in upoštevanje kadrovske pogojev, ki so se, posebej v postkovidnem obdobju, hitro spreminjali. Pri tem pa imajo bistveno vlogo analitiki in seveda odločevalci, ki so odgovorni za poslovanje zavodov.

Na področju radiologije lahko v bližnji prihodnosti računamo na pomembne spremembe, ki bodo povezane tudi s produktivnostjo. Pri tem želim posebej izpostaviti prihajajočo umetno inteligenco, ki bo na tem področju zanesljivo pomembno vplivala na procese. Še vedno pa ostajajo izzivi, povezani s spremljanjem kakovosti radioloških obravnav. Bistven podatek je informacija napotnemu zdravniku o odgovoru na postavljeno klinično vprašanje in odločitve o nadaljnjih postopkih. Vse pre pogosto se namreč srečujemo s potrebami po ponavljanju preiskav, s tem povezanim podaljševanjem zdravljenja in nepotrebnim dodatnim stroškom. Glede na stopnjo digitalizacije bi bilo treba tudi sprejeti standarde za posamezne RDP, saj so trenutno, kljub enotnemu plačilu za posamezno storitev, izdane preiskave s pomembno različnimi kazalniki.

Poseben izziv bo zagotavljanje radioloških storitev, ki zahteva neposredno prisotnost ob pacientu, kot so ultrazvočne preiskave in posegi na področju interventne radiologije. Poiskati bo treba ustrezno ravnotežje pri nagrajevanju, saj trenutno stanje povzroča, da se večina radiologov usmerja predvsem v delo na daljavo.

PRODUKTIVNOST IN NUJNA MEDICINSKA POMOČ

Na področju nujne medicinske pomoči in neprekinjenega zdravstvenega varstva je z umikom Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva leta 2017 nastala praznina, ki ima za posledico neenakomeren pristop v posameznih zavodih, posebej na sekundarnem in terciarnem nivoju. Stanje je precej boljše na primarnem nivoju, kjer imamo mrežo trenutno jasno definirano in je organizacija skladna s Pravilnikom o nujni medicinski pomoči.

Z ukinitvijo spremljanja dela v neprekinjenem zdravstvenem varstvu in uvedbo nove organizacije na tem področju v obliki urgentnih centrov, je, predvsem v obdobju po epidemiji covid-19, prišlo do uvajanja novih delovišč pri posameznih zdravstvenih zavodih oz. do spremembe v njihovi organizaciji. Z ukinitvijo Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva ni več pravne osnove za spremljanje dela na tem področju, kjer pa so težave pri organizaciji, ob znanem pomanjkanju kadra, še toliko bolj evidentne.

Seveda pri tej dejavnosti ni možno govoriti o produktivnosti, a bi morali kljub temu zagotavljati redno spremljanje obremenitev in na osnovi teh podatkov prilagajati celotno organizacijo. Samo s tem lahko zagotavljamo učinkovito oskrbo, v ustreznem času in ob sprejemljivih obremenitvah vseh zdravstvenih delavcev. V urgentnih centrih sicer spremljamo številne kazalnike, a ukrepov na njihovi osnovi praktično ni. Na področju ostalega dela neprekinjenega zdravstvenega varstva pa je stanje še neprimer- no manj spremljano in posledično tudi neureje- no. Glede na kadrovske vire bo v bližnji priho- dnosti na tem področju treba sprejeti določene ukrepe, da bo sistem ostal vzdržan.

KAZALNIKI KAKOVOSTI IN PRODUKTIVNOST

Sistem spremljanja kakovosti v zdravstvu je v veliki večini usmerjen v spremljanje organiza- cije, pravih kazalnikov kakovosti opravljenih zdravstvenih storitev pa je zelo malo. Za zagota- vljanje spremljanja produktivnosti posameznih izvajalcev pa bi bila uvedba slednjih nujni pogoj.

Izvajalci na letnem nivoju poročajo o čakanju na operacijo po zlomu kolka, ki traja več kot 48 ur, o profilaktični uporabi antibiotikov pri določe- nih vrstah operacij in o uporabi krvnih kompo- nent pri določenih vrstah operacij. Poleg tega je uveden način spremljanja varnostnih odklonov pri obravnavi pacientov, nastalih preležanin, padcev pacientov v zdravstvenih ustanovah in poškodb zaposlenih, evidentiranju pojava več- krat odpornih mikroorganizmov, higieni rok zaposlenih, pohvalah in pritožbah pacientov, absentizmu zaposlenih ter smrtnosti pri mož- ganski kapi in akutnem miokardnem infarktu.

Kljub zbiranju teh podatkov in njihovem obja- vljanju na spletnih straneh zdravstvenih zavo- dov pa manjkajo aktivnosti, na osnovi katerih bi lahko uvajali izboljšave. Podatki so tako pogosto sami sebi namen. Uvesti bi bilo treba kazalnike kakovosti posameznih vrst zdravstvene obrav- nave, zagotoviti celovito informatizacijo procesa in jih nato povezati s spremljanjem obsega sto- ritev po posameznih izvajalcih. Samo na takšen način bi lahko zagotovili ustrezno povezavo s produktivnostjo.

Pri uvajanju tega procesa je ključna vloga re- gulatorja sistema, ki mora postati Ministrstvo za zdravje, ne pa da se ukvarja z upravljanjem posameznih zavodov. Na nivoju izvajalcev pa je treba spremeniti način vodenja, ki nikakor ne more biti dodatna aktivnost ob osnovnem delu zdravnika. Profesionalizirati je treba upravljanje in ločiti karierne poti upravljanja od medicinske stroke. Na nivoju plačnika zdravstvenih storitev – ZZZS pa se morajo zdravniki začeti ukvarjati tudi s spremljanjem kakovosti in izidov zdra- vljenja, ne zgolj z iskanjem obračunskih napak.

Pri spremljanju kakovosti bi veljalo posebno skrb nameniti izvajanju aktivnosti, ki bodo za- gotovile debirokratizacijo zdravstva, nikakor pa ne širile aktivnosti na tem področju.

Informatizacija mora procese poenostaviti in optimizirati, saj bomo s tem lahko zagotovili, da bodo izvajalci lahko več časa namenili neposrednemu delu s pacienti.

ZAKLJUČEK

Produktivnost v zdravstvu vsekakor predstavlja poseben izziv, saj le-te nikakor ni možno primerjati s produktivnostjo v gospodarstvu. Kljub temu pa je spremljanje obsega posameznih storitev ključna, saj brez tega ni možno zagotoviti ustrezne ravni kakovosti na nivoju tako celotne ekipe kot posameznega izvajalca. Na osnovi le-tega je treba jasno definirati mrežo izvajalcev posamezne storitve. Kot enega bistvenih elementov pri odločitvah je treba upoštevati kazalnike kakovosti, ki bi jih morali na organizacijskem nivoju nadgraditi tudi z izhodi zdravljenja posameznih bolezenskih in popoškodbenih stanj. Pri tem je treba vključiti vse zdravstvene delavce, ne samo zdravnic in zdravnikov. Seveda pa je treba uvesti tudi drugačen način nagrajevanja, ki ne sme temeljiti na seniornosti in evidenci prisotnosti na delovnem mestu, ampak na dejanskem obsegu in kvaliteti opravljenega dela.

Vzpostaviti je treba primerjavo rezultatov in uspešnosti med različnimi zdravstvenimi ustanovami ter identifikacijo najboljših praks in priložnosti za izboljšave. Poleg strokovnih kazalnikov je pomembno vključiti tudi rezultate anket zadovoljstva pacientov.

Pomembno je, da zdravstvene ustanove redno analizirajo in spremljajo svojo produktivnost ter sprejemajo ustrezne ukrepe za povečanje učinkovitosti in kakovosti oskrbe pacientov. Svojo vlogo pa morajo prevzeti organi upravljanja – sveti zavodov, ki jih je nujno profesionalizirati in jim dati pravo upravljavsko vlogo.

BELEŽKE

[illegible]

Petra Kokoravec

Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica



Ali bi s preoblikovanjem zdravstvenih domov zagotovili večjo dostopnost do zdravstvenih storitev?

Povzetek

Dostopnost se z različnih pozicij različno razume in je odvisna od pričakovanj posameznika. Pacient, zdravnik in direktor zavoda dostopnost razumejo povsem različno drug od drugega. Prav tako opredeljenost nujno še ne pomeni dostopnosti. V primeru primarnega zdravstvenega varstva je za dostopnost ozko grlo zdravnik. Morda bi z nekaterimi ukrepi lahko zagotovili boljšo dostopnost storitev.

Abstract

Accessibility is understood differently from different perspectives and depends on individual expectations. A patient, a doctor and a director of a public institution have very different understandings of accessibility. Similarly, a patient's choice of doctor does not necessarily imply accessibility. In the case of primary health care, the bottleneck for accessibility is the doctor. Perhaps some measures could make services more accessible.

UVOD

V medijih pogosto slišimo, da je težava z dostopnostjo zdravstvenih storitev na primarni ravni. Ker je primarna raven zelo širok pojem, se bom tu osredotočila predvsem na dostopnost storitev na področju družinske medicine in pediatrije. Pogosto beremo, da je težava v tem, da imamo v državi 140.000 neopredeljenih oseb in da nekateri med temi dejansko ne uspejo dobiti zdravnika, pri katerem bi se opredelili. Navedeni sta dve trditvi, ki nista v ničemer povezani. Opredeljenost še ne pomeni dostopnosti. Četudi bi bili vsi pacienti opredeljeni, ne pomeni, da bi vsakič, ko bi potrebovali zdravnika, dejansko do njega tudi prišli. Obe trditvi pa naslavljata isti izvor, in sicer pomanjkanje zdravnikov na primarni ravni.

Dostopnost se z različnih pozicij različno razume. Zakon zavodom nalaga, da moramo biti za ljudi dostopni v fizični obliki, preko telefona, e-pošte ter navadne pošte. Kadar se naslavlja dostopnost, največkrat poslušamo o telefonski dostopnosti/nedostopnosti ter elektronskem omogočanju vseh poti e-dostopov. Navadne pošte ne uporablja praktično nihče več. Pacient razume dostopnost na način, da pričakuje, da mu bo zdravnik na razpolago vsakič, kadar on pričakuje, in v času, za katerega on smatra, da je primeren. Zdravnik oz. osebje ambulate razumejo, da morajo izvajati triažo po stopnji nujnosti in zagotoviti primerno, varno in učinkovito dostopnost za vse opredeljene paciente, kar pa ni nujno skladno s pričakovanji pacientov. Direktor zavoda razume, da je dostopnost primerna, če je narejena vsa letno pričakovana realizacija programa, ker to pomeni, da smo pacientom dali vse, do česar so upravičeni. Realizacija programa iz obiskov je na področju družinske medicine in pediatrije v vseh zavodih vedno presežena. Torej, ali je očitek o slabi dostopnosti sploh upravičen ali so samo pričakovanja nerealna? Če vzamemo, da je očitek upravičen, je vredno razmisleka, kaj lahko spremenimo. Že na začetku sem povedala, da je pri našem načinu dela za dostopnost ozko grlo zdravnik.

PODELITEV KONCESIJ VSEM ZDRAVNIKOM NA PRIMARNI RAVNI

Verjetno bi ob sedanjem načinu financiranja dosegli nižji delež neopredeljenih, kar pa ne pomeni, da bi povečali dostopnost. Že sedaj imamo priložnost videti, da so ambulate, ki imajo večje, včasih tudi nerazumno visoko število opredeljenih pacientov, za paciente dejansko nedostopne. Posledično pacienti pogosteje obiskujejo urgentne centre in so pogosteje napoteni na sekundarni nivo obravnave. Bi pa tak način zagotovo zmanjšal možnost timskega pristopa, ki ga v zdravstvenih domovih, kjer domujejo različne službe, zagotavljamo. Prav tako bi bilo bistveno težje izvajati nadzore kakovosti obravnav. Poleg tega si vsi zdravniki tega niti ne želijo.

ZDRUŽEVANJE ZAVODOV

Manjši zavodi so bolj ranljivi za spremembe. Združevanje manjših, bližnjih zavodov primarne ravni bi zagotovo racionaliziralo organizacijo in izboljšalo dostopnost, predvsem bi olajšalo nadomeščanje v času odsotnosti določenih zdravnikov. Združevanje povsod ne bi doprineslo k dostopnosti, ponekod pa zaradi oddaljenosti to niti ni mogoče. Vendar pa do združevanja dejansko ne pride niti tam, kjer bi bil ukrep edino logičen.

ZMANJŠANJE POVPRASEVANJA PO STORITVAH

Na povpraševanje imamo zelo malo vpliva. Lahko bi izobraževali uporabnike, vendar je to dokazano dolgoročno malo učinkovito in izjemno zahtevno.

POVEČATI PONUDBO STORITEV

Ponudbo storitev bi z obstoječimi kadri lahko povečali ob vzpostavitvi dovolj stimulativnih pogojev dela in plačila. Direktorji to možnost prepoznavamo in smo ji naklonjeni, vendar je naša glavna ovira, da smo zdravstveni zavodi organizirani kot javni zavodi in podvrženi vsej veljavni zakonodaji, ki nas v marsičem zelo omejuje. Nerazumno je, da nimamo možnosti delovanja po principu gospodarskih družb, kar po svojem načinu delovanja dejansko smo. Res je, da je naš ustanovitelj država ali občina, kar

nas umešča med javne zavode, vendar smo glede na zagotavljanje financ bistveno bolj podobni gospodarskim družbam. Tozadevno se bistveno razlikujemo od večine drugih javnih ustanov. Če bi imeli možnost delovanja po principu gospodarskih družb, bi lahko vzpostavili delovne pogoje, zanimive za zaposlene, plačilo pa bi lahko sledilo učinkovitosti posameznega zaposlenega. Z možnostjo izkoriščanja različnih načinov stimulacije in nagrajevanja bi zagotovo dosegli večjo dostopnost.

ZAKLJUČEK

Iskreno verjamem, da zdravstveni domovi v strokovno organizacijskem smislu nismo predpotopni dinozavri, ki sodijo v muzej. Uporabnikom lahko nudimo najkakovostnejše storitve, ki sledijo sodobnim potrebam. Bistvenega pomena pri tem je sodelovanje različnih služb in strok, ki ga omogočamo. Nujno pa potrebujemo finančno organizacijsko spremembo v strukturi delovanja, saj nas delovanje v obliki javnega zavoda vse preveč omejuje, da bi lahko bili kakorkoli konkurenčni.

BELEŽKE

[illegible]

mag. Eva Helena Šarec

Urad za makroekonomske analize in razvoj



Zdravstvo: dostopnost, odpornost, javni izdatki

Povzetek

Prispevek obravnava nekaj ključnih dimenzij zdravstvenega varstva na makro ravni: finančno dostopnost, odpornost in izdatke za zdravstvo. Pri finančni dostopnosti so prikazani zadnji trendi glede gibanja neposrednih izdatkov iz žepa za zdravje, ki so v Sloveniji še vedno relativno nizki v primerjavi z EU, vendar se je njihov delež v porabi gospodinjstev v zadnjih letih povečal. Odpornost zdravstvenega sistema je ključna za odziv na urgentne zdravstvene razmere. Glede na to, da se Slovenija sooča s pomanjkanjem zdravnikov in medicinskih sester, lahko to ogrozi zmožnost sistema za hitro odzivanje na potrebe, zlasti na področju intenzivne medicine. Hkrati je investiranje v infrastrukturo, opremo in digitalne tehnologije ključno za izboljšanje odpornosti sistema. Javni izdatki za zdravstvo so se v obdobju 2020–2023 močno povečali, zlasti zaradi potreb po obvladovanju epidemije. Z letom 2024 uvedeni obvezni zdravstveni prispevek, ki je nadomestil dopolnilno zdravstveno zavarovanje, pa bo javne izdatke za zdravstvo v Sloveniji povečal na enega najvišjih deležev v EU.

Ključne besede: finančna dostopnost, finančna zaščita, dostopnost, odpornost zdravstvenega sistema, izdatki za zdravstvo

Abstract

The paper deals with some of key dimensions of health care on the macro level: affordability, resilience and expenditure for health. It shows some last trends in indicators in the mentioned areas for Slovenia. In terms of affordability, the latest trends in out-of-pocket expenditure for health are shown, which are still relatively low in Slovenia compared to the EU, but their share in household consumption has increased in recent years. Health system resilience is key to responding to health emergencies. Given that Slovenia is facing a shortage of doctors and nurses, this may threaten the system's ability to respond quickly to needs, especially in the area of intensive care. At the same time, investing in infrastructure, equipment and digital technologies is key to improving the resilience of the system. Health spending increased in 2020–2023, especially due to the needs to manage the COVID-19 epidemic. In 2024, Slovenia introduced a new mandatory health contribution, which replaced complementary health insurance. Therefore, public expenditure on health in Slovenia is expected to be one of the highest in the EU.

Key words: affordability, accessibility, responsiveness, health expenditure

UVOD

V zadnjih letih smo v Sloveniji priča spremembam, ki so vplivale na finančno dostopnost, odpornost zdravstvenega sistema ter spremembe v strukturi in obsegu javnih izdatkov za zdravstvo. Prispevek se osredotoča na analizo podatkov in trendov v zadnjih letih na navedenih področjih in opozarja na poslabšanje finančne dostopnosti, izzive v odpornosti sistema ter spremembe v strukturi izdatkov za zdravstvo v Sloveniji v luči ukinitve doplačil in s tem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter uvedbe novega obveznega zdravstvenega prispevka. Prispevek povzema nekatere dele poglavja o Zdravju in aktivnem življenju, pripravljenega za letni publikaciji Urada za makroekonomske analize in razvoj – Poročilo o razvoju 2023 in Poročilo o razvoju 2024.

FINANČNA DOSTOPNOST

Finančna dostopnost do zdravstva (ang. affordability) oziroma finančna zaščita (ang. financial protection) je ena od glavnih dimenzij, po kateri se ocenjuje delovanje zdravstvenega sistema. Težave v dostopnosti iz finančnih razlogov se pojavijo predvsem zaradi neposrednih izdatkov iz žepa, ki presegajo zmožnosti gospodinjstva za njihovo plačilo. Slaba finančna zaščita zato ogroža dostopnost do zdravljenja ali zdravlil ter lahko vodi do revščine gospodinjstev in povečevanja neenakosti v zdravju.¹ V Sloveniji se neposredni izdatki za zdravstvo (izdatki iz žepa) že vrsto let ohranjajo na ravni med 12 in 13 % vseh izdatkov za zdravstvo, kar je bistveno pod povprečjem EU, kjer so bili leta 2021 22-odstotni². Leta 2018 (zadnja mednarodna primerjava) je imelo le 0,8 % prebivalcev ogrožajoče³ visoke izdatke iz žepa, kar je najmanj med državami članicami EU (6,5 %) in OECD (5,3 %). V končni potrošnji gospodinjstev⁴ pa se je delež, namenjen za zdravje, med epidemijo povečal z 1,9 % leta 2019 na 2,4 % leta 2021, v povprečju EU pa je ostal nespremenjen (3,3 %)⁵. Tudi podatki iz raziskovanja »Poraba v gospodinjstvih« kažejo, da se je delež za zdravje leta 2022 povečal na 3,0 % (2018: 2,6 %) oziroma v povprečju na 804 evrov na gospodinjstvo na leto (336 na člana gospodinjstva).⁶ Gospodinjstva z najnižjimi dohodki so za zdravje porabila enak delež svojega dohodka kot gospodinjstva z najvišjimi

dohodki (3,0 %). Znatno se je poraba za zdravje leta 2022 povečala gospodinjstvom v drugem in zlasti tretjem kvintilnem dohodkovnem razredu (na 3,7 %), kar je verjetno povezano predvsem s podaljševanjem čakalnih dob v javni zdravstveni mreži.⁷ (Slika 1)

ODPORNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA⁹

Odpornost zdravstvenega sistema je opredeljena kot zmožnost odgovora na pretese, njihovo obvladovanje ter zmanjšanje negativnih posledic in čim hitrejši okrevanje¹⁰. Kot vodilo za prilagoditev zdravstvenih sistemov in krepitev odpornosti je pomembno, da države uporabijo izkušnje, pridobljene v treh letih epidemije. Zato sta Evropska komisija in OECD izdelala kazalnike, s katerimi lahko ocenimo odpornost zdravstvenega sistema¹¹:

1. Število zdravnikov in medicinskih sester

Za odpornost zdravstvenega sistema bo ključno, da bo za intenzivno terapijo usposobljenih dovolj zdravnikov in medicinskih sester ter da bodo pripravljene ustrezne kadrovske rezerve.

1 Neposredni izdatki se nanašajo na neposredna plačila za storitve, ki ne spadajo v obvezno košarico pravic. Največ (34 %) je porabljenih za zdravila brez recepta ali na beli recept, sledijo medicinski pripomočki (korekcijska očala), samoplačniške amb. storitve, vključno s fizioterapijo in alternativno medicino, zobozdravstvene storitve idr. Po priporočilih SZO so neposredni izdatki iz žepa še sprejemljivi, dokler ne dosega deleža okoli 15 % izdatkov za zdravje; v Sloveniji pa so bili leta 2021 12,7 %.

2 Navadno aritmetično povprečje držav EU (Evropska komisija in Eurostat pogosto objavita samo tehtano povprečje EU, v katerem se odraža predvsem podatek velikih držav. V letu 2021 je tehtano povprečje za neposredne izdatke v EU znašalo 15 %) (glej tudi UMAR, 2023).

3 Neposredni izdatki za zdravstvo so za gospodinjstvo ogrožajoči, ko presegajo 40 % minimalnih življenjskih stroškov oz. vrednosti košarice osnovnih življenjskih potrebščin, ki poleg hrane zajema tudi druge nujne dobrine in stanovanjske stroške (Sarah Thomson, Jonathan Cylus, in Tamás Evetovits, „New Evidence on Financial Protection in Europe“, Eurohealth 25, št. 3 (2019): 41–46).

4 Ta kazalnik se izračunava kot delež neposrednih izdatkov iz žepa po metodologiji sistema zdravstvenih računov v končni potrošnji gospodinjstev po nacionalnih računih in se nekoliko razlikuje od deleža porabe za zdravje po Anketi o porabi v gospodinjstvih.

5 OECD in EU, „Health at a Glance. Europe 2022. State of Health in the EU Cycle“ (Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2022), <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

6 Leta 2022 je bila Anketa o porabi v gospodinjstvih (APG) prilagojena na novo različico klasifikacije COICOP 2018, ki v okviru skupine »zdravje« zajema tudi storitve DO, zato primerljivost s prejšnjimi APG ni popolna.

7 UMAR, »Poročilo o razvoju 2024 (verzija za vladna gradiva)« (Ljubljana, 2024).

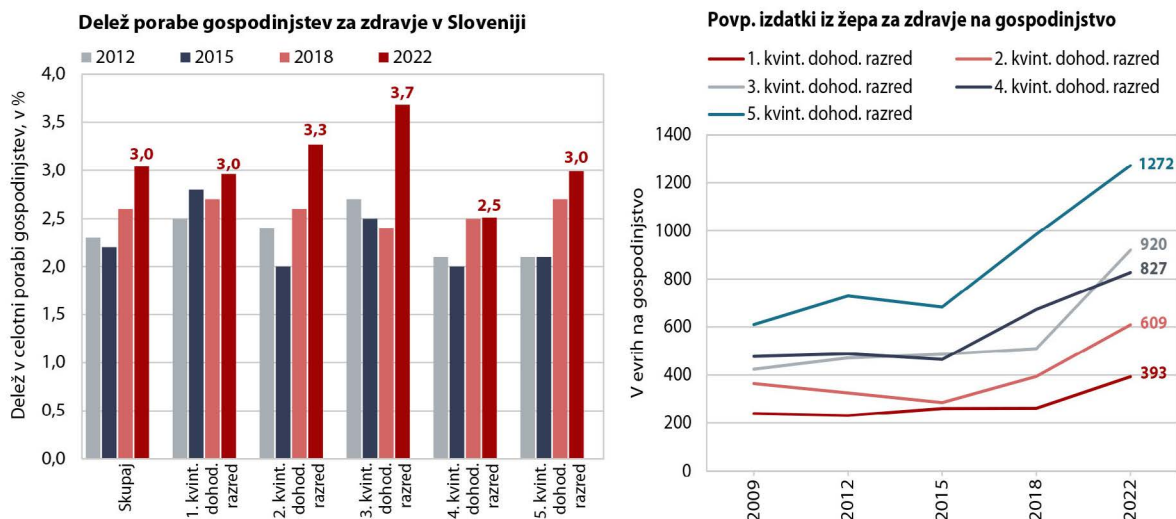
8 »Si-stat«, Podatkovna baza (Ljubljana: Statistični urad RS, 2024), <https://pxweb.stat.si/sistat/sl>.

9 Povzeto po Poročilu o razvoju 2023.

10 OECD/EOHSP, „State of Health in the EU: Companion Report 2021“ (Pariz: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021), <https://eurohealtheobservatory.who.int/publications/m/state-of-health-in-the-eu-companion-report-2021>.

11 OECD in EU, „Health at a Glance“.

Slika 1: Delež porabe gospodinjstev za zdravje v Sloveniji po dohodkovnih kvintilih in povprečni izdatki iz žepa za zdravje na gospodinjstvo



Vir: SURS. **Opomba:** Leta 2022 je bilo raziskovanje *Poraba v gospodinjstvih (APG)* prilagojeno na novo različico klasifikacije COICOP (različica COICOP 2018), ki v okviru skupine 06-Zdravje zajema tudi storitve dolgotrajne oskrbe, zato primerljivost s prejšnjimi APG ni popolna. Na povečanje v letu 2022 je vplivala tudi rast cen.

Slednje je povezano tudi z zadostnim številom zdravnikov in medicinskih sester v celotnem zdravstvenem sistemu. V Sloveniji je bilo leta 2020 na 1000 prebivalcev zaposlenih 3,3 zdravnik, kar je precej manj kot v povprečju EU (4,0). Po številu aktivnih medicinskih sester na 1000 prebivalcev sicer presegamo povprečje EU (SI: 10,5; EU: 8,3), vendar jih po nekaterih ocenah kljub temu primanjkuje od 1500 do 2000¹², težava pa je tudi v zaostanku po številu višjih in diplomiranih medicinskih sester (SI: 4,3; EU: 6,2)¹³. Med predlogi za dolgoročno reševanje pomanjkanja zdravstvenega kadra so: priprava modelskih projekcij delovne sile v zdravstvu tako z vidika obsega kot strukture; dodatno usposabljanje zdravstvenega osebja za delo z novimi digitalnimi tehnologijami; usposabljanje za delo s starejšimi multimorbidnimi bolniki; izboljšanje delovnih pogojev ter uvajanje spodbud, ki bi v poklic pritegnile več mladih¹⁴. Po ocenah OECD bi bilo treba približno polovico vseh novih naložb, potrebnih za okrepitev odpornosti zdravstvenih sistemov, nameniti izboljšanju delovnih pogojev, da se zaposli in za- drži več zdravstvenih delavcev¹⁵.

2. Investicije v zdravstvu

V obdobju 2016–2020 smo za investicije v zdravstvu v povprečju namenili večji delež BDP kot države EU. Investicije v zdravstvene objekte,

diagnostično in terapevtsko opremo ter informacijsko in IKT-opremo vplivajo na sposobnost odzivanja na potrebe prebivalstva in s tem na dolgoročno odpornost zdravstvenega sistema. V obdobju 2016–2020 je sektor država v Sloveniji za investicije v zdravstvo namenil v povprečju letno 0,34 % BDP (EU: 0,28 % BDP), leta 2020 so se v večini držav, vključno s Slovenijo, investicije močno povečale¹⁶.

3. Dolgoročne projekcije izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo

Izdatki za pokojnine, zdravstvo, dolgotrajno oskrbo in izobraževanje predstavljajo velik del javnih izdatkov, s staranjem prebivalstva pa se bodo še povečali. V letu 2022 so v Sloveniji ti izdatki znašali 22,1 % BDP. Do leta 2070 naj bi se po zadnjih projekcijah povečali za 5,4 o. t. (izraženi v % BDP), kar je sicer manj kot v

¹² MZ, „Zdravstveni sistem v Sloveniji“ (Ministrstvo za zdravje, 2023).

¹³ Eurostat, „Eurostat“, podatkovna baza (Luxembourg: Eurostat, 2024), <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

¹⁴ OECD/EOHSP, „State of Health in the EU: Companion Report 2021“.

¹⁵ „Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce | en | OECD“, 2022, <https://www.oecd.org/health/equipping-health-workers-with-the-right-skills-9b83282e-en.htm>.

¹⁶ Eurostat, „Eurostat“.

prejšnjih projekcijah (2021: 8,1 o. t.) (EK, 2024, v pripravi).¹⁷

Izhodiščna raven novih projekcij je nižja od pričakovanj iz predhodnih projekcij, a je povečanje v obdobju 2022–2070 še vedno visoko. Slovenija je na četrtem mestu po obsegu povečanja (v o. t.) in sedma po višini izdatkov v BDP v letu 2070 v EU. Projekcije izdatkov za zdravstvo in za dolgotrajno oskrbo opozarjajo na čedalje večji pritisk demografskih dejavnikov ter na še bistveno večji učinek na javne finance ob dodatnem upoštevanju nedemografskih dejavnikov (tvegani scenarij).¹⁸ S starostjo izdatki za zdravstvo, zlasti po 60. letu, naraščajo, zato bo v prihodnosti zaradi hitrejšega povečanja deleža starejših demografski pritisk na rast izdatkov večji (UMAR, 2019a). Po osnovnem scenariju¹⁹ naj bi se javni izdatki za zdravstvo do leta 2070 povečali za 0,8 o. t., na 7,8 % BDP. Projekcije javnih izdatkov za DO, ki že vključujejo Zakon o dolgotrajni oskrbi, pa za 1,0 o. t. na 2 % BDP. Po tveganim scenariju, ki v projekcijah nedemografske dejavnike upošteva še v večji meri kot osnovni scenarij,²⁰ bi bila rast javnih izdatkov na obeh področjih bistveno višja, v zdravstvu bi se povečali za 2,2 o. t. BDP in v DO za 3,2 o. t.

4. Digitalizacija

Slovenija je bila uspešna pri uvajanju e-zdravja, glavni izziv pa je dokončna uvedba e-zdravstvenega kartona. Digitalizirana informacijska infrastruktura, ki zagotavlja pravočasno in zanesljivo deljenje kliničnih in drugih informacij, lahko izboljša zdravstvene rezultate in učinkovitost ter zagotavlja dragocene podatke tudi za raziskovalce in upravljavce sistemov. Slovenija je bila leta 2021 med 10 državami od skupaj 14 držav EU, v katerih je bil na primarni ravni že 100-odstotno uveden e-zdravstveni karton, in med 12 državami, v katerih so bile informacije o predpisanih zdravilih za vsakega bolnika že elektronsko dosegljive na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti²¹. Dokončna uvedba e-zdravstvenega kartona, ki je bila načrtovana do začetka leta 2024, pa pomeni tudi izmenjavo podatkov o diagnozi in vseh drugih pomembnih informacij o bolnikih med različnimi izvajalci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti²². Januarja 2023 je bila sprejeta Strategija digitalizacije zdravstva v Sloveniji za obdobje 2022–2027 (MZ, 2023c),

ki je temeljni dokument nadaljnje digitalne preobrazbe zdravstva.²³

5. Precepljenost prebivalstva proti covidu-19

V Sloveniji je precepljenost prebivalstva proti covidu-19 manjša kot v večini članic EU. Cepljenje proti covidu-19 uspešno preprečuje težji potek bolezni in zmanjšuje smrtnost zaradi te bolezni²⁴. Države z večjim deležem cepljenega prebivalstva so imele v letih 2021 in 2022 manjši delež hospitaliziranih s covidom-19, kar je omogočalo tudi lažje ohranjanje dostopnosti in delovanje zdravstvenega sistema za preostale bolnike. V Sloveniji je bila do konca leta 2022 dosežena 68-odstotna precepljenost prebivalstva z dvema odmerkoma, kar je pod povprečjem EU (73 %)²⁵.

6. Telemedicina

Uvedba posvetov na daljavo je bila uspešna. ZZZS je spomladi 2020 uvedel plačevanje posvetov na daljavo na primarni ravni in jeseni 2020 še na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, kar je pripomoglo k boljši dostopnosti zdravstvenega varstva med epidemijo. Na primarni ravni je delež posvetov na daljavo leta 2020 dosegel 5,2 %, kar je bilo sicer najmanj med 12 državami članicami EU (22 %)²⁶.

17 Izid Poročila o staranju 2024 je načrtovan za drugo polovico aprila 2024.

18 V predstavljanih projekcijah so že vključene tudi ocene učinkov sprememb zakonodaje v obdobju 2020–2022, ki niso bile povezane z epidemijo covid-19 (npr. povečanje plač, izdatkov za osebno asistenco). Znatno povečanje izdatkov zaradi epidemije pa na projekcije za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo vpliva zgolj prehodno. Za področje zdravstva je zaradi tehničnih razlogov že v bazno leto 2022 vključena tudi ocena učinka novega obveznega zdravstvenega prispevka (gl. Okvir 5), ki bo nadomestil dopolnilno zdravstveno zavarovanje, kar pomeni za 1,07 % višjo raven javnih izdatkov v letu 2022 kot je bila dejansko realizirana. Za področje DO pa so v projekcije vključene ocene uvedbe novega sistema dolgotrajne oskrbe.

19 V osnovnem scenariju se upoštevajo predvsem demografski dejavniki in predpostavka izboljševanja zdravstvenega stanja prebivalcev, nedemografski dejavniki pa so upoštevani le v manjši meri.

20 Med glavnimi nedemografskimi dejavniki, ki so upoštevani v tveganim scenariju, so poleg naraščanja BDP na prebivalca, ki vpliva na pričakovanja glede zdravstvene oskrbe, predvsem nove zdravstvene tehnologije, ki širijo možnosti zdravljenja in povečujejo kakovost storitev, ter Baumolov učinek na rast cen.

21 OECD in EU, „Health at a Glance“.

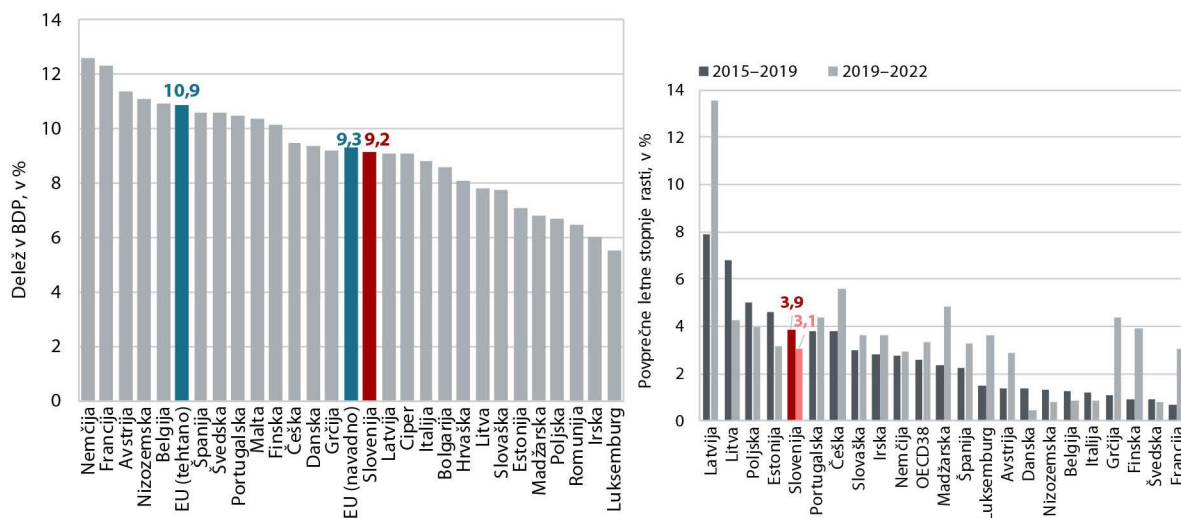
22 MZ, „Zdravstveni sistem v Sloveniji“.

23 Ta vključuje uvedbo novih digitalnih storitev in digitalizacijo že obstoječih, hitrejši dostop in izmenjavo podatkov o pacientih, uporabo sodobne informacijske tehnologije za komuniciranje s pacienti in zdravstvenim osebjem, razvoj analitičnih sistemov za sprotno sprejemanje in prilagajanje ukrepov v zdravstvu ter boljše načrtovanje obravnave pacientov.

24 OECD, „Focus on Resilient Healthcare“ (Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2022), <https://www.oecd.org/coronavirus/en/themes/resilient-healthcare>.

25 ECDC, „Download COVID-19 Data Sets“, European Centre for Disease Prevention and Control, 2023, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/data>.

Slika 2: Izdatki za zdravstvo v deležu BDP v letu 2022 (levo) in povprečne letne realne stopnje rasti izdatkov za zdravstvo v Sloveniji in državah EU v letih 2015–2019 in 2019–2022 (desno)



Vir: Eurostat ²⁹, OECD ³⁰, OECD ³¹. *Opomba:* podatki za leto 2022 so prva ocena; pri Malti, Cipru in Hrvaški so podatki za leto 2021; povprečje EU je za leto 2021, EU (navadno) je aritmetično povprečje držav EU, izračun UMAR; EU (tehtano) je podatek Eurostata, v katerem se odraža predvsem podatek velikih držav EU.

Vendar pa se je leta 2021 število telefonskih in e-posvetov na primarni ravni povečalo za 400 % in doseglo 20 % ter v letu 2022 18 %²⁷.

Raziskava Eurofound (2021b) je pokazala, da je v prvih 12 mesecih epidemije v Sloveniji kar 64 % prebivalcev (EU: 53 %) poročalo o prejemu recepta po spletu ali telefonu, na daljavo pa se je posvetovalo 65 % prebivalcev, takoj za Španijo največ v državah EU (45 %).

7. Zmogljivosti nacionalnih laboratorijev

Odporen zdravstveni sistem mora biti v primeru epidemije sposoben hitro povečati zmogljivosti laboratorijskih preiskav ter se nato prilagajati na odkrivanje in spremljanje različic virusa. To je bilo v epidemiji covida-19 še posebej pomembno, ker so različne podvrste virusa vplivale tudi na spremembe v prenosljivosti virusa in s tem na učinkovitost protiukrepov in cepiv. V povprečju leta 2021 je bila Slovenija s 13 % četrta najuspešnejša država po zmogljivostih odkrivanja pozitivnih vzorcev v vseh preiskanih vzorcih, v povprečju EU je bil delež 7-odstoten in le v šestih članicah je bil nad 10 %.²⁸ Poleg tega je bila Slovenija tudi med državami, ki so v letu 2021 v največ posamičnih tednih uspele ohraniti priporočen delež odkritih pozitivnih vzorcev (Slovenija: 44 tednov; EU: 26).

Kljub hitri širitvi zmogljivosti v letih epidemije pa bodo nadaljnje izboljšave pomembne za učinkovite odzive v prihodnosti.

IZDATKI ZA ZDRAVSTVO

Obseg celotnih izdatkov za zdravstvo je od leta 2009 do 2019 ostal na ravni okoli 8,5 % BDP, kljub hitri rasti potreb zaradi staranja prebivalcev, uvajanja novih tehnologij zdravljenja in vse večjih zdravstvenih pričakovanj prebivalstva. Težave se kažejo v hitrem podaljševanju čakalnih dob in nezadovoljenih potrebah po zdravljenju, kar se je v epidemiji še zaostrilo.

²⁶ OECD, „OECD Statistics“, podatkovna baza (Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2023), <https://stats.oecd.org/>.

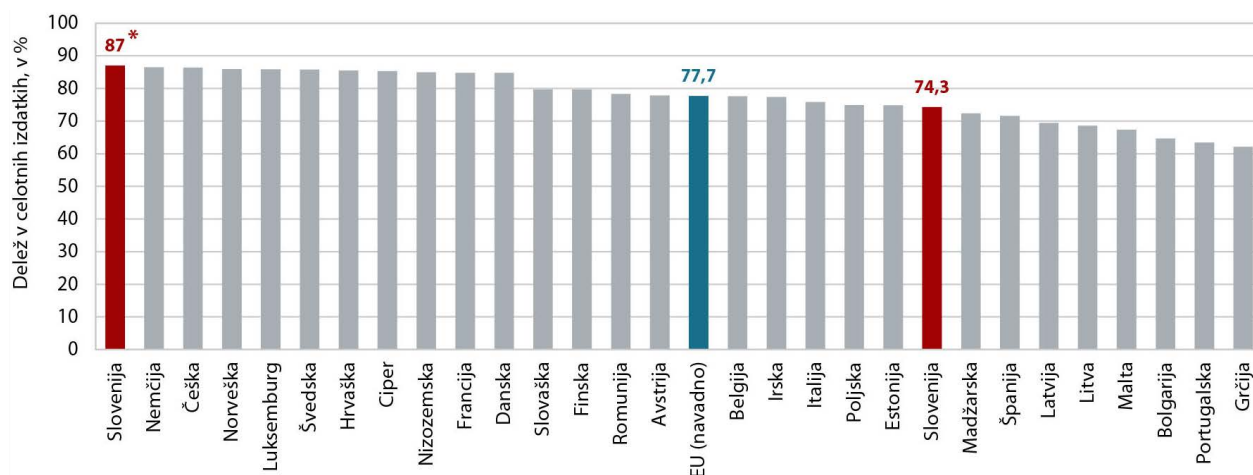
²⁷ MZ, „Zdravstveni sistem v Sloveniji“, ZZZS, „Letno poročilo ZZZS 2022“ (Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2023).

²⁸ Evropska komisija je januarja 2021 priporočila državam doseganje od 5 do 10 % pozitivnih vzorcev OECD in EU, „Health at a Glance“.

²⁹ „Eurostat“.

³⁰ „OECD Statistics“ (Pariz: Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2024), <https://stats.oecd.org/>.

³¹ Health at a Glance 2023: OECD Indicators, Health at a Glance (OECD, 2023), <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Slika 3: Javni izdatki za zdravstvo v EU leta 2021 ali 2022 ter ocena za Slovenijo za leto 2024

Vir: Eurostat³⁸. Opomba: * ocena UMAR za Slovenijo za leto 2024

V letih od 2020 do 2022 so bili visoki izdatki za obvladovanje epidemije covida-19 večinoma financirani iz državnega proračuna, tako se je delež proračunov (državni in občinski) v tekočih izdatkih za zdravstvo povečal s 4,2 % v letu 2019 (173 mio EUR) na kar 12,7 % v letu 2021 (626 mio EUR) ter se po prvi oceni v letu 2022 znižal na 9,2 % (482 mio EUR). Delež vseh tekočih javnih izdatkov v skupnih izdatkih pa se je povečal z 72,8 % v letu 2019 na 74,3 % v letu 2022. (Slika 2)

V zadnjih letih je ob hitri rasti izdatkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) prišlo do hitre rasti premij dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), ki so v začetku leta 2023 znašale v povprečju 35,67 evra, zasebne zdravstvene zavarovalnice pa so načrtovale njihovo zvišanje še za 30 %. Vlada se je aprila 2023 na to odzvala z zamrznitvijo premij DZZ³³, temu pa je sledila ukinitve doplačil in s tem DZZ³⁴. Z letom 2024 je bil uveden nov obvezni zdravstveni prispevek (OZP), ki delno nadomešča izpad virov zaradi ukinitve doplačil in odprave DZZ. Tako je košarica pravic v Sloveniji od začetka leta 2024 100-odstotno pokrita iz javnih virov. OZP je enak za vse zavezanke (znaša 35 evrov mesečno), od marca 2025 pa se bo letno usklajeval z rastjo povprečne bruto plače preteklega leta. Finančni načrt ZZS za leto 2024 določa, da se iz državnega proračuna zagotovi transfer v višini do 420 mio evrov

za tekoče potrebe oziroma vzdržnost sistema OZZ³⁵, ki bo deloma porabljen tudi za pokrivanje izpada virov iz DZZ, po oceni 140 mio evrov³⁶. Prihodki iz OZP so predvideni v višini 621 mio evrov. Izdatki OZZ za zdravstvo se bodo tako predvidoma v letu 2024 povečali na 7,9 % BDP (5,34 mrd evrov; 2023: 4,32 mrd evrov oziroma 6,8 % BDP).

Slovenija bo imela z navedenimi spremembami enega največjih deležev javnih izdatkov v skupnih izdatkih za zdravstvo v EU. Po mednarodni metodologiji³⁷ se k javnim izdatkom za zdravstvo prištevajo še neposredni izdatki proračuna države in občin, ki so po prvi oceni SURS za leto 2022 znašali 9,2 % od skupaj 74,3 % vseh javnih tekočih izdatkov za zdravstvo.

33 Vlada RS, „Uredba o določitvi najvišje cene premije dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja“, 2023, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=URED8867>.

34 ZZVZZ-T, „Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-T)“, Vsebinska Uradnega lista | Uradni list, 2023, <https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2023-01-2480>.

35 ZZS, „Finančni načrt ZZS za leto 2024 - ekonomska klasifikacija“, 2024.

36 ZIPRS2425, „Zakon o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2024 in 2025 (ZIPRS2425)“, Tax-Fin-Lex, 2024, <https://www.tax-fin-lex.si/Dokument/Predogled?rootEntityId=b6e2b39b-e5af-4c19-9ccb-2d129e2671c6&returnUrl=https%3A%2F%2Fwww.tax-fin-lex.si%2FDokument%2FPodrobnosti%3FrootEntityId%3Db6e2b39b-e5af-4c19-9ccb-2d129e2671c6>.

37 OECD, Eurostat, WHO, „A System of Health Accounts 2011 - Revised Edition March 2017“, 2017, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-05-19-103>.

38 „Eurostat“.

Zasebni izdatki so znašali 25,7 %, od teh je delež izdatkov iz DZZ znašal 13 % in delež izdatkov iz žepa 12,7 %. Ocenjujemo, da se bo ob upoštevanju Finančnega načrta ZZZS za leto 2024 in strukture izdatkov za zdravstvo iz leta 2022 delež vseh tekočih javnih izdatkov v letu 2024 povečal na okoli 87 % vseh tekočih izdatkov za zdravstvo. Za dolgoročno vzdržno financiranje zdravstvenega varstva bi bilo treba v prihodnje na novo določiti razmerja med viri financiranja zdravstva ter optimizirati obseg pravic, ki se financirajo iz javnih virov. (Slika 3)

ZAKLJUČEK

Staranje prebivalstva, vedno več kroničnih bolezni, pomanjkanje družinskih zdravnikov in podaljšanje čakalnih dob so v zadnjih letih močno vplivali na dostopnost zdravstvenega varstva. Delež neposrednih izdatkov iz žepa, ki je v tekočih izdatkih še vedno relativno zelo nizek, se je v potrošnji gospodinjstev povečal, kar kaže na poslabšanje finančne dostopnosti. Slabša finančna dostopnost zdravstvenih storitev najbolj prizadene bolnike s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in povečuje neenakosti v zdravju.

Dvig pripravljenosti na morebitne urgentne zdravstvene razmere zahteva dolgoročno načrtovanje delovne sile in povečanje vlaganj v zdravstveni sistem. Vzpostavitev odpornega zdravstvenega sistema zahteva tudi zanesljive podatke in analize, z dokazi podprte odločitve o vlaganju v zdravstveno varstvo in skrbno preoblikovanje zdravstvenih sistemov.

Za blažitev težav v zdravstvenem sistemu in dolgotrajni oskrbi so bili v letih 2020–2022 sprejeti začasni in srednjeročni ukrepi, podprti z večjimi izdatki iz državnega proračuna, znatna sredstva so bila namenjena za investicije v zdravstvu. Delež skupnih izdatkov za zdravstvo glede na BDP je bil leta 2022 na ravni povprečja EU. Z letom 2024 je bilo odpravljeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in uveden nov obvezni zdravstveni prispevek, izpad sredstev za zdravstvo pa bo delno pokrtil tudi državni proračun. Slovenija bo imela od leta 2024 dalje najvišji delež javnih izdatkov za zdravstvo. Za dolgoročno vzdržno financiranje zdravstvenega varstva bi bilo treba v prihodnje na novo določiti razmerja med viri financiranja zdravstva ter optimizirati obseg pravic, ki se financirajo iz javnih virov.

BELEŽKE

[illegible]

Andraž Jakelj
Onkološki inštitut Ljubljana



Delovno razmerje in odgovornost

Povzetek

V prispevku je predstavljen institut delovnega razmerja, s pregledom zgodovinskega urejanja in odgovornostmi, ki iz njega izhajajo. Spoznali bomo, zakaj so se delovna razmerja sploh začela urejati in ključne razloge za njihovo normiranje, ter si поблиže pogledali, v katero pravno panogo delovna razmerja sodijo in kako se je ta pravna panoga razvijala. Poseben poudarek je v prispevku namenjen odgovornosti delodajalcev ter odškodninski in disciplinski odgovornosti delavcev.

Abstract

The article presents the institute of the employment relationship with an overview of the historical regulation and the responsibilities arising from it. We will learn why labour relations began to be regulated in the first place and the key reasons for their standardisation, as well as take a closer look at which legal branch the regulation of labour relations belongs to and how this legal branch was developed. The article places special emphasis on the responsibility of employers and the compensation and disciplinary responsibility of workers.

UVOD

S pravom se srečujemo vsak dan. Skoraj vse, kar nas obdaja, tj. okolje, v katerem živimo, določajo pravna pravila: ko prečkamo cesto, stopimo v trgovino, si naročimo kosilo itd., nenehno vstopamo v razmerja z drugimi ljudmi, ki so pravno urejena. Pravo nam je pravzaprav domače, toda kaj naj bi pomenilo in kako naj bi ga opredelili? Nekaj opredeliti oz. definirati pomeni določiti vsebinsko mejo pojma in ga s tem ločiti od drugega, še posebej sorodnega pojma. V definicijo pojma sodijo le njegove bistvene lastnosti in nič odvečnega. Tako je tudi z definicijo prava.¹

Kaj sploh je pravo? Pravo je nekaj abstraktnega, torej nekaj, česar se ne da prijeti, torej ni otipljivo. En sam človek prava ne potrebuje. Potrebuje pa ga, ko stopi v stik z drugim človekom, saj se lahko pojavi konflikt. Izkušnje so nas naučile, da se vsi ljudje ne držijo dogovorov in pogodb, ki smo jih sklenili, ali pa vsak neko življenjsko situacijo vidi drugače. Zato potrebujemo pravo. Tako je tudi v primeru delovnega razmerja, saj gre za sklenitev razmerja/pogodbe (z vsaj dvema soglasnima izjavama volje), kjer se pojavijo odnosi podrejenosti in nadrejenosti, mogoči konflikti, pravice, obveznosti, dolžnosti in odgovornosti. Zato mora biti tudi to področje pravno urejeno.

CIVILNO PRAVO

Študentje pravnih fakultet se v drugem letniku študija srečajo s predmetom Civilno pravo, kjer se najprej spoznajo z osnovami prava, v smislu, zakaj je pravo potrebno in kaj se zgodi, če ga kršimo.

Za skupno življenje ljudi je potreben red. Red ustvarjajo pravila. Pravila imajo lahko zelo različno naravo, ne le pravne. Pravna pravila se razlikujejo od drugih. Za pravno pravilo je namreč značilno, da v primeru njegove kršitve sledi sankcija. Kršitev drugih pravil pa nima take posledice.

Z običajem se označuje ustaljeno, torej običajno ravnanje. Kršitev običaja za sabo ne potegne sankcije, ampak je posledica le socialne narave, neodobravanje določenega vedenja (povabilo na kosilo – pravne zaveze pa ni).

Pri morali pa gre za uresničitev nečesa, kar je vsaj zamišljeno kot dobro. Pravo je tu skromnejše: želi doseči čimbolj znosno življenje ljudi (npr. v nabito polnem avtobusu je nemoralno, če zdrav človek ne odstopi sedeža telesno prikrasani ali očitno bolni osebi, protipravno pa ni, ker potnik pač izkorišča pravico do prevoza, ki si jo je pridobil z nakupom vozovnice).²

Pravo delimo na zasebno in javno. Zasebno pravo je tisti del prava, ki ureja razmerja med posameznimi enakopravnimi člani skupnosti. Javno pravo pa ureja razmerja posameznika do države in drugih nosilcev javne oblasti ter razmerja nosilcev javnopravne oblasti med sabo. Ureja razmerja nadrejenosti in podrejenosti. Če se osredotočimo le na zasebno pravo (civilno), ga delimo na splošno in posebno.

Posebno zasebno pravo velja le za posamezne skupine oseb ali ožja, vsebinsko povezana področja urejanja.

Splošno zasebno pravo – državljansko pravo – velja za vsakogar. Poimenovanje ne pomeni, da velja le za državljane, temveč izhaja iz izraza *ius civile* in ima zgodovinski, rimskopravni izvor.

Pojem rimsko pravo se nanaša le na zasebno pravo Rimskega cesarstva. Razdeljeno je na institucije, *digeste*, kodeks, *novele*. *Digeste* (pandekte) sestavljajo izvlečki iz spisov rimskih pravnikov, ki jim je cesar Justinijan podelil zakonsko moč.

Prične se recepcija – postopno prevzemanje rimskega prava kot zavezujočega prava od srednjega veka naprej. Vendar je potrebna kodifikacija (zakonodajna tehnika). Prusija (1794, CC 1804, ODZ 1812) močno poenostavi pravne vire in omogoča večjo preglednost. Ima tri dele: osebne pravice, stvarne pravice ter skupne določbe o osebnih in stvarnih pravicah.

V Jugoslaviji se pojavita ZOR (1978) in kasneje ZTLR (1980). V tolikšni meri kot sta urejala splošno zasebno pravo, obveznostno pravo in stvarno pravo, so se prenehala uporabljati

¹ Novak, *Uvod v teorijo prava* (2021), str. 15.

² Brus, *Uvod v zasebno pravo* (2020), str. 25–26.

pravna pravila ODZ. Obligacijski zakonik iz leta 2001 skoraj v celoti nadomesti tako ZOR kot tudi ODZ, vendar se kljub temu določeni deli ODZ uporabljajo še danes – paragrafi 22, 23 in 25:

Paragraf 22: Celo nerojeni otroci imajo od časa, ko so bili spočeti, pravico do zaščite po zakonih. Kolikor gre za njihove in ne za pravice koga drugega, se štejejo za rojene; mrtvorojen otrok pa se šteje glede na pravice, ki so mu pridržane za primer življenja tako, kakor bi ne bil nikdar spočet.

Paragraf 23: V dvomljivem primeru, ali je bil otrok rojen živ ali mrtev, se domneva prvo. Kdor trdi nasprotno, mora to dokazati.

Paragraf 25: V dvomu, katera izmed dveh ali več umrlih oseb je preminila najprej, mora tisti, ki trdi, da je eden ali drugi prej umrl, svojo trditev dokazati; ako tega ne more, se domneva, da so vsi umrli ob istem času, in ni moči govoriti o prenosu pravic enega na drugega.

In kaj vse sodi v posebno zasebno pravo? Najpomembnejša pravna področja so zlasti gospodarsko pravo, pravo intelektualne lastnine in delovno pravo.

DELOVNO RAZMERJE

Delovno razmerje je razmerje med delavcem in delodajalcem, v katerem se delavec prostovoljno vključi v organiziran delovni proces delodajalca in v njem za plačilo, osebno in nepretrgano opravlja delo po navodilih in pod nadzorom delodajalca.³

Delavec in delodajalec skleneta pogodbo o zaposlitvi; pogodba je vrsta pravnega posla, pri katerem naj bi se dosegel nek cilj z vsaj dvema soglasnima izjavama volje. Prostost sklenitve pogodbe v tem primeru pomeni, da pravni subjekti sami odločajo, ali bodo sklenili pogodbo ali ne. Volja se lahko izrazi izrecno (neposredno, direktno) ali sklepčno (posredno, konkludentno, indirektno). Molk načeloma ne pomeni izjave volje, razen pri stalnih poslovnih navezah.

Zakaj so se sploh začela urejati delovna razmerja?

Delovna razmerja so se začela urejati zaradi surovega izkoriščanja delavcev, tudi žensk in otrok, zaradi pospešene industrializacije, razvoja železnic ...

Znan primer je Charles Dickens, angleški pisatelj (1812–1870), sin mornariškega uradnika, ki je obubožal pod hudim pritiskom upnikov. Ko je dopolnil 12 let, je moral Charles na delo v tovarno paste za čevlje. Tam je izkusil vso bedo delavskega izkoriščanja – delal je od 8. do 20. ure za nekaj šilingov. To so tudi motivi njegovega pisanja. Tudi sam je bil kasneje uradnik in novinar – poročevalec iz britanskega parlamenta. Njegovo najbolj znano knjižno delo je *Oliver Twist*.

V povezavi z urejanjem delovnih razmerij in zagotavljanjem delavskih pravic velja omeniti še Roso Luxemburg (Bloody Rosa), socialistično filozofinjo poljskega rodu, ki je delovala v poljskih in nemških političnih strankah. Bila je vodilna teoretičarka poljskega delovnega gibanja. Že kot deklica je učila brati služkinje, nastopala pred nemškimi množicami in imela posebno karizmo. Med prvo svetovno vojno je pristala v zaporu, kjer je pisala filozofske politične spise. Spise so tihotapili v javnost in naj bi prišli v roke celo Leninu. Ko je bila v zaporu, je dobila mandat za sestavo vlade. Vendar je znova svarila: stranka bo izigrala delavce. Leta 1919 je bila skupaj z možem ubita v nepojasnjenih okoliščinah.

Omembe vredna je še nemška političarka Clara Zetkins (1857–1933). Leta 1878 se je pridružila nemški socialistični delavski stranki ter imela velik vpliv na žensko in delavsko gibanje. Posebno pozornost je namenjala vlogi žensk ter se na II. Internacionali zavzela za pravice žensk in kritizirala druga meščanska ženska gibanja. Rešitve je videla samo v volilni pravici in enakopravnosti, ne pa v svobodni izbiri poklica in posebnih zakonih varstva pri delu za ženske; poudarjala je tudi delitev dela od kapitala.⁴

³ Zakon o delovnih razmerjih, Uradni list, 136/23.

⁴ Mulec, predavanja pri predmetu Uslužbensko pravo (2020).

ODGOVORNOST DELODAJALCA

Tako kot v vsakem (pogodbenem) razmerju tudi v delovnem lahko pride do škode in poškodb udeležencev. Ko se delavec poškoduje pri opravljanju dela, mu delodajalec za nastalo škodo odgovarja po splošnih pravilih odškodninskega prava – po načelih krivdne ali objektivne odgovornosti. Vprašanje odškodninske odgovornosti je v delovnem pravu torej urejeno po splošnih načelih civilnega prava. Odškodninska odgovornost delodajalca nasproti delavcu namreč ni nič drugače ali ugodneje urejena za delavca kot za tretjo osebo – še več, tretja oseba lahko naperi odškodninski zahtevek zoper delodajalca, če ji je delavec v okviru opravljanja svojega dela povzročil škodo, kar je posebej urejeno v 147. členu obligacijskega zakonika (OZ). Medtem pa v obstoječi ureditvi (ne v OZ ne v ZDR-1, pa tudi ne v drugem zakonu) ni posebnega instituta odgovornosti delodajalca delavcu za škodo, ki mu jo v zvezi z opravljanjem dela za delodajalca povzroči tretja oseba. Kot že navedeno, takih primerov ni malo. Če delavcu škoda nastane pri delu zaradi ravnanja sodelavca oziroma delavca drugega podjetja, s katerim delavec pri opravljanju svojega dela prihaja v stik, mu za škodo (poleg neposrednega oškodovalca) odgovarja delodajalec ali drugo podjetje na temelju odgovornosti za (svoje) delavce. V preostalih primerih, ko škodo delavcu povzroči druga oseba, s katero delavec pride v stik pri opravljanju svojega dela, mu za nastalo škodo odgovarja zgolj ta oseba kot povzročitelj, če je ta delavcu sploh znan. Delodajalec je v takem primeru prost odgovornosti – seveda, če mu ni možno očitati krivdne ali objektivne odgovornosti. Takšna ureditev kaže na pravno neenakost delavcev, ki utrpijo poškodbo pri opravljanju svojega dela za delodajalca zaradi ravnanja tretje osebe. V primeru neznanega povzročitelja delavec namreč ne bo uspel uveljavljati odškodnine, pa tudi sicer bo pot do nje precej težja kot v primerih, kadar delavcu v okviru odgovornosti za svoje delavce odgovarjajo pravne osebe, ki imajo svojo odgovornost ponavadi zavarovano.⁵

ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST DELAVCA

Splošno načelo obligacijskega prava – prepovedi povzročanja škode, kot ga vsebuje 10. člen OZ, se odlikava tudi v delovnih razmerjih, zato to materijo poleg OZ, ki ureja splošne predpostavke odškodninske odgovornosti, ki veljajo tudi v delovnem pravu, v nekaterih vidikih (dodatno oz. specialno) ureja tudi Zakon o delovnih razmerjih (ZDR).

Člen 177 ZDR-1 tako določa, da je delavec, ki na delu ali v zvezi z delom namenoma ali iz hude malomarnosti povzroči škodo delodajalcu, dolžan to škodo povrniti. Če povzroči škodo več delavcev, je vsak izmed njih odgovoren za tisti del škode, ki ga je povzročil. Če za vsakega delavca ni mogoče ugotoviti, kolikšen del škode je povzročil, so vsi delavci enako odgovorni in povrnejo škodo v enakih delih. Če pa je več delavcev povzročilo škodo z naklepnim kaznivim dejanjem, so za škodo tudi solidarno odgovorni.

Navedeni člen torej prvenstveno razmejuje delavčevo odgovornost samo (izključno) na škodo, ki jo je delavec povzročil naklepno ali iz hude malomarnosti. Za škodo, ki jo je delavec torej povzročil iz npr. majhne malomarnosti, delavec delodajalcu ne odgovarja.

Če je pojem naklepa morda širše sprejet, pa več težav v praksi povzroča pojem hude malomarnosti. Kdaj torej delavec ravna s hudo malomarnostjo? Na to vprašanje podaja odgovor sodna praksa. Tako je Višje delovno in Socialno sodišče v sodbi opr. št. Pdp 615/2018 z dne 28. 2. 2019 zapisalo: »Hudo malomarno je tisto ravnanje, ki je skrajno nepazljivo in pomeni zavestno zanemarjanje običajne skrbnosti, ki se pričakuje od povprečno skrbnega človeka. Uporabiti je treba kriterij skrbnosti, ki se pričakuje od povprečno skrbnega delavca, pri presoji skrbnosti pa je treba upoštevati okoliščine, v katerih je do ravnanja prišlo.«

Zanimiva je tudi obrazložitev istega sodišča v sodbi opr. št. Pdp 565/2021 z dne 9. 2. 2021.

⁵ Mevec Pušnik, IUS Info, 2023.

Tam se je namreč sodišče opredeljevalo do odškodninske odgovornosti delavca, ki je bil v zvezi s škodnim dogodkom obravnavan tudi v prekrškovnem postopku in plačal globo za prekršek (torej je za prekršek odgovarjal). Sodišče je zapisalo: »Sodišče prve stopnje je pravilno obrazložilo, da je toženec globo za prekršek po nalogu poravnal, vendar dejstvo, da je bil sankcioniran za prekršek, samo po sebi ne pomeni, da je bila s tem tožencu dokazana huda malomarnost ali naklep v zvezi s prometno nesrečo. Sodišče pri odločanju o odškodninski odgovornosti za škodo, ki je nastala zaradi civilnega delikta, ni vezano na odločitev prekrškovnega organa, temveč je pravdno sodišče vezano zgolj na odločitev kazenskega sodišča, in še to samo glede obstoja kaznivega dejanja in kazenske odgovornosti storilca (14. člen ZPP [3]).«

Ker se po določbah OZ hujša stopnja krivde ne domneva, je na delodajalca dokazno breme, da mu je delavec povzročil škodo namenoma ali iz hude malomarnosti. Delodajalec mora zato v vsakem postopku, s katerim uveljavlja odškodninsko odgovornost delavca, kumulativno dokazati vse štiri elemente odškodninske odgovornosti: da je škoda nastala, da jo je delavec povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti, da je delavec ravnal nedopustno in da obstaja vzročna zveza med ravnanjem delavca in nastalo škodo.

Ker je delovni proces večinoma proces, ki vključuje več delavcev, 177. člen ZDR-1 vsebuje tudi pravila določanja deležev odgovornosti več povzročiteljev škode, t. i. soprispevka. Bistveno je poudariti, da se v tem primeru naklep oz. huda malomarnost ugotavljata in presojata za vsakega delavca posebej. Ni torej nujno, da bi v istem delovnem procesu vsak delavec sploh odgovarjal, četudi gre za neposredno udeležbo delavca pri nastanku (istega) škodnega dogodka oz. škode, če se dokaže, da ni ravnal naklepno ali iz hude malomarnosti. Naklep oz. huda malomarnost delavca se namreč ne predpostavljata.

Če deležev soprispevka delavcev, ki so pri nastanku škodnega dogodka ravnali naklepno ali iz hude malomarnosti, ni mogoče ugotoviti, odgovarjajo v enakih delih. Če pa so delavci povzročili škodo z naklepnim kaznivim dejanjem, so za škodo solidarno odgovorni, kar pomeni,

da delodajalec lahko celotno povrnitev škode zahteva od kateregakoli od teh delavcev, v primeru celotnega plačila škode npr. enega delavca, pa ima ta delavec do svojih sotorilcev oz. sopovzročiteljev škode regresni zahtevek po splošnih pravilih obligacijskega prava (188. člen OZ).

ZDR-1 vsebuje tudi določilo o zmanjšanju odškodnine in oprostitvi plačila odškodnine. 178. člen ZDR-1 določa, da se odškodnina lahko zmanjša ali se delavca oprosti njenega plačila, če je zmanjšanje ali oprostitvev plačila primerne glede na delavčevo prizadevanje za odpravo škode, odnosa do dela ali njegovo gmotno stanje. Slednje določilo je v zakonu vsebovano, ker so delavci v delovnem procesu ves čas izpostavljeni »nevarnosti« povzročanja škode delodajalcu pri opravljanju svojega dela. V primeru sodnega spora – tožbe delodajalca zoper delavca glede plačila odškodnine – pa mora delavec tovrstne okoliščine v postopku tudi zatrjevati in dokazovati.

V primeru sodnega spora, kot že navedeno zgoraj, se torej tudi v sporih delodajalca proti delavcu glede plačila odškodnine ugotavljajo vsi elementi odškodninske odgovornosti po splošnih pravilih obligacijskega prava. Če sodišče odloči, da odškodninska odgovornost delavca v konkretnem primeru ni podana in je zahtevek treba zavrniti že po temelju, višine škode niti ne ugotavlja. Kljub temu pa mora delodajalec s tožbo zatrjevati vse elemente odškodninske odgovornosti delavca, vključno z višino nastale škode.

Po 180. členu ZDR-1 se odškodnina, če bi ugotavljanje višine dejanske škode povzročilo nesorazmerne stroške, lahko odmeri v pavšalnem znesku, določenem s kolektivno pogodbo, razen v primerih iz 8. člena ZDR-1 (ki pa ureja odškodninsko odgovornost delodajalca, ne delavca). Zakon torej v tem primeru napotuje na določila kolektivne pogodbe, ki (če) zavezuje delodajalca.

Škode delavca, ki jo je povzročil delodajalcu, pa delodajalec ne sme enostransko pobotati s svojimi obveznostmi plačila delavcu. Delodajalec lahko namreč po določilu 136. člena zadrži izplačevanje plače delavcu samo v zakonsko določenih primerih. Vsa določila pogodbe o

zaposlitvi, ki določajo druge načine zadrževanja izplačila, pa so neveljavna. Drugi odstavek istega člena določa še, da delodajalec ne sme svoje terjatve do delavca (kamor bi spadal tudi denarni zahtevki iz naslova plačila odškodnine) brez delavčevega pisnega soglasja pobotati s svojo obveznostjo plačila. Delavec pa ne more dati tovrstnega soglasja pred nastankom delodajalčeve terjatve. Soglasja torej delavec ne more podati vnaprej (npr. ob sklenitvi delovnega razmerja), kot tudi ne pavšalno, ko obseg morebiti v bodoče nastale škode ni znan.

(Nesporno) terjatev delodajalec do delavca pridobi šele z morebitno pravnomočno sodbo, s katero je ugotovljena višina odškodnine, ki jo je delavec dolžan plačati delodajalcu. Seveda se lahko delodajalec in delavec tudi (izven)sodno sporazumeta o obsegu škode in načinu povrnitve nastale škode. V kolikor bi se dogovorila za povračilo škode z odtegljaji od plače, mora biti tak sporazum vedno pisen.⁶

DISCIPLINSKA ODGOVORNOST DELAVCA

Poleg odškodninske odgovornosti delavca ZDR pozna še disciplinsko odgovornost delavca. Po ZDR je delavec dolžan izpolnjevati pogodbene in druge obveznosti iz delovnega razmerja. Za kršitve obveznosti je delavec disciplinsko odgovoren. Disciplinsko odgovornemu delavcu lahko delodajalec izreče opomin ali druge disciplinske sankcije – denarno kazen ali odvzem bonitet –, če so določene v kolektivni pogodbi na ravni dejavnosti. Disciplinska sankcija ne sme trajno spremeniti delovnoppravnega položaja delavca. Disciplinsko odgovornost delavca ugotavlja delodajalec. Pred izrekom disciplinske sankcije mora delodajalec delavca pisno seznaniti z očitanimi kršitvami in mu omogočiti, da se v razumnem roku, ki ne sme biti krajši od treh delovnih dni, o njih izjavi, razen če obstajajo okoliščine, zaradi katerih bi bilo od delodajalca neupravičeno pričakovati, da delavcu to omogoči. V disciplinskem postopku lahko po pooblastilu delavca sodeluje sindikat, če delavec ni član sindikata, pa svet delavcev oziroma delavski zaupnik. Odločitev o disciplinski odgovornosti mora biti izražena v pisni obliki in vročena osebi, na katero se nanaša. Delodajalec mora odločitev o disciplinski odgovornosti ob-

razložiti. Delodajalec mora odločiti o disciplinski odgovornosti delavca najkasneje v enem mesecu od dneva, ko je izvedel za kršitev, oziroma najkasneje v treh mesecih od dneva, ko je bila kršitev storjena. Izvršitev disciplinske sankcije zastara v 30 dneh po vročitvi odločitve o disciplinski odgovornosti.

Pred redno odpovedjo pogodbe o zaposlitvi iz krivdnega razloga mora delodajalec najkasneje v 60 dneh od ugotovitve kršitve in najkasneje v šestih mesecih od nastanka kršitve pisno opozoriti delavca na izpolnjevanje obveznosti in možnost odpovedi, če bo delavec ponovno kršil pogodbene in druge obveznosti iz delovnega razmerja v šestih mesecih od prejema pisnega opozorila.⁷

ZAKLJUČEK

Pričujoč prispevek je zbir konkretnih vsebin, ki zadevajo delovna razmerja in odgovornosti, ki iz njega izhajajo. Povzete vsebine predstavljajo osnovo delovnega prava in njegovega razvoja, panogo, v katero sodi, s poudarkom na odgovornostih, ki se jih morajo zavedati tako delodajalci kot delavci. Pozoren bralec prispevka bo opazil, kako je pravo statično in skozi zgodovino zelo nespremenljivo. Živ dokaz za to so še vedno veljavni in uporabljivi paragrafi Občega državlanskega zakonika Habsburške monarhije iz leta 1812. Kljub obilici predpisov v sodobnem času lahko ugotovimo, da se pravna pravila v moderni pravni državi ne spreminjajo pogosto. Zadnja sprememba ZDR je v veljavo stopila letos, spremembe so v prispevku tudi opazne.

LITERATURA IN VIRI

1. Marko Novak: *Uvod v teorijo prava*, Nova univerza, Nova Gorica, 2021.
2. Marko Brus: *Uvod v zasebno pravo*, GV Založba, Ljubljana, 2011.
3. *Zakon o delovnih razmerjih*, Uradni list št. 136/23.
4. Breda Mulec: *Predavanja pri predmetu Uslužbenko pravo*, Evropska pravna fakulteta, 2020.
5. Saša Mevec Pušnik: *Pravna praksa št. 13*, 2023.
6. Manca Trček: *Odškodninska odgovornost delavca*, Pirc Musar & partnerji.

⁶ Trček, *Odškodninska odgovornost delavca*.

⁷ *Zakon o delovnih razmerjih*, Uradni list, 136/23.

mag. Miran BizjakZavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Območna enota Koper

Predstavitev obalno-kraške zdravstvene regije

Povzetek

Obalno-kraška zdravstvena regija je območje, ki se razteza od skrajnega jugozahoda Slovenije proti vzhodu in severu v notranjost države. Na zahodu meji na Italijo in na jugu na Hrvaško, na severu pa na goriško in osrednjeslovensko ter na vzhodu na jugovzhodno zdravstveno regijo. Zdravstveno stanje regije je prikazano z osnovnimi demografskimi kazalniki, kazalniki smrtnosti, porabe zdravil, odsotnosti od dela, odhodkov za zdravstvene storitve, predstavitev izvajalcev zdravstvenih storitev in dostopnosti le-teh. Kazalniki so za regijo dokaj ugodni, razen pri staranju prebivalstva, ki pa se mu nobena regija ne more izogniti. Prebivalci ne umirajo prezgodaj, ne porabijo preveč zdravil in tudi niso preveč odsotni od dela. Regija je zelo raznolika in nehomogena, z veliko površino, sicer dobro povezano, a nekatera področja so bolj samotna in redko poseljena. Vseeno pa regija učinkovito deluje in zadovoljuje približno tri četrtine zdravstvenih potreb prebivalcev; ostale, predvsem specializirane in specialne storitve, morajo prebivalci poiskati v prestolnici in drugih regijah. Lahko rečemo, da gre za dobro, zdravju in življenju prijazno regijo, ki pa ima še veliko možnosti za izboljšave.

Abstract

The Obalno-kraška health region is an area that stretches from the extreme southwest of Slovenia to the east and north into the interior of the country. It borders Italy in the west and Croatia in the south. In the remaining border in the north to Goriška and Osrednjeslovenska, and in the east to the Jugovzhodna health regions. The health status of the region is shown with basic demographic indicators, indicators of mortality, medicine consumption, absence from work, expenditure for health services, presentation of health service providers and their accessibility. The indicators are quite favourable for the region, except when it comes to the aging of the population, which no region can avoid. Residents do not die prematurely, do not use too much medicine, and are not too absent from work. Otherwise, it is a very diverse and inhomogeneous region with a large area, otherwise well connected, but some areas are more isolated and sparsely populated. Nevertheless, the region works effectively and meets about three quarters of the inhabitants' health needs, other services, especially specialised and special, are provided to inhabitants in the capital and other regions. We can say that it is a good, healthy and life-friendly region, but there is still room for improvement.

UMESTITEV REGIJE

Obalno-kraška zdravstvena regija je področje na jugozahodu Primorske, ki zajema vseh osem občin v obalno-kraški statistični regiji: Divača, Hrpelje - Kozina, Izola, Komen, Koper, Piran, Ankaran in Sežana ter tri občine od šestih iz primorsko-notranjske statistične regije: Postojna, Pivka in Ilirska Bistrica. Obalno-kraška zdravstvena regija je pojem, ki ga uporablja Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) v svojih objavah statističnih podatkov (Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022). Obalno-kraška zdravstvena regija obsega isto območje, kot je tisto, na katerem deluje Območna enota Koper Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije s svojimi izpostavami Izola, Piran, Sežana, Postojna in Ilirska Bistrica. Zato je po eni strani dokaj enostavno predstavljati zdravstveno regijo, ker je možno uporabljati podatke Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Ko pa uporabljamo podatke Statističnega urada Slovenije (predvsem iz publikacije Statistični letopis), pa jih težko združujemo v eno regijo, zato običajno prikazujemo posebej podatke za obalno-kraško statistično regijo in posebej za primorsko-notranjsko statistično regijo, ki pa je širša od tega, kar je uporabno za predstavitev obalno-kraške zdravstvene regije. Če in kjer podatkov ni mogoče združevati po občinah, predpostavljamo, da so objavljeni podatki za celotno statistično regijo dovolj uporabni za potrebe tega prispevka. (Slika 1)

SPLOŠNI IN DEMOGRAFSKI PODATKI

Gre za dokaj obsežno območje, velikosti 2.026 km², ki se razteza od Obale na jugozahodu in njenega zaledja, preko Krasa do Postojne na severu ter Pivke in Ilirske Bistrice na vzhodu do meje s Hrvaško. Območje je zelo raznoliko: od morja, gričevnatega zaledja ter dokaj dostopnega Krasa na območjih Sežane, Divače in Kozine, pa do težje dostopnih predelov na Notranjskem. V celotni regiji živi okrog 150 tisoč prebivalcev, kar je 7,5 % celotnega prebivalstva države. Povprečna gostota prebivalstva je sicer ugodnih tri četrtine slovenskega povprečja, a so dejansko velike razlike med poseljenostjo obalnih občin, kjer je koncentracija prebivalstva

zelo velika in presega slovensko povprečje tudi dva-, tri- ali celo štirikrat. Na drugi strani pa so vsi ostali predeli zelo redko poseljeni, pa še tam je večji del prebivalcev zgoščen v mestih, kot so Postojna, Sežana, Pivka in Ilirska Bistrica. Gre za kar staro prebivalstvo. Delež starejših od 65 let je višji od slovenskega povprečja v obeh statističnih regijah, v obalno-kraški je tretji najvišji med vsemi slovenskimi regijami (23,1 %). Indeks staranja je v obalno-kraški regiji drugi najvišji v državi (165,1), kar seveda ni ravno dobro, v primorsko-notranjski pa le malo nad državnim povprečjem. Je pa primorsko-notranjska regija zelo delovno aktivna, saj je stopnja najvišja v Sloveniji (73,4 %), in niti v obalno-kraški regiji ni bistveno slabše. Naravni prirast prebivalcev je negativen (med 3,4 in 3,6) in občutno nad ravni države. Porast prebivalstva rešuje priseljevanje (tujci). Ne gre za bogato niti revno regijo, je pa BDP neenakomerno porazdeljen. V obalno-kraški regiji se BDP približuje povprečju države, čeprav je med regijami na drugem mestu, primorsko-notranjska regija pa je pri tem kazalniku bolj proti dnu, na predzadnjem mestu. (Tabela 1, 2)

ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALSTVA

Umrljivost

Podatki o starostno standardizirani stopnji umrljivosti v obalno-kraški in primorsko-notranjski statistični regiji v letu 2022 so prikazani v Tabeli 3. Podatki kažejo, da je starostno standardizirana stopnja (SSS) umrljivosti v obalno-kraški statistični regiji druga najnižja med regijami v Sloveniji in tretja najnižja v starostni skupini 0–64 let, kar kaže na ugodno stopnjo prezgodnje umrljivosti v Sloveniji. Malo slabša pa je slika v primorsko-notranjski statistični regiji, kjer je starostno standardizirana stopnja umrljivosti okrog povprečja v državi, je pa najbolj oziroma najnižja v starostni skupini 0–64 let, kar je najugodnejše stanje glede prezgodnjega umiranja.

Slika 1: Obalno-kraška zdravstvena regija (ožje območje, označeno z modrim) ter obalno-kraška in primorsko-notranjska statistična regija (širše označeno območje)



Vir: Statistični urad RS

Tabela 1: Površina, število prebivalcev in gostota prebivalstva po občinah zdravstvene regije

	Površina v km ²	Prebivalci	Gostota	statistična regija
Ankaran	8	3.224	403	Obalno-kraška
Divača	147,7	4.213	29	Obalno-kraška
Hrpolje - Kozina	192,2	4.604	24	Obalno-kraška
Izola	28,5	16.487	578	Obalno-kraška
Komen	102,7	3.489	34	Obalno-kraška
Koper	311	52.630	162	Obalno-kraška
Piran	44,6	17.338	389	Obalno-kraška
Sežana	217,4	12.682	58	Obalno-kraška
Ilirska Bistrica	480	13.297	28	Primorsko-notranjska
Pivka	223,6	5.966	27	Primorsko-notranjska
Postojna	269,9	15.455	57	Primorsko-notranjska
Skupaj	2025,6	149.385	74	

Vir: https://sl.wikipedia.org/wiki/Seznam_ob%C4%8Din_v_Sloveniji

Tabela 2: Osnovni demografski in ekonomski kazalniki po statističnih regijah, Slovenija, 2022

	Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Ozbejnjeslovenska	Gorenjska	Primorsko notrarska	Goriška	Obalno-kraška	SLOVENIJA
Število prebivalcev	114.163	327.858	70.648	259.306	56.942	75.749	146.429	556.862	210.747	53.400	118.202	118.426	2.108.732
Število živorojenih	836	2.393	603	2.209	431	609	1.391	4.821	1.928	436	911	813	17.381
Število umrlih	1.505	3.686	796	2.851	707	925	1.515	5.050	2.190	618	1.409	1.240	22.492
Število prebivalcev na km ²	85,5	151,1	67,9	112,7	117,4	78,2	54,7	238,6	98,6	36,7	50,8	113,5	104,0
Delež prebivalcev 0-14 let (%)	13,1	13,9	14,6	15,1	14,5	14,8	16,5	15,8	15,8	15,4	14,9	14,0	15,0
Delež prebivalcev 65 let in več (%)	24,6	22,0	22,6	20,9	22,5	22,2	20,1	19,4	21,1	22,2	24,0	23,1	21,3
Stopnja delovne aktivnosti	60,9	63,8	65,9	70,5	68,2	69,5	70,4	69,7	71,7	73,4	71,3	68,4	68,6
Splošna stopnja splošne rodnosti	38,7	37,3	45,5	43,8	39,9	42,6	48,9	39,3	45,7	42,9	41,8	34,7	41,1
Št. živorojenih/1.000 prebivalcev	7,3	7,3	8,5	8,5	7,6	8,0	9,5	8,7	9,1	8,2	7,7	6,9	8,2
Št. mrtvorjenih/1.000 rojstev	9,5	6,6	-	5,4	2,3	3,3	5,0	5,0	7,2	4,6	4,4	6,1	5,4
Št. umrlih dojenčkov/1.000 živorojenih	1,2	1,7	-	4,1	-	1,6	2,9	3,1	2,6	6,9	-	2,5	2,5
Število umrlih/1.000 prebivalcev	13,2	11,2	11,3	11,0	12,4	12,2	10,3	9,1	10,4	11,6	11,9	10,5	10,7
Naravni prirast/1.000 prebivalcev	-5,9	-3,9	-2,7	-2,5	-4,8	-4,2	-0,8	-0,4	-1,2	-3,4	-4,2	-3,6	-2,4
Indeks staranja	188,4	158,7	154,9	138,9	155,7	149,5	122,0	122,7	133,1	144,1	161,6	165,1	141,8
BDP na prebivalca ¹⁾	18.534	22.045	20.917	23.921	14.563	21.132	25.323	39.367	23.695	18.783	24.119	26.074	27.040

¹⁾ BDP na prebivalca (EUR, v tekočih cenah in po tekočem tečaju)

Tabela 3: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti po statističnih regijah, Slovenija, 2022

		Pomurska	Podravska	Koroška	Savinjska	Zasavska	Posavska	Jugovzhodna Slovenija	Ozbejnjeslovenska	Gorenjska	Primorsko notrarska	Goriška	Obalno-kraška	SLOVENIJA
Število umrlih														
SKUPAJ	Moški	794	1.814	405	1.441	336	446	738	2.421	1.107	308	686	640	11.136
	Ženske	711	1.872	391	1.410	371	479	777	2.629	1.083	310	723	600	11.356
	SKUPAJ	1.505	3.686	796	2.851	707	925	1.515	5.050	2.190	618	1.409	1.240	22.492
0-64 let	Moški	154	363	75	298	78	103	171	469	220	44	115	125	2.215
	Ženske	69	187	33	114	40	54	64	254	103	28	43	48	1.037
	SKUPAJ	223	550	108	412	118	157	235	723	323	72	158	173	3.252
Stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev														
SKUPAJ	Moški	1.398,5	1.092,8	1.132,1	1.094,9	1.180,4	1.161,6	988,2	879,4	1.046,2	1.122,3	1.147,3	1.082,4	1.051,4
	Ženske	1.239,0	1.156,5	1.121,2	1.104,2	1.302,8	1.282,3	1.082,9	933,7	1.032,1	1.194,3	1.237,8	1.011,8	1.082,0
	SKUPAJ	1.318,3	1.124,3	1.126,7	1.099,5	1.241,6	1.221,1	1.034,6	906,9	1.039,2	1.157,3	1.192,0	1.047,1	1.066,6
0-64 let	Moški	346,5	269,6	262,9	276,7	340,1	332,8	277,1	204,4	254,3	199,6	243,3	265,4	256,6
	Ženske	165,7	154,4	126,2	117,1	188,9	192,9	115,7	115,8	129,0	143,5	101,1	109,1	130,3
	SKUPAJ	259,0	215,1	197,5	200,9	267,5	266,4	200,8	161,1	194,2	173,3	175,9	189,9	196,0
Starostno standardizirana stopnja umrljivosti na 100.000 prebivalcev														
SKUPAJ	Moški	843,9	702,3	698,4	748,6	760,9	747,1	685,6	595,7	667,9	665,4	652,1	650,3	680,7
	Ženske	442,4	445,6	432,5	436,4	492,4	487,0	403,2	380,8	387,3	437,5	393,6	359,7	413,0
	SKUPAJ	622,4	561,6	555,0	579,1	617,4	607,5	538,6	478,1	516,6	542,9	513,1	491,1	535,8
0-64 let	Moški	245,3	206,3	196,8	218,7	253,2	253,0	222,0	176,1	214,4	162,4	184,7	195,1	204,1
	Ženske	111,2	113,4	95,6	86,4	126,2	135,4	84,2	97,7	98,0	106,0	76,7	83,6	98,7
	SKUPAJ	179,4	160,9	147,3	154,1	191,4	196,1	156,0	137,1	157,3	135,8	132,6	140,4	152,5

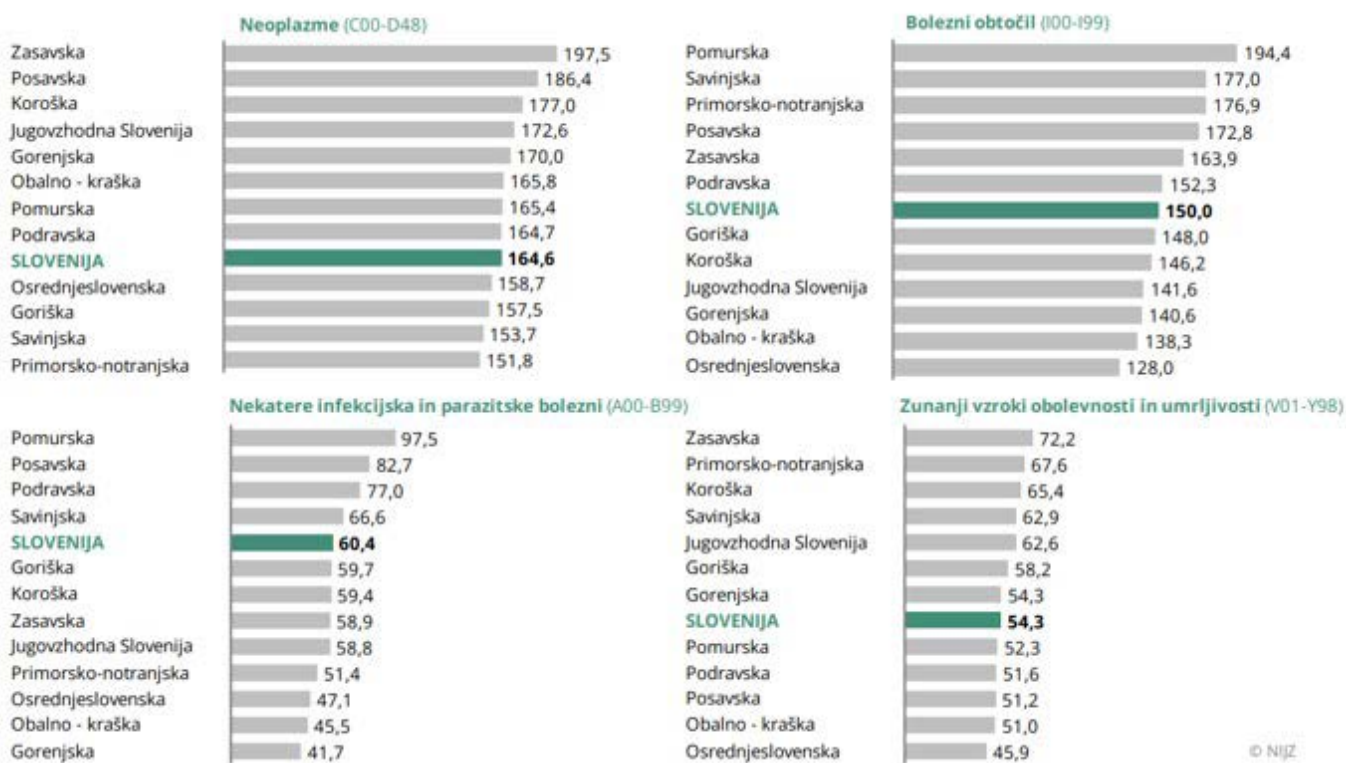
Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022

Skupine bolezni

Če nadalje analiziramo starostno standardizirano stopnjo umrljivosti po skupinah najpogostejših vzrokov, tj. neoplazme, bolezni obtočil, infekcijske in parazitske bolezni ter zunanji vzroki (Slika 2), lahko povemo, kot sledi. Zaradi raka umirajo ljudje v primorsko-notranjski statistični regiji najmanj med regijami v Sloveniji (SSS je 151,8; slovensko povprečje pa 164,4). V obalno-kraški statistični regiji je stanje malo nad ravni države, zaradi srčnih in drugih žilnih bolezni je starostno standardizirana stopnja v tej regiji druga najnižja v Sloveniji (SSS je 138,3; slovensko povprečje pa 150,0). V primorsko-notranjski statistični regiji je kazalnik 176,9, kar je tretja najslabša regija. Tudi pri infekcijskih in parazitskih boleznih je slika ugodna, saj je bila starostno standardizirana stopnja umrljivosti v obeh statističnih regijah bolj pri dnu (45,5 in 51,4; slovensko povprečje pa je 60,4). Je pa dokaj drugačna slika pri zunanjih vzrokih, kjer je starostno standardizirana stopnja umrljivosti v obalno-kraški statistični regiji druga naj-

nižja (51,0), v primorsko-notranjski statistični regiji druga najvišja (67,6), povprečje pa je 54,3. Če pogledamo skupine le znotraj obeh regij, pa jih je v obalno-kraški statistični regiji največ umrlo zaradi bolezni obtočil, sledijo raki, potem infekcijske bolezni, vključno s covidom, in nato zunanji vzroki, ki jih lahko opredelimo kot nesreče, poškodbe po tretji osebi in samomori. V primorsko-notranjski statistični regiji je največ smrti zaradi bolezni obtočil, nato raka, zunanjih vzrokov in nazadnje infekcijskih bolezni. Če pogledamo stanje po spolu, moški v obalno-kraški statistični regiji največ umirajo zaradi srca, nato zaradi raka, infekcij in zunanjih vzrokov; v primorsko-notranjski statistični regiji pa zaradi raka, srca, infekcij in zunanjih vzrokov. Ženske v obalno-kraški statistični regiji največ umirajo zaradi raka, srčnih bolezni, infekcij in zunanjih vzrokov, v primorsko-notranjski statistični regiji pa zaradi srčnih bolezni, raka, infekcij in nazadnje zunanjih vzrokov.

Slika 2: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti zaradi najpogostejših vzrokov smrti po poglavjih MKB-10 in statističnih regijah, Slovenija, 2022



Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022

Poraba zdravil

Poraba zdravil v regiji je predstavljena v tabeli 4 o številu predpisanih receptov oz. tudi številu predpisanih receptov na 1000 prebivalcev ter na Sliki 3 o definiranih dnevni odmerkih na 1000 prebivalcev za nekatere glavne skupine zdravil. Pri številu predpisanih receptov sta tako obalno-kraška kot tudi primorsko-notranjska statistična regija na ravni povprečja države. Enako je stanje tudi pri definiranih dnevni odmerkih na 1000 prebivalcev na dan, le da je po skupinah zdravil za bolezni srca in ožilja, bolezni prebavil in presnove, zdravil z delovanjem na živčevje in sistemsko zdravljenje infekcij stanje v obalno-kraški statistični regiji bolj pod povprečjem države, medtem ko je stanje v primorsko-notranjski statistični regiji nad povprečjem države. Poleg tega je še kar nekaj priložnosti pri obvladovanju polifarmakoterapije s številom prejemnikov ≥ 10 učinkovin. Slika 4 (vir podatkov in grafična predstavitev je interna predstavi-

tev Jurija Fürsta na ZZZS) prikazuje povprečno število oseb na ambulantno, ki prejemajo 10 ali več učinkovin, kar je v večini primerov že škodljivo oz. prinaša pomembne stranske posledice za zdravje. Obalno-kraška zdravstvena regija (oz. ZZZS OE Koper) je v tem pogledu bolj pri vrhu (med prvimi štirimi), kar ni dobro. Razlogi so pretežno v slabi izkoriščenosti programa kliničnega farmacevta. ZZZS namreč že več let spodbuja in plačuje uveljavljanje programa kliničnega farmacevta kot pomoč družinskim zdravnikom pri naporih za zmanjšanje števila oseb, ki prejemajo večje število učinkovin hkrati, kar naj bi pripomoglo k znižanju tveganja za stranske učinke in izboljšanju zdravstvenega stanja teh oseb, ki jemljejo preveč zdravil. V nekaterih regijah je ta program zaživel in daje rezultate, v obalno-kraški zdravstveni regiji očitno (še!) ne.

Tabela 4: Število receptov in število receptov na 1000 prebivalcev po regijah

	Število receptov			Število receptov na 1.000 prebivalcev		
			SKUPAJ			SKUPAJ
Pomurska	570.032	764.753	1.334.785	10.040,0	13.326,2	11.691,9
Zasavska	257.081	348.246	605.327	9.031,8	12.228,6	10.630,6
Koroška	323.452	413.820	737.272	9.041,5	11.866,1	10.435,9
Posavska	344.614	437.382	781.996	8.975,7	11.708,8	10.323,5
Podravska	1.376.803	1.868.222	3.245.025	8.294,5	11.541,6	9.897,7
Savinjska	1.072.760	1.426.983	2.499.743	8.151,0	11.174,9	9.640,1
Jugovzhodna Slovenija	617.331	771.402	1.388.733	8.266,3	10.751,4	9.484,0
Primorsko-notranjska	223.296	280.180	503.476	8.136,7	10.794,0	9.428,4
SLOVENIJA	8.421.050	11.173.809	19.594.859	7.950,6	10.646,1	9.292,2
Obalno-kraška	452.788	594.836	1.047.624	7.658,0	10.031,0	8.846,2
Goriška	456.678	576.439	1.033.117	7.637,8	9.868,8	8.740,3
Gorenjska	784.119	1.040.423	1.824.542	7.410,4	9.915,1	8.657,5
Osrednjeslovenska	1.942.096	2.651.123	4.593.219	7.054,3	9.415,9	8.248,4

Slika 3: Definiran dnevni odmerek na 1000 prebivalcev po glavnih skupinah in statističnih regijah



Vir: Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022

Slika 4: Število prejemnikov 10 in več učinkovin

Prikazano je povprečno število zavarovanih oseb v ambulanti splošne/družinske medicine, ki so prejele 10 in več učinkovin.

Vir: ZZS

Odsotnost od dela

Podatki o absentizmu za obdobje januar–december 2023 (Tabela 5) kažejo, da je bilo število vseh izgubljenih delovnih dni 16.347.928, kar je za 7 % manj kot v letu 2022. Od tega je bilo 6.463.386 dni v breme delodajalca in 9.884.542 v breme ZZS. Odsotnost z dela zaradi bolniškega staleža v obalno-kraški zdravstveni regiji (ZZS OE Koper) se je v zadnjem letu glede na predhodno nekoliko zmanjšala. Izgubljenih je bilo 1.300.733 delovnih dni, od tega 448.012 v breme delodajalca, kar je 2,74 % vsega bolniškega staleža in 717.378 v breme ZZS, kar je 4,39 % vsega bolniškega staleža. To je (skupaj OE KP 7,74 %) nad povprečjem Slovenije (6,93 %), tako za izgubljene dni v breme delodajalca kot tudi za izgubljene dni v breme ZZS.

Podatek o povprečnem številu dni bolniške odsotnosti na zaposlenega je sicer eden glavnih pokazateljev zdravstvenega stanja delovno aktivnih prebivalcev. Ta je v letu 2023 za Območno enoto Koper znašal skupaj 19,50 dneva, kar je več od povprečja v Sloveniji (17,42). Zdravstveni absentizem ne izhaja le iz zdravstvenega stanja zaposlenega, temveč je posledica delovnih, socialnih, ekonomskih, ekoloških in drugih dejavnikov, ki so jim izpostavljeni delavci. Zaradi tega ni samo zdravstveni, temveč tudi ekonomski, socialni in družbeni problem.

(Tabela 5, Slika 5)

Nega otroka postaja v obalno-kraški zdravstveni regiji med najvišjimi v Sloveniji. Višja je le v Ljubljani, a se zaradi obsega območja OE Ljubljana nazadnje izkaže, da je nega v naši regiji blizu povprečja države. Videti je, da lahko v nekaterih drugih regijah za bolne otroke poleg staršev poskrbijo tudi drugi, npr. stari starši, nezaposleni partnerji, sorodstvo in podobno, kar manj velja za obalno-kraško zdravstveno regijo oziroma predvsem za njena mesta.

Odhodki zdravstvenih storitev

Odhodki za vse zdravstvene storitve, zdravila, MP in denarne dajatve (vključno z odhodki za delo OE) v višini 292.126.334 EUR predstavljajo 6,65 % vseh odhodkov ZZS, kar je manj od sorazmernega deleža zavarovancev (7,5 %) v Območni enoti Koper glede na vse zavarovance v Sloveniji. V odhodke so vključeni tudi odhodki za delo OE Koper, a kot vidimo, je to glede na celotne odhodke zelo majhen delež (0,84 %). Vse ostalo je namenjeno zavarovancem v takšni ali drugačni obliki. Obseg storitev, ki jih zavarovanci (prebivalci obalno-kraške zdravstvene regije) koristijo v svoji regiji, je (po izkušnjah iz preteklosti) med 70 in 80 %, ostalo pa koristijo po drugih krajih v Sloveniji (pretežno v Ljubljani).

Tabela 5: Izgubljeni delovni dnevi v obdobju januar–december 2023

Št. in % dni po OE																
	Št. dni v breme ZZSZ		Indeks št. dni ZZSZ		% dni v breme ZZSZ		Št. dni v breme zavezanca		% dni v breme zavezanca		Št. dni skupaj		Indeks št. dni skupaj		% dni skupaj	
OE bivališča	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
NEZNANO	74.481	63.372	85		0,36%	0,29%	48.533	52.483	0,24%	0,24%	123.014	115.855	94		0,60%	0,53%
OE CELJE	1.149.767	1.035.601	90		5,26%	4,69%	625.434	676.639	2,86%	3,06%	1.775.201	1.712.240	96		8,12%	7,75%
OE KOPER	851.850	717.378	84		5,34%	4,45%	448.883	488.012	2,81%	3,02%	1.300.733	1.205.390	93		8,15%	7,47%
OE KRŠKO	399.570	335.418	84		5,40%	4,49%	205.659	232.366	2,78%	3,11%	605.229	567.784	94		8,17%	7,60%
OE KRANJ	1.172.939	961.083	82		5,14%	4,19%	571.715	627.129	2,50%	2,73%	1.744.654	1.588.212	91		7,64%	6,92%
OE LJUBLJANA	3.452.497	2.874.727	83		4,72%	3,89%	1.811.214	1.990.152	2,48%	2,69%	5.263.711	4.864.879	92		7,20%	6,59%
OE MARIBOR	1.559.235	1.321.361	85		4,86%	4,09%	896.051	984.770	2,79%	3,05%	2.455.286	2.306.131	94		7,66%	7,14%
OE MURSKA SOBOTA	739.172	684.101	93		6,86%	6,33%	287.508	312.318	2,67%	2,89%	1.026.680	996.419	97		9,52%	9,22%
OE NOVA GORICA	591.441	454.404	77		5,50%	4,20%	279.508	305.532	2,60%	2,83%	870.949	759.936	87		8,09%	7,03%
OE NOVO MESTO	678.239	545.322	80		5,33%	4,24%	328.916	371.765	2,58%	2,89%	1.007.155	917.087	91		7,91%	7,13%
OE RAVNE NA KOROŠKEM	965.674	891.775	92		6,98%	6,44%	398.437	422.220	2,88%	3,05%	1.364.111	1.313.995	96		9,86%	9,49%
Total	11.634.865	9.884.542	85		4,99%	4,19%	5.901.858	6.463.386	2,53%	2,74%	17.536.723	16.347.928	93		7,52%	6,93%

Slika 5: Primerjava števila dni nege glede na število otrok v obdobju januar–december 2023**Tabela 6:** Izgubljeni delovni dnevi v obdobju januar–december 2023

Število dni in število dni na otroka po OE				
	število dni	Povprečno število otrok	Število dni na otroka	Odstopanje od povprečja ZZSZ
neznano	1777	20293	0,09	2,93
OE Celje	78028	29246	2,67	89,4
OE Koper	71347	20695	3,45	115,53
OE Krško	29482	10083	2,92	97,98
OE Kranj	97353	31394	3,1	103,91
OE Ljubljana	359995	102331	3,52	117,88
OE Maribor	131199	43099	3,04	102,01
OE Murska Sobota	34771	14394	2,42	80,95
OE Nova Gorica	49373	14584	3,39	113,44
OE Novo mesto	59409	18703	3,18	106,44
OE Ravne na Koroškem	53421	18931	2,82	94,56
Skupaj	966155	323753	2,98	100

Vir: ZZSZ

Tabela 7: Odhodki za zdravstvene storitve
OE Koper 1–12/2023

ODHODKI	
1. Osnovno zdravstveno varstvo	55.078.342 €
- splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	37.119.657 €
- zobozdravstvena dejavnost	9.686.247 €
- druge zdravstvene dejavnosti	8.272.438 €
2. Specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje	131.324.904 €
- bolnišnična zdravstvena dejavnost	97.759.486 €
- specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	33.565.418 €
3. Dejavnost socialnih zavodov	11.772.085 €
- dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego	11.694.470 €
- socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalide osebe	77.615 €
4. Dejavnost obvezne socialne varnosti	3.573.233 €
ODHODKI ZA ZDRAVSTVENE STORITVE SKUPAJ (1-4)	201.748.563 €
5. Odhodki za zdravila, med. pripomočke, cepiva	40.364.989 €
- zdravila	37.600.867 €
- medicinski pripomočki	2.764.121 €
- cepiva	
6. Zdravljenje v tujini - napotitve	
7. Mednarodno zavarovanje	3.537.036 €
- slovenski zavarovalci	
- tuji zavarovalci	3.537.036 €
8. Denarne dajatve	44.025.010 €
- za nadomestila odsotnosti	43.729.695 €
- za pogrebne, posmrtnine	
- za potne stroške, dnevnice, prevoze	295.314 €
- za povračila zavarovalnicam - soc. ogroženi	
9. Odhodki za delo ZZS	2.450.737 €
- plače in drugi izdatki zaposlenim	1.639.472 €
- prispevki delodajalca	251.825 €
- materialni izdatki službe	527.627 €
- investicijski odhodki	31.812 €
10. Obresti od zadolževanja	
SKUPAJ ODHODKI (1-10)	292.126.334 €

Vir: ZZS

Po drugi strani pa zavarovalci iz drugih regij tudi deloma gravitirajo oz. le koristijo storitve v naši regiji tudi v obsegu 20 do 30 %, tako da lahko prikazane odhodke okvirno razporedimo na zavarovalce domače regije. (Tabela 7)

Izvajalci v regiji

V obalno-kraški zdravstveni regiji delujejo štiri bolnišnice kot osrednje zdravstvene ustanove regije, pa tudi kot centri, v katere so usmerjeni tudi bolniki iz drugih delov Slovenije ter iz hrvaškega dela Istre. To so Splošna bolnišnica Izola, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Bolnišnica Sežana in Bolnišnica Postojna. Storitve, ki jih bolnišnice ne opravljajo in jih morajo prebivalci poiskati izven regije, so: večina rakavih bolezni, operacije glave, operacije na pljučih, nekatere infektivne bolezni, genetika, bolnišnične psihiatrične bolezni in podobne specifične ali specializirane zadeve. Poleg tega je šest zdravstvenih domov razporejenih v večjih mestih po vsej regiji: v Kopru, Izoli, Piranu, Sežani, Postojni in Ilirski Bistrici. Poleg zdravstvenih domov deluje še 18 družinskih, otroških in šolskih zdravnikov

zasebnikov, 53 zobozdravnikov zasebnikov, 14 specialistov zasebnikov s področja kardiologije, ginekologije, psihiatrije, dermatologije, okulistike, pnevmologije, fizioterapije, internistike in splošne kirurgije, dva zasebna izvajalca patronaže, dva zasebna izvajalca reševalnih prevozov, dve javni in šest zasebnih lekarn, 11 zasebnih izvajalcev fizioterapije, štirje posebni zavodi, sedem socialnih zavodov (domov za upokojence) in dve zdravilišči.

Dostopnost

Kako priti do zdravnika in koliko je teh možnosti? Pri tem izpostavljamo dva pojma: preskrbljenost in v zadnjem času predvsem dostopnost. Kar zadeva preskrbljenost, je najprej treba imeti v regiji mrežo izvajalcev, ki naj bi bili predvsem v primarni dejavnosti čim bolj enakomerno razporejeni po vsej regiji, nato pa v večjih centrih specializirane dejavnosti, kamor lahko pridejo ljudje iz vse regije. Ko to imamo – in kot je bilo predstavljeno v prejšnjem poglavju, ima regija teh izvajalcev dovolj, potem se lahko začnemo ukvarjati z vprašanjem dostopnosti, tj. kako in v kakšnem časovnem okviru do teh izvajalcev sploh pridemo, ko jih potrebujemo. V zadnjem času se veliko več govori o težavah pri izbiri svojega zdravnika, zobozdravnika in ginekologa, dostopu do specialista ter čakalnih dobah, ki se nekako nočejo zmanjšati. Covid je še bolj priprl vse naštete možnosti, ni pa bil edini razlog za težave na tem področju. Enostavno je praksa naročanja k družinskemu zdravniku in pediatru ostala tudi po epidemiji, kar pomeni, da niti k svojemu zdravniku ne moreš, kadar želiš. A najprej ga moraš imeti. Odhodi zdravnikov povzročajo težave, saj ni samo po sebi umevno, da jih bo kdo nadomestil oziroma, če ga bo, ni nujno, da se boš lahko opredelil pri njem. Obstaja veliko ljudi, ki svojega zdravnika, zobozdravnika ali ginekologa sploh nimajo. Ga ne potrebujejo, ga ne želijo ali pa ga ne morejo najti. Država je v letu 2023 uvedla ambulan-te za neopredeljene, nekaj mesecev prej pa še ambulan-te za boljše dostopnost, kar naj bi za krajši čas reševalo težave. Prikaz oseb brez izbranega zdravnika je v Tabeli 8. Podatki kažejo, da je delež oseb, ki nimajo izbranega osebnega zdravnika, ginekologa ali zobozdravnika, malo nad povprečjem države, tako da glede tega re-

gija ne izstopa. Stanje v regiji glede možnosti izbire je bilo npr. 11. 4. 2024 naslednje: svojega zdravnika je (bilo) možno poiskati v Kopru in Postojni, pediatria pa v Kopru, Izoli, Piranu in Ilirski Bistrici, ambulant za boljšo dostopnost v regiji ni, ambulate za neopredeljene so v Kopru, Izoli, Piranu, Sežani in Ilirski Bistrici. V njih je opredeljenih 2032 oseb, več kot polovica

v Ilirski Bistrici. Zobozdravnika je mogoče najti v vseh krajih, kjer so zdravstveni domovi. Kljub navedenim težavam, težavam z odzivom osebja v ordinacijah na klice in sporočila, kljub nekaterim težavam v času stavke, ki aprila 2024 še traja, menimo, da kdor želi svojega zdravnika, ga v regiji lahko najde, ni pa nujno, da ravno v kraju svojega bivanja ali zaposlitve.

Tabela 8: Osebe brez izbranega zdravnika na dan 31. 3. 2024 (vključeni tudi tujci)

ZO brez IOZ na dan 31.3.2024														
Družinska medicina, pediatrija, splošna amb. v DSO					Zobozdravstvo					Ginekologija (upoštevana ZO stare nad 13 let)				
OK/uradni v RS	stalnimi/zast. asnim bivalitičom	Tuji državljani z začasnim bivalitičom	SKUPAJ	Delež neopredeljenih	SKUPAJ	stalnimi/zast. asnim bivalitičom v RS	Tuji državljani z začasnim bivalitičom	SKUPAJ	Delež neopredeljenih	SKUPAJ	stalnimi/zast. asnim bivalitičom v RS	Tuji državljani z začasnim bivalitičom	SKUPAJ	Delež neopredeljenih
OE KOPER	100.119	35.565	135.684	6,5%	SKUPAJ	484.833	66.656	551.489	26,9%	SKUPAJ	212.124	10.047	222.171	24,3%
Koper	2.470	3.685	11.155	7,1%	OE KOPER	35.801	6.447	42.248	27,6%	OE KOPER	18.842	1.124	19.966	29,2%
Ilirska Bist	2.222	1.119	3.341	6,0%	Koper	9.851	1.833	11.684	20,9%	Koper	7.366	421	7.787	31,2%
Izola	1.941	250	2.191	16,3%	Ilirska Bist	3.994	312	4.306	32,1%	Ilirska Bist	1.443	43	1.486	25,4%
Piran	499	521	1.020	6,2%	Izola	3.060	777	3.837	23,4%	Izola	1.629	133	1.762	24,1%
Postojna	1.572	481	2.053	11,8%	Piran	4.418	781	5.199	30,0%	Piran	1.902	201	2.103	26,5%
Sežana	493	531	1.024	4,3%	Postojna	7.599	1.512	9.111	38,4%	Postojna	3.528	138	3.666	37,5%
	743	779	1.522	5,8%	Sežana	6.879	1.232	8.111	30,7%	Sežana	2.974	188	3.162	27,8%

Vir: ZZZS

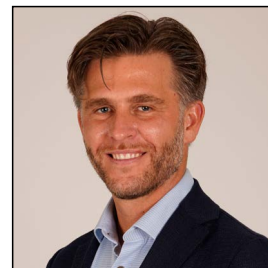
NAMESTO ZAKLJUČKA

Vsaka regija ima svoje in skupne težave. Od vseh ljudi, pa tudi od vsakega posameznika, je odvisno, kako te težave premagujemo ali obvladujemo. Namreč, vsi se ne čutijo povezani z določeno zdravstveno regijo, saj je njihovo vsakdanje življenje lahko usmerjeno drugam. Obalno-kraška zdravstvena regija je ena od takih, kjer so velike razlike med območjem ob morju in območji v notranjosti. Ustvariti dobre pogoje za čim boljšo zdravstveno varnost vsakega posameznega prebivalca obalno-kraške regije je gotovo velik izziv za vse.

LITERATURA IN VIRI

1. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022
2. Podatki Statističnega urada RS
3. Podatki NIJZ
4. Podatki ZZZS
5. Interna gradiva ZZZS
6. Wikipedija

Jure Dolinar
Univerzitetni klinični center Ljubljana



Ovire pri izvedbi investicij v zdravstvu z vidika JZZ

Povzetek

Infrastruktura in medicinska oprema sta v slovenskem zdravstvenem sistemu dotrajani ter ne sledita napredku in razvoju medicinske stroke. V slovenski zdravstveni sistem je lastnik oz. ustanovitelj, Ministrstvo za zdravje, do leta 2021 investiralo bistveno premalo sredstev za prenove, novogradnje in nakupe nove medicinske opreme, javni zdravstveni zavodi (JZZ) pa imajo na voljo bistveno premalo namenskih amortizacijskih sredstev za obnavljanje obstoječe infrastrukture in opreme. Za potrebe izboljšanja stanja v slovenskem zdravstvu je bil v letu 2021 sprejet Zakon o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 z namenom zagotavljanja finančnih sredstev v načrtovanem obsegu in dinamiki za vzpostavitev najpomembnejših operativnih zmogljivosti slovenskega zdravstva (na primarni, sekundarni in terciarni ravni) ter izobraževalnih zavodov zaradi večjega števila vpisnih mest v izobraževalne programe medicinske in zdravstvene smeri. Prav tako je bilo pridobljenih in zagotovljenih več kot 400 mio EUR iz kohezijskih sredstev EU. JZZ so pripravili investicijske in projektne dokumentacije za prioritete investicijske projekte, vendar so pri pripravi le-teh naleteli na vrsto problemov, predvsem v smislu pomanjkanja strokovnega znanja in kadra za vodenje investicij v zdravstvu, pomanjkanja znanja projektantov, slabega poznavanja tehničnih smernic in nezadostnega razumevanja delovanja bolnišnic. V nadaljevanju je ustanovitelj (MZ) po prevzemu projekta v izvedbo naletel na vrsto problemov, kot so po-

Abstract

The infrastructure and medical equipment in the Slovenian healthcare system is dilapidated and does not follow the progress and medical development. Until 2021, the owner or founder, i.e. the Ministry of Health, has significantly underinvested in the Slovenian health care system for the purpose of renovation, new buildings and purchases of new medical equipment, whereas the public health institutions (PHCs) do not have sufficient amortisation funds available for the renovation of the existing infrastructure and equipment. In order to improve the situation in Slovenian health care, in 2021 the Act on the provision of financial resources for investment in Slovenian health care in the years 2021 to 2031 was adopted with the aim of providing financial resources in the planned scope and dynamics for the establishment of the most important operational capacities of Slovenian health care (at primary, secondary and tertiary levels) and educational institutions due to the greater number of enrolment places in medical and health education programs. More than EUR 400 million was obtained and secured from the EU cohesion funds. PHCs prepared investment and project documentation for priority investment projects. First of all, PHCs encountered a series of problems in the preparation of project and investment documentation. Basically, the problem of lack of professional knowledge and personnel for managing investments in health care, lack of knowledge of designers, poor knowledge of technical guidelines and understanding of hospital operations was revealed. Later, after taking over

manjkljivo in nestrokovno pripravljena projektna dokumentacija ter dodatne spremembe s strani uporabnikov oz. stroke iz naslova spremenjenih okoliščin in posodobitev tehničnih smernic za graditev za zdravstvene stavbe. Na potek izvedbe investicijskih projektov so močno vplivale tudi geopolitične razmere (vojna v Ukrajini ipd.) in politične menjave oz. spremembe vodstvenega kadra na MZ in JZZ. Vse navedeno povzroča časovne zamike in podražitve investicijskih projektov.

the project, the Ministry of Health encountered a series of problems, such as inadequately and unprofessionally prepared project documentation, additional changes by users or professions due to changed circumstances, update of the technical guidelines for construction for medical buildings. The course of implementation of investment projects was strongly influenced by the geopolitical situation (war in Ukraine, etc.) and political changes or changes in the management personnel at the Ministry of Health and public health care institutions. All of the above causes delays and increases in the cost of investment projects.

UVOD

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKCL) zagotavlja neprekinjeno dostopnost terciarnih storitev za skrbno in spoštljivo obravnavo najzahtevnejših pacientov iz Slovenije in širše, vsem prebivalcem osrednjeslovenske regije pa kakovostno obravnavo s celovito ponudbo zdravstvenih storitev. Skladno z zakonskimi predpisi na neprofiten način izvaja terciarno zdravstveno dejavnost, bolnišnično zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, ambulantno dejavnost, transplantacijsko dejavnost, zdravstveno in babiško nego, diagnostiko, visoko specializirane laboratorijske dejavnosti, medicinsko rehabilitacijo, paliativno oskrbo, pedagoško dejavnost, raziskovalno-razvojno in inovacijsko dejavnost.

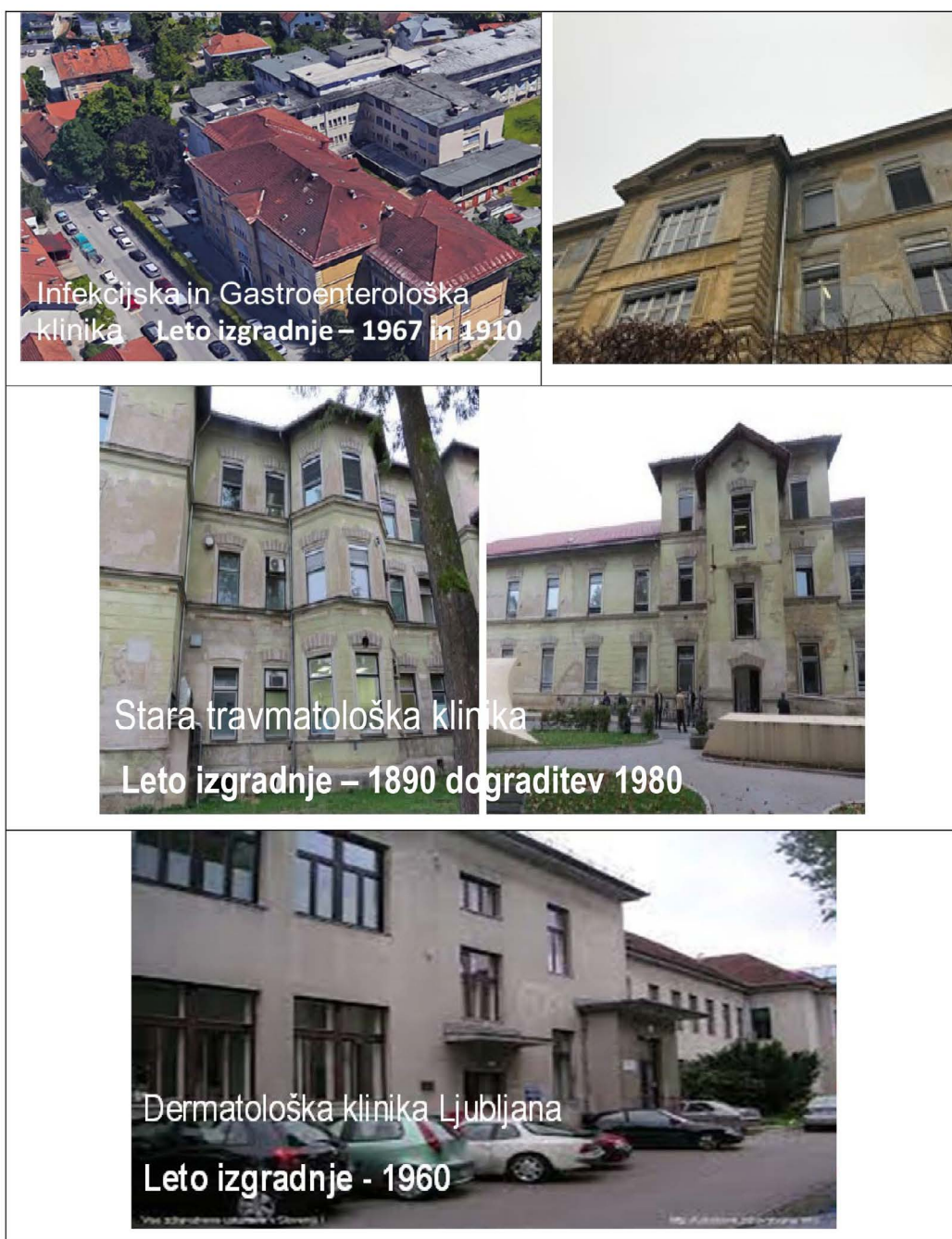
Za zagotavljanje visoke strokovnosti in nemotenega delovanja ter nadaljnega razvoja ni dovolj samo ohranjati obstoječo infrastrukturo in opremo, ampak jo je treba tudi nadgrajevati in posodabljati skladno z razvojem in trendi v svetu, za kar v preteklosti ni bilo dovolj finančnih sredstev. Poleg finančnih sredstev so razlogi za dotrajanost obstoječega stanja infrastrukture in opreme tudi nestrateško nakupovanje opreme in nestrateško izvajanje investicij, saj so se reševale zgolj parcialne problematike in rešitve JZZ.

Zato je trenutno stanje infrastrukture in objektov v UKCL alarmantno, saj je več kot 140.000 m² površin zdravstvenih objektov starejših od 48 let, kar predstavlja 70 % celotnega zdravstvenega fonda objektov v bolnišnici. Zdravstvena dejavnost se izvaja v objektih, grajenih od leta 1889 dalje oz. starih 100 in več let (npr. Sta-

ra travmatološka klinika za kirurške okužbe – 1898, Stara porodnišnica – 1898, Leonišče – 1920, Gastroenterologija v UKC Ljubljana – 1910, Ortopedska klinika – 1940 ipd., Slika 1). Več kot 85 % medicinske opreme je amortizirane. UKCL ima štiri MR-je letnikov od 1999 do 2013 (trije od štirih so v rednih popravilih). Starejši objekti ne sledijo napredku medicine, so potresno in požarno pomanjkljivi (bolnišnice kot kritična infrastruktura in zahtevni bolnišnični objekti morajo biti varni). Zastarela je osnovna infrastruktura (dvigala, kotlovnice, hlajenje, prezračevanje, inštalacije).

Večina starejših objektov nima centralnega hlajenja in prezračevanja ter ne zagotavlja ustreznega ugodja v objektu tako pozimi kot poleti. Zunanost in okolica objektov (makadam, zelo poškodovan asfalt okoli bolnišnic ipd.) sta neurejeni.



Slika 1: Zastarela osnovna infrastruktura

Bolniške sobe imajo skupne kopalnice in so glede na sodobne tehnične smernice poddimenzionirane (trenutno 12 m², standard 18–25 m²). Storitve so razdrobljene (laboratorijska, radio-loška, fizioterapija in rehabilitacijska dejavnost). V preteklosti se je del amortizacije uporabil za investicije v novo opremo in ne za vzdrževanje obstoječe. Pri objektih, starih več kot 15 let, se pojavljajo visoki tekoči stroški vzdrževanja in energentov.

S sprejetjem Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (ZZSISZ) dne 29. 9. 2021 in pridobljenimi EU sredstvi pa se je pričel velik cikel investicijskih projektov v zdravstvene objekte, na katere zdravstvo in stroka kljub pripravi strateškega 10-letnega plana investicij zaradi večletne stagnacije ni bilo sistemsko, strokovno in kadrovske pripravljeno. Obenem so se spremenile tudi geopolitične razmere, ki

so vplivale na potek izvedbe investicijskih projektov. Ne glede na vse ugotovljene probleme, se morajo ustanovitelj Ministrstvo za zdravje (MZ) in javni zdravstveni zavodi (JZZ) čim prej prilagoditi in organizirati na način, da bodo viri financiranja ustrezno realizirani ter da se bodo zdravstveni objekti obnovili in posodobili.

(Tabela 2)

INVESTICIJE V ZDRAVSTVO V ZADNJIH 15 LETIH

Ustanovitelj MZ je v celotno slovensko zdravstveno infrastrukturo in medicinsko opremo v zadnjih 15 letih v povprečju investiral 37,2 mio EUR letno do leta 2021 (Tabela 1), kar je bilo glede na obseg in starost infrastrukture ter glede na razvoj in napredek zdravstva bistveno premalo za ohranjanje in razvoj infrastrukture v slovenskem zdravstvu.

Tabela 1: Letna vlaganja MZ v JZZ od 2008 do 2021

Leto	Planirane investicije UKCL po letih EUR	Realizacija investicij MZ po letih EUR
2008		34.595.634
2009		62.542.223
2010		36.290.596
2011		28.533.308
2012		36.125.395
2013		27.303.767
2014		44.583.992
2015	0	54.899.127
2016	0	32.323.659
2017	13.685.355	21.890.544
2018	6.218.947	21.884.427
2019	13.123.486	35.303.275
2020	38.165.211	56.926.764
2021	28.410.777	65.021.536
2022	84.024.645	194.630.000*
2023	60.280.940	205.670.000*
2024	120.705.439	213.220.000*
SKUPAJ		558.224.246
Povprečno na leto do 2022		37.214.950

Opomba: * pomeni planirane vrednosti investicij povzete iz ZZSISZ

Tabela 2: Zagotavljanje virov financiranja po posameznih letih od 2021 do 2031

	Ministrstvo za zdravje	Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport	Skupaj
	Postavke 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Postavki 8,9	
Leto	mio EUR	mio EUR	mio EUR
2021	127,28	0	127,28
2022	194,63	3,00	197,63
2023	205,67	14,00	219,67
2024	213,22	20,00	233,22
2025	204,74	23,00	227,74
2026	210,14	42,50	252,64
2027	162,94	57,50	220,44
2028	152,12	20,00	172,12
2029	144,91	25,00	169,91
2030	111,84	25,00	136,84
2031	115,51	20,00	135,51
SKUPAJ	1.843,00	250,00	2.093,00

Tabela 3: Načrt investicijskih vlaganj v letu 2024
(FN 2024 Obrazec 4: Načrt investicijskih vlaganj 2023)

Načrt investicijskih vlaganj	Realizacija 2022	FN 2023	realizacija 2023	FN 2024
zemljišča	- €	- €	- €	- €
zgradbe	3.794.721 €	60.280.940 €	7.650.082 €	120.705.439 €
Skupaj nepremičnine	3.794.721 €	60.280.940 €	7.650.082 €	120.705.439 €

STRATEGIJA INVESTIRANJA V IZBOLJŠANJE INFRASTRUKTURE IN OPREME

Cilj UKC Ljubljana je slediti razvoju novih tehnologij ter izboljšanju pogojev dela in bivalnih standardov pacientov. V ta namen je UKCL leta 2018 sprejel Strategijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za obdobje 2018–2023, pripravil 10-letni plan investicij, projektno in investicijsko dokumentacijo za večje strateške investicijske projekte ter pridobil različne vire financiranja od ustanovitelja in EU kohezije.

Osnova za letno načrtovanje in realizacijo investicij v nepremičnine so Strategija upravljanja

z nepremičninami UKC Ljubljana 2018–2023, Načrt razvojnih programov do 2026, pripravljen na osnovi Zakona o zagotavljanju finančnih sredstev za investicije v slovensko zdravstvo v letih od 2021 do 2031 (ZZSISZ), sprejet dne 29. 9. 2021, ter Finančni načrt, ki ga je svet zavoda sprejel na svoji 2. seji dne 4. 3. 2024 in se s tem zagotovilo za zdravstvo 2,093 milijarde eur v desetih letih. (Tabela 2)

S sprejetim ZZSISZ se vzpostavlja sistematično planiranje kratkoročnih in srednjeročnih investicij, predvsem za krepitev že obstoječe mreže javne zdravstvene službe na način, da se bodo projekti planirali in izvajali usklajeno, učinko-

vito in racionalno. S tem bomo lahko dosegli boljše črpanje sredstev iz EU kohezije iz naslova že pripravljene projektne dokumentacije.

Z zakonom se zagotavljajo tudi nujni viri financiranja iz naslova projektov, ki kandidirajo za evropska kohezijska sredstva, RRF in REACT.

Vse navedeno kaže na to, da se bodo s sprejetim ZZSISZ na sistemski ravni zagotavljala finančna sredstva v načrtovanem obsegu in po načrtovani dinamiki za vzpostavljanje postopnega povečevanja zmogljivosti slovenskega zdravstvenega sistema, ki bo kadrovsko, prostorsko in logistično močan ter odporen na obremenitve v prihodnosti.

V FN 2024 so sredstva ustanovitelja predvidena v višini 112.405.439 EUR, v letu 2023 so predvidena sredstva znašala 51.980.940 EUR, realizacija izvedenih investicij pa je bila 7.680.000 EUR oz. 14-odstotna. (Tabela 3)

Investiranje poteka skladno s finančnimi možnostmi; obseg vloženih sredstev v obnovo opreme in infrastrukture bo v okviru finančno razpoložljivih sredstev UKCL.

Vsa nova oprema in prostori se investirajo v okviru razpoložljivih sredstev s strani ustanovitelja MZ.

Glavni nameni strategije oziroma strateškega upravljanja nepremičnin UKCL so:

- vzpostaviti mehanizem za sistemsko, načrtno reševanje prostorskih potreb UKCL,
- prikazati dolgoročni razvoj nepremičnin UKCL (izgradnje, prenove in vzdrževanja),
- preprečiti neracionalna vlaganja v stare objekte, ki se bodo po strateškem planu v celoti obnavljali ali porušili v krajšem času,
- zagotoviti racionalno in s strategijo usklajeno potrjevanje sredstev za posamezne investicije v vsakoletnih planih UKCL,
- zagotoviti pravočasno rezervacijo sredstev in izdelavo planov na Ministrstvu za zdravje,
- zagotoviti skladnost strategije UKCL s planom urbanističnega razvoja Mestne občine Ljubljana ter sodelovati v posredovanju pobud za dopolnitev in spremembe občinskega prostorskega načrta (OPN),

- zagotoviti vsem klinikam oziroma kliničnim oddelkom približno enake oz. primerljive pogoje za delovanje,
- združiti administrativne službe in klinike,
- združiti laboratorije v novem DTS,
- vzpostaviti sistem projektnega vodenja investicijskih projektov,
- vzpostaviti učinkovit sistem celovitega upravljanja in vzdrževanja objektov, naprav in opreme,
- vzpostaviti sistem preventivnega vzdrževanja zgradb in opreme,
- vzpostaviti sodelovanje javno-zasebnega partnerstva pri novogradnjah in prenovah,
- možnost pridobivanja nepovratnih sredstev za novogradnje in sanacije objektov,
- uvajati nove, preverjene in ekonomsko upravičene tehnologije v zgradbah in opremi,
- slediti zastavljenim dolgoročnim ciljem EU in Slovenije do leta 2030 na področju energetske učinkovitosti javnih stavb in trajnostnega razvoja,
- urediti ustrezne zmogljivosti za parkiranje zaposlenih in uporabnikov,
- sodelovati z različnimi fakultetami in izobraževalnimi ustanovami.

Zdravstveni objekti sodijo v skupino najzahtevnejših objektov, zato je treba investicije planirati ter izvajati skrbno in natančno. Prav zato je toliko bolj pomembno medsebojno sodelovanje na vseh področjih, v vseh fazah in vseh sodelujočih, kot so Ministrstvo za zdravje, Mestna občina Ljubljana, razni soglasodajalci, izvajalci, nadzorniki, projektanti, uporabniki in naročnik.

UKCL je glede na analizo trenutnega stanja objektov in trenutnega stanja opreme ocenil, da bi morali letno zagotoviti za opremo več kot 46 mio EUR ter za investicije v zgradbe in infrastrukturo več kot 50 mio EUR, skupaj torej več kot 96 mio EUR/leto.

Za primerjavo, samo za bolnišnico AKH Dunaj je planirano skupno za 1,5 mrd EUR investicij v 12 letih oz. 125 mio EUR letno.

Tabela 4: Projekti, vključeni v sprejeti Načrt razvojnih programov (Proračun RS) do 2026

UKC LJUBLJANA	
Oznake vrstic	Vsota od Veljavni plan 2024 (PL3)
2711-18-0053 - UKC Ljubljana - zamenjava avtoklavov	920.389,39
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	0
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	920.389,39
2711-21-0045 - Energetska sanacija - Negovalna bolnišnica LJ	486.794,15
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	0
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	486.794,15
2711-21-0046 - Negovalna bolnišnica LJ - Ureditev prostorov	2.025.314,84
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	0
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	2.025.314,84
2711-21-0055 - UKC LJ - ES stavbe UKC Hospital COVID-19	43.258.202,39
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	4.365.401,36
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	38.892.801,03
2711-22-0018 - UKC Ljubljana, revitalizacija Hospitala	20.859.534,21
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	8.965.287,66
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	11.894.246,55
3564 - Investicije v javne zdravstvene zavode	0
2711-22-0020 - UKC LJ Dograditev infekcijske klinike	27.333.409,68
221489 - C4K14IE Učinkovita obravnava nalezljivih bolezni-NOO-MZ	15.000.000,00
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	5.472.396,00
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	3.561.013,68
221671 - Plačilo DDV za NOO	3.300.000,00
2711-18-0012 - UKC Ljubljana - nov katetrski laboratorij	1.371.143,12
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	1.371.143,12
2711-94-0001 - UKC Ljubljana - DTS in HB	15.951.922,10
221659 - Investicije v javne zdravstvene zavode	26.960,34
221664 - Unovčene bančne garancije	585.160,00
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	15.339.801,76
2711-10-0009 - Dispečerski center zdravstva	108.729,57
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	108.729,57
2711-21-0035 - NC CRSS - ureditev prostorov nacionalnega centra	90.000,00
221666 - Proračunski sklad po Zakonu o investicijah	90.000,00

INVESTICIJE V NEPREMIČNINE IN OPREMO UKCL OD LETA 2017 DALJE

V letih od 2017 do 2023 so se investicije v UKCL postopoma povečevale, zato je UKCL lahko zgradil nove (nadomestne) objekte in pridobil dodatne prostore v upravljanje v skupni kvadraturi 12.560 m², kar predstavlja 5,8-odstotno povečanje uporabnih površin, in sicer:

2022/23/24

- Negovalna bolnišnica (4000 m² prenove negovalne bolnišnice in 9000 m² energetske sanacije) – v izvedbi
- Energetska prenova Hospitala in DTS (75.000 m²) – v izvedbi
- Dograditev infekcijske klinike (novih 24.500 m² prostorov) – v izvedbi

2021

- Preureditev prostorov za covidne bolnike v kvadraturi 4.500 m²

- Prenova 1. nadstropja ZVD za sivo cono 600 m²

2020

- Dispečerski center 1.560 m² (2. faza DTS)
- Urgentni kirurški blok UKB 3a faza, 1.100 m² (3. faza DTS)
- Centralni laboratorij 3.200 m² in druga faza prometnega terminala (3. faza DTS) – v izvedbi

2019

- Novogradnja Kliničnega inštituta za medicino dela in športa 1.600 m²

2017

- Izgradnja IPP in SNMP

OVIRE PRI PRIPRAVI VEČJIH INVESTICIJSKIH PROJEKTOV

Zdravstveni objekti so inštalacijsko in tehnološko najzahtevnejši objekti, ki morajo upoštevati vse standarde, zahteve uporabnikov oz. stroke ter imeti kompetentne vodje projektov, projektante in nadzor.

Univerzitetni klinični center Ljubljana ima v uporabi zahtevne programe, kot so:

- bolnišnični oddelki,
- specialistične ambulante,
- diagnostika (radiologija z MR, CT, RTG, endoskopija, cistoskopija, nevrofiziologija),
- centralni laboratoriji,
- centralni operacijski blok in porodni blok z intenzivnimi terapijami in intenzivno nego,
- nuklearna medicina,
- hemodializa in hematologija,
- genetika,
- lekarna in centralna sterilizacija,
- podporne in tehnične službe (cevna pošta, gospodinjje, kurirji, servis medicinske opreme, čiščenje postelj ipd.).

Objekti morajo biti zasnovani tako, da omogočajo:

- funkcionalno delovanje vseh programov,
- logistiko dostave hrane, perila, postelj, krvnih vzorcev ipd.,

UKC Ljubljana je od leta 2017 pripravil več projektnih in investicijskih dokumentacij in kandidiral za finančne vire tako pri ustanovitelju MZ kot na EU kohezijskih skladih, vendar smo naleteli na vrsto problemov pri pripravi projektnih in investicijskih dokumentacij in sicer:

- Ni jasen strateški plan razvoja zdravstvene dejavnosti v Sloveniji (izhodišče za širitev UKCL – nova lokacija ali širitev znotraj kampusa OI okoli MF ipd.).
- UKCL ima premalo sredstev amortizacije za obnavljanje in ohranjanje obstoječega stanja infrastrukture in opreme.
- V preteklosti je bilo izdelanih veliko število projektnih dokumentacij, ki niso bile potrjene s strani ustanovitelja ali se niso realizirale (projekti za več kot 1 mio EUR).
- Od izdelave projektne dokumentacije do potrditve investicijskega dokumenta in zagotovitve virov financiranja potečejo

tudi več kot 3 leta, za kar je treba obnoviti projektno dokumentacijo.

- V Sloveniji so samo štirje izkušeni tehnološki medicinske tehnologije.
- Ključno je vodenje investicij od izhodišč uporabnika do izdelane PZI dokumentacije s strani strokovnih služb bolnišnic.
- Večkratno ponavljanje javnih naročil zaradi preseganja ponudbenih vrednosti od zagotovljenih sredstev (Katetrski laboratorij, Avtoklavi, Hematologija – prenova kopalnic, Adaptacija prostorov za enodnevni hospital Nevrološke klinike, 1. nadstropje, Adaptacija otroškega oddelka I. na Dermatovenerološki kliniki ipd.).
- Omejenost s finančnimi viri glede na iztrošenost, potrebe uporabnika in razvoj novih programov.
- Pozno potrjevanje finančnega načrta s strani ustanovitelja MZ.
- Nova tehnična smernica za graditev bolnišničnih objektov v letu 2021, ki je nadomestila zastarelo smernico iz leta 2008.

V nadaljevanju je ustanovitelj (MZ) po prevzemu projekta v izvedbo naletel na vrsto problemov, kot so:

- Strokovnost kadra in vodji na področju investicij v zdravstvene objekte
- Vzpostavljena strategija in mreža razvoja zdravstva v Sloveniji (širjenje programov, strateški razvoj UKCL, novi UKCL ali prenova, ipd)
- Pozno potrjevanje finančnega načrta (v letu 2023 potrjen finančni načrt v septembru)
- Pogosta menjava vodstva in usmeritev v povprečju na 1,5 leta (vpliva na odločitve na že pripravljene projekte, projekte v teku, izvajanje ponovnih presoj, ipd)
- Celovito poznavanje delovanja in potreb bolnišnice
- Pomanjkljivo in nestrokovno pripravljena projektna dokumentacija,
- Dodatne spremembe s strani uporabnikov oz. stroke iz naslova spremenjenih okoliščin,
- Posodobitev tehnične smernice za graditev za zdravstvene stavbe.

Slika 3: Negovalna bolnišnica Ljubljana

Na potek izvedbe investicijskih projektov so močno vplivale tudi geopolitične razmere (vojna v Ukrajini, ipd) in politične menjave oz spremembe vodstvenega kadra na MZ in JZZ. Vse navedeno povzroča časovne zamike in podražitve investicijskih projektov

OVIRE PRI IZVAJANJU VEČJIH INVESTICIJSKIH PROJEKTIH

V nadaljevanju UKCL so opisani primeri problematike pri izvajanju na posameznih večjih investicijskih projektih UKCL.

Dograditev prizidka diagnostičnega terapevtskega servisa DTS sever

- Pričetek projekta 2004 in še vedno v teku izvedba projekta,
- Odločitev glede celovite izvedbe je bila zavrnjena leta 2012,
- Postopno fazno nadaljevanje 2014 heliport, 2017 izvedba IPP in SNMP,
- 2019 izvedba UKB 3a, 2021 izvedba centralnih laboratorijev, 2024 pričetek izvedbe UKB 3b in 3c,
- Podražitve projekta iz naslova izvedbe faznosti in sprememb prostorov,
- Večkratno preprojektiranje zaradi sprememb in zastarelosti tehnologije,
- Spreminjanje namembnosti in velikosti v fazi projektiranja in izvedbe,
- COVID 19 spremenil dinamiko prenove,
- Prenova Hospitala in Infekcijske klinike.

Hospital in DTS – energetska sanacija in revitalizacija

- Priprava projektne naloge in spremembe izhodišč uporabnika tekom projekta,
- S spremembo vodstva ustanovitelja se je projekt zaustavil zaradi preveritve na KPK za 9 mesecev,
- Dodatna dela in spremembe v fazi izvedbe (sprememba kopalnic iz naslova COVID-a, dodatna statika, dvigala, ipd)
- Sprejemanje odločitev.

Negovalna bolnišnica Ljubljana (Slika 3)

- Projekti za prenovo izdelani že leta 2009
- Preprojektiranje 2017 in zmanjšanje obsega prenove zaradi omejenih virov financiranja (pridobljeni dodatni viri iz EU sredstev, kohezija in REACT),
- Zelo zahtevna rekonstrukcija objekta in podaljšanje rokov, ki vplivajo na selitev infekcijske klinike.

Dograditev infekcijske klinike Ljubljana (Slika 4)

- Investicijski projekt, ki je zaradi COVID-a postal najvišja prioriteta,
- Projekt, ki teče od začetka skladno s terminskim planom in so pridobljena finančna sredstva EU,
- V fazi projektiranja neusklajena usmeritev po izselitvi infekcijske klinike in gastroenterološke klinike,
- Dodatno preprojektiranje za vzpostavitev delovanja Gastroenterološke klinike,

- Prvotna selitev je bila predvidena v modularno bolnišnico, ki ni sledila dinamiki Infekcijske klinike, zato se je izkazalo alternativne lokacije za selitve infekcijske klinike na več lokacij (negovalna bolnišnica, DTS sever in ZVD)

Modularna bolnišnica

- Modularna bolnišnica je ključna za vse selitve in prenove objektov v UKCL
- Od leta 2022 se pripravlja in usklajuje investicijska dokumentacija in še vedno ni uvrščena v NRP

Energetske sanacije objektov

- V UKCL več kot 40 % objektov nima hlajenja in prezračevanja,
- UKCL je od leta 2020 dalje izdelal dokumentacijo za 7 objektov in vse postopke za izvedbo javno zasebnega partnerstva za izvedbo energetske sanacije,
- Pridobljene so bile vse odločbe o pridobljenih nepovratnih sredstvih s strani EU kohezije,
- Postopek se z zamenjavo vlade leta 2021 prekinil,
- V letu 2024 se je ponovno pričelo s postopkom priprave dokumentacije za izvedbo energetske sanacije več objektov.

PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

Za uspešno in učinkovito izvedbo investicij so ključni:

1. politično in strokovno stabilen sistem,
2. učinkovito strateško planiranje,
3. strokovno vodenje investicij,
4. projektna izhodišča in projektiranje,
5. strokovna izvedba projekta.

1. Politično in strokovno stabilen sistem

- Vzpostaviti vzdržen in stabilen sistem.
- Predlog o vzpostavitvi javne gospodarske družbe v 100-odstotni lasti države ali direktije za izvajanje investicij.
- Vzpostaviti stabilno strokovno službo za vodenje investicij od začetka do primopredaje.

2. Učinkovito strateško planiranje

- Strategija razvoja bolnišnice in programov.
- Jasna mreža bolnišnic in planirani razvoj zdravstva v Sloveniji.

Slika 4: Dograditev Infekcijske klinike Ljubljana



- Večletni plan investicij, ki so povezane s smiselno izvedbo in selitvijo.
- Jasni in zagotovljeni srednjeročni viri za investicije.
- Ustanovitelj zagotovi sistem financiranja bolnišnic po Sloveniji po metodologiji, ki upošteva število obravnavanih pacientov, obstoječo velikost (tlorisno površino) objektov, število programov, iztrošenost opreme ipd., ter na ta način zagotovi uravnotežen plan investicij po slovenskih bolnicah.
- Vzpostavijo se normativi in kazalniki izgradnje bolnišnic.
- Priprava 10-letnega plana investicij s strani ustanovitelja.
- Ministrstvo za zdravje mora imeti izdelane podlage za določitev sekundarne mreže javnega zdravstva v Sloveniji na osnovi potreb prebivalstva, dostopnosti in zmogljivosti univerzitetnih kliničnih centrov ter splošnih bolnišnic v Sloveniji, ki bo osnova za določitev prioriteten investicij do konca leta 2031.
- Prva faza elaborata »Analiza in projekcija prostorske dostopnosti univerzitetnih kliničnih centrov in splošnih bolnišnic v Sloveniji ter metodološke podlage, usklajevanje, urejanje in prevod vsebin elaborata Potrebe prebivalstva, prostorska dostopnost in zmogljivosti univerzitetnih kliničnih centrov in splošnih bolnišnic v Sloveniji« je že izdelana.

- Druga faza elaborata »Potrebe prebivalstva in zmogljivosti ter dostopnost storitev univerzitetnih kliničnih centrov in splošnih bolnišnic v Sloveniji« je v pripravi.

3. Projektna izhodišča in projektiranje

- Slediti razvoju in strategiji MZ in javnega zavoda.
- Pridobiti izhodišča uporabnikov za dobro pripravo idejno programske zasnove objekta.
- Odločitev o prenovi ali novogradnji glede na stanje objekta, poseg in ekonomsko analizo.
- Smiselna uporaba novih tehničnih smernic.
- Priprava projektov DGD in PZI za kandidiranje za EU sredstva.
- Slediti in spremljati izdelavo projektne dokumentacije s strani strokovno usposobljene osebe.

4. Strokovno vodenje investicij

- Jasna strategija in mreža razvoja MZ.
- Vzpostaviti direkcijo ali javno gospodarsko družbo v 100-odstotni lasti RS za vodenje investicij v zdravstvo, ki ne bo odvisna od političnih menjav in bo imela strokovne kadre na področju zdravstva.
- Strokovna priprava projektnih dokumentacij – ključna za nadzor nad projektom.
- Strokovno vodenje izvedbe investicij in jasen dogovor med MZ in javnimi zavodi.

5. Strokovna izvedba projekta

- Po odločitvi glede izvedbe projekta ni povratka.
- Strokovna ekipa, ki je kompetentna za hitro odločanje na projektu.
- Strokovna ekipa, ki nadzira finančni in terminski potek projekta.

ZAKLJUČEK

Slovenski zdravstveni sistem trenutno ni kadrovsko, strokovno in organizacijsko usposobljen za izvajanje večjih prenov in novogradenj, ki so že sedaj nujno potrebne za izboljšanje dotrajane infrastrukture in opreme. Nerazumljivo je, da je država za gradnje cestne in železniške infrastrukture vzpostavila javne gospodarske družbe v 100% lasti države za gradnjo in vzdrževanje zdravstvenih objektov pa je prepuščeno upravljanje in vzdrževanje posameznim JZZ in zaposlenim v Uradu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, ki pokriva več nezdružljivih programov. Obenem mora lastnik MZ zelo dobro razumeti delovanje in potrebe bolnišnic, ali si vsaj vzpostaviti jasno mrežo potreb v zdravstvenem sistemu, da bo lahko odločal o razvoju in prioritetah posameznega JZZ. V preteklosti je bil vedno problem, da za investicije v zdravstvo več let ni bilo dovolj sredstev niti za ohranjanje obstoječega stavbnega fonda, kaj šele za nadgrajevanje in posodabljanje infrastrukture in opreme. V letu 2021 po sprejetju zakona pa se je zdravstveni sistem srečal s problemom strokovnega kadra tako pri pripravi projektne dokumentacije kot tudi pri izvajalcih za učinkovito izvedbo gradbeno obrtniških del, saj več 10 let ni bil izgrajen ali celovito prenovljen bolnišnični objekt. Glede na to, da bo v prihodnje potrebno več investirati in da so zagotovljena sredstva, se pričakuje, da se bo ponovno usposobila stroka na tem področju in da bo ustanovitelj vzpostavil jasno vizijo razvoja zdravstva. Na ta način bomo lahko omogočili zdravstveni stroko nadaljnjo strokovno delo in dolgoročen vzdržen zdravstveni sistem.

BELEŽKE

[illegible]

mag. Vlasta Mežek
Ministrstvo za zdravje



Poslovanje in organizacija JZZ v letu 2023

Povzetek

Zdravstvo je dejavnost, kjer so edina stalnica spremembe. Prilagajati se je treba tehnološkemu razvoju, demografskim spremembam in nenazadnje zakonodaji, ki uveljavlja ukrepe, s katerimi se poskuša reševati težave v zdravstvu. Izvajalci so zato postavljeni pred preizkušnjo, ali se bodo dovolj hitro prilagodili hitrim spremembam, ki imajo lahko velik vpliv na poslovanje. Tudi leto 2023 je prineslo kar nekaj sprememb in novosti, prispevek pa pokaže, kako so se izvajalci temu prilagodili.

Abstract

Healthcare is a field where the only constant is change. It is necessary to adapt to technological development, demographic changes and, last but not least, legislation that enforces measures to solve problems. Contractors are therefore being tested on their ability to adapt quickly enough to rapid changes that can have a major impact on business. The year 2023 has brought its share of changes and measures, and this article shows how healthcare providers have adapted.

UVOD

Na pogoje poslovanja javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljnjem besedilu: JZZ) vpliva več dejavnikov. Osnovno izhodišče predstavlja finančni načrt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), na izvedbeni ravni pa na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (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; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) sprejet Dogovor o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev, dogovorjenim med ZZZS, pristojnimi zbornicami, Združenjem zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. V kolikor Dogovor ni sklenjen v določenem roku, vlada sprejme uredbo, ki ureja predmetno vsebino.

Dodatno na poslovanje vplivajo vse spremembe zakonodaje, predvsem pa interventna zakonodaja, ki zahteva prilagoditve poslovanja, hkrati z zavedanjem, da ima ukrep praviloma omejen rok trajanja. Navedeno pomeni, da je z vidika JZZ zelo pomembno, kako se je JZZ pripravil in sposoben prilagoditi novim okoliščinam oz. kako fleksibilen je, povezano s tem pa, kako vodstva motivirajo zaposlene, da delajo drugače, kot so bili do sedaj navajeni. Uspešnost pri teh prilagoditvah se odraža tudi v poslovnih rezultatih.

POGOJI POSLOVANJA V LETU 2023

a) ZZZS je z **Rebalansom finančnega načrta za leto 2023** načrtoval prihodke v višini 4.377 mio EUR, kar je bilo za 100 mio EUR več od načrtovanih. Prihodki od vplačanih prispevkov so bili višji od načrtovanih za 73,6 mio EUR kot posledica ugodnejših globalnih makroekonomskih izhodišč. ZZZS je z rebalansom načrtoval odhodke v višini 4.430 mio EUR, kar je bilo za 104,85 mio EUR več od načrtovanih odhodkov v FN 2023. Z rebalansom so se najbolj povečali odhodki za zdravstvene storitve, in sicer za 153,5 mio EUR.

Izdatki so bili tako načrtovani skladno z najvišjim obsegom izdatkov za zdravstveno blagajno po denarnem toku za leto 2023, ki je določen z Odlokom o spremembah Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje od 2022 do 2024 (Uradni list RS, št. 121/23) v višini 4,430 mrd EUR.

Z rebalansom finančnega načrta je ZZZS za leto 2023 predvideval primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 53,25 mio EUR, realiziran primanjkljaj je bil v višini 76,27 mio EUR.

b) ZZZS je v letu 2023 prejel pomemben del sredstev iz državnega proračuna, in sicer je skladno z 79. členom ZIPRS2324 (Uradni list RS, št. 150/22, 65/23, 76/23 – ZJF-I, 97/23 in 123/23 – ZIPRS2425) proračun zagotovil sredstva v višini do 234 mio EUR za sofinanciranje naslednjih stroškov:

- izplačanih nadomestil med začasno zadržanostjo od dela, ki presegajo raven teh izplačil iz leta 2019;
- opravljene zdravstvene storitve zaradi nalezljive bolezni covid-19.

c) Dodatno je bilo na podlagi Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS) (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS) do 31. julija 2023 možno plačilo vseh opravljenih obravnav in storitev v vseh dejavnostih po realizaciji brez kakršnihkoli omejitev, v drugi polovici leta pa sicer z omejitvami, vendar je bil po realizaciji še vedno plačan velik del tistih storitev, kjer beležimo daljše čakalne dobe oziroma so iz drugih razlogov pomembne za zavarovane osebe. Sredstva za izvajanje tega ukrepa so se za ta namen prvenstveno za-

gotavljala iz sredstev nerealiziranega programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ko pa ta sredstva niso več zadoščala, je razliko pokrila državni proračun.

Uredba 2023

Dne 23. 1. 2023 je bila v Uradnem listu objavljena Uredba o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2023 (Uradni list RS, št. 8/23; v nadaljnjem besedilu: Uredba).

Z vidika povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev so bile v Uredbi določene širitve programov na področju splošne oziroma družinske medicine, dispanzerjev za ženske, otroškega in šolskega dispanzerja, zobozdravstva za mladino, zobozdravstva za odrasle, centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov, centrov za duševno zdravje odraslih, patronažne službe ter centrov za krepitev zdravja. Prav tako je bila določena širitev mobilnih paliativnih timov in referenčnih ambulant.

Na novo je bil določen subspecialistični tim za obravnavo otrok in mladostnikov z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji – bolnišnična obravnava, povečali pa so se tudi programi zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih ter programi osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše.

V Uredbi je bil vključen tudi nov standard plačevanja ambulant za neopredeljene zavarovane osebe ter urejeno financiranje dejavnosti urgentnega centra na območju Mestne občine Ljubljana oziroma izvajanje nujne medicinske pomoči in dežurne službe v Urgentnem centru Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

S spremembo Uredbe oktobra 2023 so bila zagotovljena dodatna sredstva za delovanje Urgentnega centra Ptuj ter širitev programa cepljenja proti gripi in zdravstvenega programa perkutane vstavitve aortnih zaklopk (Tavi).

Opredelil se je začasni in trajni prevzem ter prestrukturiranje programov na način, da je bila določena aktivnejša vloga ZZS-ja kot aktivnega kupca zdravstvenih storitev, hkrati pa so se predvidele vse možne situacije, ki se lahko zgodijo v primerih prerazporejanja programov med izvajalci v javni zdravstveni mreži. Navedeno je

pomenilo, da če izvajalec šest mesecev ne zagotavlja vsaj 85 odstotkov dogovorjenega programa zdravstvene dejavnosti, se je zavod z drugim izvajalcem dogovoril za začasni prevzem nerealiziranega programa in o tem obvestil ministrstvo za zdravje. V primeru, da se za začasen prevzem programa ni bilo mogoče dogovoriti z izvajalcem znotraj iste območne enote, ga je zavod dogovoril zunaj območne enote.

S spremembo uredbe so se tudi okrepile službe nujne medicinske pomoči na območjih, ki so jih najbolj prizadele poplave in plazovi v avgustu 2023. Zdravstveni dom Nazarje je na svojem območju dodatno začel zagotavljati program Vozilo dežurnega zdravnika v primeru neodložljivih hišnih obiskov, Zdravstveno reševalni center Koroške pa za območje Mežiške doline dodaten program mobilne enote nujnega reševalnega vozila.

Cepljenje proti gripi je bilo v skladu s programom cepljenja v sezoni 2023/2024 za vse zavarovane osebe brezplačno in ga je plačalo obvezno zdravstveno zavarovanje. Izvajanje te storitve se je omogočilo tudi bolnišnicam, ki prej tega niso mogle izvajati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, ki je lahko po spremembi Uredbe cepil tudi otroke.

Dodanih je bilo tudi 15 novih zdravstvenih domov, ki so 1. novembra začeli izvajati program družinske obravnave za zdrav življenjski slog.

POSLOVANJE JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV V LETU 2023

V nadaljevanju so prikazani osnovni podatki o poslovanju JZZ, katerih ustanovitelj je RS, ki so povzeti iz oddanih računovodskih izkazov zavodov na Agencijo RS za javnopravne evidence in storitve (v nadaljnjem besedilu: AJPE).

Poslovni izidi

Realiziran pobotan poslovni izid javnih bolnišnic za leto 2023 znaša 1,76 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki, kar v povprečju predstavlja 0,08 % celotnih prihodkov bolnišnic. Štirinajst od 26 bolnišnic je leto 2023 zaključilo s presežkom prihodkov nad odhodki v skupni višini 32,0 mio EUR, preostalih 12 bolnišnic pa je leto 2023 zaključilo s presežkom odhodkov nad prihodki v skupni višini 33,59 mio EUR.

V skupini ostalih javnih zdravstvenih zavodov so s presežkom prihodkov nad odhodki poslovali Slovenija-transplant, JAZMP in NIJZ, medtem ko sta ZTM in NLZOH poslovno leto 2023 zaključila s primanjkljajem, pri čemer izstopa NLZOH s presežkom odhodkov nad prihodki v višini 6,02 mio EUR.

V letu 2023 je 51 javnih zdravstvenih domov, vključno z ZD za študente, kjer je ustanovitelj RS, poslovalo s presežkom, ki je skupaj znašal 18,61 mio EUR. Osem od 59 zdravstvenih domov je leto 2023 zaključilo s presežkom odhod-

kov nad prihodki v skupni višini 0,55 mio EUR. Realizirani pobotani poslovni izid zdravstvenih domov za leto 2023 znaša 18,06 mio EUR presežka prihodkov nad odhodki, kar v povprečju predstavlja 2,38 % celotnih prihodkov zdravstvenih domov.

Od javnih lekarn jih je 24 tudi v letu 2023 poslovalo s presežkom, ki je v vseh lekarnah skupaj znašal 13,83 mio EUR in je za 3,28 mio EUR nižji od realiziranega v letu 2023 ter predstavlja v povprečju 1,89 % celotnih prihodkov lekarn. (Tabela 1, Slika 1)

Tabela 1: Poslovni izidi bolnišnic 2019–2023 v EUR

Oznake vrstic	2019	2020	2021	2022	2023
Bolnišnice	-6.705.334	45.520.072	5.474.744	-34.857.737	-8.459.909
BOLNIŠNICA SEŽANA	172.050	-127.424	-450.480	-777.200	-72.813
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	2.543.117	148.114	-162.966	-1.140.656	-1.078.537
BGP Kranj	474.414	-176.805	-1.230.537	166.758	735.504*
BOŠ	87.846	124.185	80.770	40.589	-276.774
B Postojna	-26.253	434.435	194.419	-636.871	-184.684
ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA	2.431.481	375.450	4.579.203	5.307.051	3.976.269
OB VALDOLTRA	10.275	2.040.679	1.038.702	3.088.751	4.762.289
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	542.944	1.297.359	28.414	228.508	-290.028
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	-1.899.800	2.638.438	-3.994.481	-8.289.250	-3.729.548
SB Nova Gorica	-2.842.515	9.295.479	5.827.730	1.339.419	2.101.070
SB DR. JOŽETA POTRČA PTUJ	356.452	3.538.593	2.185.395	74.868	-230.825
SB IZOLA	460.247	2.424.348	187.518	613.416	1.244.070
SB JESENICE	45.619	2.011.565	120.660	241.249	844.361
SB MURSKA SOBOTA	-195.579	3.456.501	164.413	-2.456.787	-267.386
SB NOVO MESTO	1.250.510	3.999.004	2.783.820	2.907.178	5.504.041
SB SLOVENJ GRADEC	-746.435	3.442.014	-920.618	-4.983.230	-3.911.814
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	878.755	905.694	-225.572	-1.585.905	-1.894.353
UK Golnik	358.664	4.475.636	4.187.566	-274.791	3.721.822
UKC LJUBLJANA	-11.813.420	-1.844.239	-9.247.381	-26.116.018	-20.748.259
UKC MARIBOR	588.300	6.794.847	-1.286.502	-2.622.474	2.238.656
URI - Soča	617.994	266.199	1.614.671	17.658	-902.970
Psihiatrične bolnišnice	2.203.100	445.429	5.544.191	2.232.171	6.701.590
PB BEGUNJE	238.172	57.458	464.788	449.810	724.832
PB IDRIJA	990	-446.339	114.393	-636.164	413.423
PB ORMOŽ	184.187	337.229	669.408	-394.319	947.798
PB VOJNIK	28.943	-206.216	408.503	-213.875	10.413
UPK Ljubljana	1.750.808	703.297	3.887.099	3.026.719	4.605.124
Skupna vsota	-4.502.234	45.965.501	11.018.935	-32.625.566	-1.758.319

*Vpliv prejetih sredstev ustanovitelja v višini 2 mio EUR

Vir: Ajpes, lastni preračuni

Slika1: Poslovni izidi po skupinah JZZ 2019–2023

Vir: Ajpes, lastni preračuni

Celotni prihodki

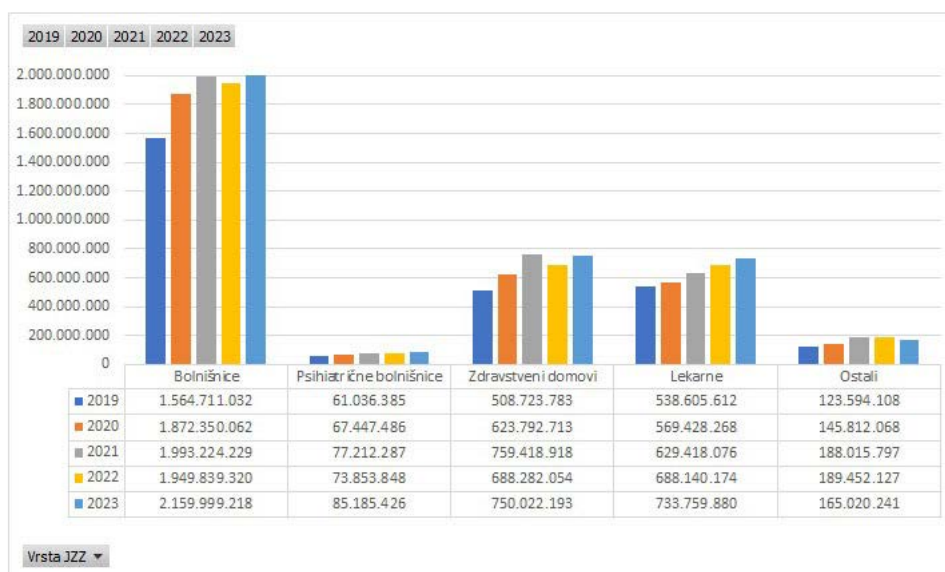
V letu 2023 so celotni prihodki bolnišnic (brez MKZ Rakitna) znašali 2.245,18 mio EUR in so v primerjavi letom 2022 višji za 221,49 mio EUR

oz. za 10,9 %, predvsem zaradi vpliva ZNUZSZS in plačila storitev po realizaciji. Rast prihodkov je vidna v vseh bolnišnicah. (Tabela 2, Slika 2)

Tabela 2: Celotni prihodki JZZ 2019–2023 v EUR

	2019	2020	2021	2022	2023
Bolnišnice	1.564.711.032	1.872.350.062	1.993.224.229	1.949.839.320	2.159.999.218
Psihiatrične bolnišnice	61.036.385	67.447.486	77.212.287	73.853.848	85.185.426
Zdravstveni domovi	508.723.783	623.792.713	759.418.918	688.282.054	750.022.193
Lekarne	538.605.612	569.428.268	629.418.076	688.140.174	733.759.880
Ostali	123.594.108	145.812.068	188.015.797	189.452.127	165.020.241
Skupna vsota	2.796.670.920	3.278.830.597	3.647.289.307	3.589.567.523	3.893.986.958

Vir: Ajpes, lastni preračuni

Slika 2: Celotni prihodki JZZ 2019–2023

Vir: Ajpes, lastni preračuni

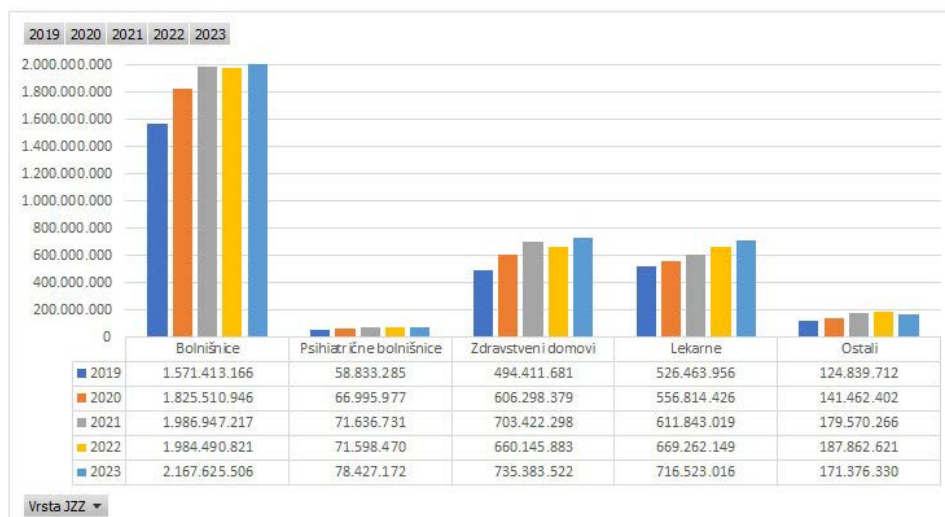
Celotni odhodki

V letu 2023 so celotni odhodki vseh JZZ in JAZMP znašali 3.869,34 mio EUR in so se v primerjavi z letom 2022 povišali za 295,98 mio EUR oz. nominalno za 8,28 %.

Celotni odhodki bolnišnic so znašali 2.167,63 mio EUR in so se v primerjavi z letom 2022 povišali za 189,96 mio EUR oz. nominalno za 9,24 %. (Tabela 3)

Tabela in Slika 3: Celotni odhodki JZZ 2019–2023 v EUR

Oznake vrstic	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bolnišnice	1.484.883.587	1.571.413.166	1.825.510.946	1.986.947.217	1.984.490.821	2.167.625.506
Psihiatrične bolnišnice	54.888.690	58.833.285	66.995.977	71.636.731	71.598.470	78.427.172
Zdravstveni domovi	454.200.892	494.411.681	606.298.379	703.422.298	660.145.883	735.383.522
Lekarne	502.906.255	526.463.956	556.814.426	611.843.019	669.262.149	716.523.016
Ostali	123.309.955	124.839.712	141.462.402	179.570.266	187.862.621	171.376.330
Skupna vsota	2.620.189.379	2.775.961.800	3.197.082.130	3.553.419.531	3.573.359.944	3.869.335.546



Vir: Ajpes, lastni preračuni

Zaskrbljujoče je stanje kumulativne višine presežkov prihodkov oz. odhodkov iz preteklih let, pri čemer je stanje bistveno drugačno od leta 2017, ko je bil sprejet tudi Zakon o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija (Uradni list RS, št. 54/17, 16/20 – ORZIUFSZZ7, 152/20 – ZZUOOP), ki

je za sanacijo javnih zdravstvenih zavodov namenil 136 mio EUR iz državnega proračuna. V letu 2017 je namreč imela težave s kumulativnimi izgubami večina bolnišnic, medtem ko se je v letu 2023 s to težavo soočila manjšina bolnišnic z velikimi kumulativnimi izgubami oz. naraščajočimi kumulativnimi izgubami.

(Tabela 4, Slika 4)

Tabela 4: Kumulativna višina presežkov prihodkov oz. odhodkov iz preteklih let (na dan 31. 12.) v bolnišnicah v obdobju 2019–2021 (v EUR)

	2019	2020	2021	2022	2023
Bolnišnice	132.874.108	-90.676.884	-92.816.533	-146.130.908	-162.923.100
BOLNIŠNICA SEŽANA	172.050	-127.424	1.236.103	458.902	-1.427.917
BOLNIŠNICA TOPOLŠICA	1.791.214	148.114	-162.966	-1.303.622	-2.382.160
BGP Kranj	-1.581.615	-1.758.420	-2.988.958	-2.822.199	-2.086.695
BOŠ	87.846	208.959	221.643	40.593	-276.774
B Postojna	207.943	642.378	836.797	199.926	15.242
ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA	3.079.866	3.455.315	4.954.652	6.307.051	5.283.320
OB VALDOLTRA	332.970	2.373.649	3.412.351	5.462.399	8.724.688
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE	160.126	1.480.892	28.414	228.507	-290.027
SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	-11.672.387	-9.033.948	-13.028.430	-21.317.680	-25.047.228
SB Nova Gorica	-15.845.201	-6.549.722	-721.992	-322.410	1.778.659
SB DR. JOŽETA POTRČA PTUJ	-3.404.421	134.171	2.318.026	2.392.894	-23.326
SB IZOLA	-809.113	1.615.236	1.802.752	2.416.168	3.660.239
SB JESENICE	2.461.025	4.472.590	4.593.250	241.249	1.085.610
SB MURSKA SOBOTA	-3.963.591	-507.090	-342.677	-2.799.464	-3.066.850
SB NOVO MESTO	-1.074.808	2.924.196	5.708.017	8.615.194	17.275.154
SB SLOVENJ GRADEC	-3.566.872	-124.858	-1.048.333	-8.103.220	-12.015.034
SPLOŠNA BOLNIŠNICA TRBOVLJE	-88.785	816.909	542.831	-1.585.905	-3.480.258
UK Golnik	494.329	4.475.636	4.195.399	-274.791	3.447.031
UKC LJUBLJANA	-87.723.946	-89.568.185	-98.815.566	-124.931.583	-145.679.842
UKC MARIBOR	-13.012.073	-6.302.816	-7.620.051	-10.112.780	-8.093.825
URI - Soča	1.081.335	547.534	2.062.205	1.079.863	-323.107
Psihiatrične bolnišnice	5.264.018	4.117.637	9.822.180	11.633.332	17.380.850
PB BEGUNJE	1.353.815	1.319.463	1.609.337	1.752.521	2.477.353
PB IDRIJA	762.606	316.267	430.660	-319.897	93.526
PB ORMOŽ	767.687	1.104.916	1.774.324	1.380.005	1.371.799
PB VOJNIK	213.464	7.248	873.365	659.490	669.903
UPK Ljubljana	2.166.446	1.369.743	5.134.494	8.161.213	12.768.269
Skupna vsota	127.610.090	-86.559.247	-82.994.353	-134.497.576	-145.542.250

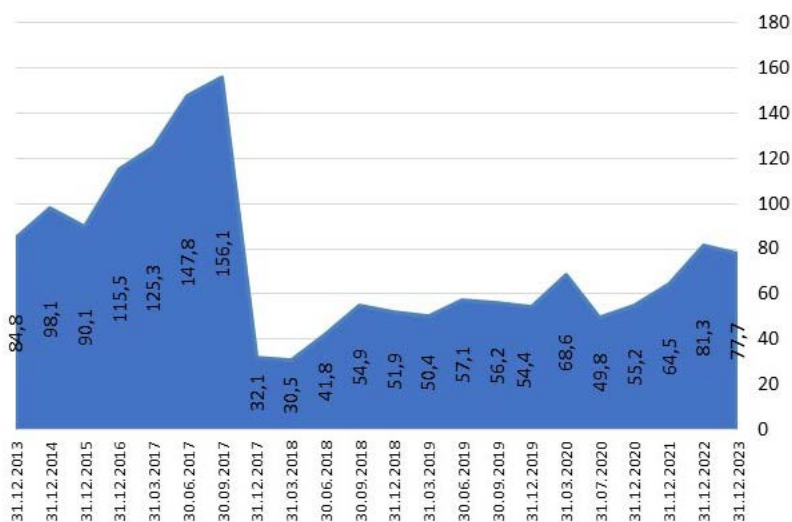
Vir: Ajpes, lastni preračuni

Neplačane zapadle obveznosti

Bolnišnice so tudi v letu 2023 breme nepokritih primanjkljajev iz preteklih let prenašale na dobavitelje, s podaljševanjem plačilnih rokov. V letu 2022 so se neporavnane zapadle obveznosti povečale iz 64,5 mio EUR (31. 12. 2021) na 81,3 mio EUR (31. 12. 2022), kar je za 16,8 mio EUR

oz. za 26,05 % več, v letu 2023 pa so neporavnane zapadle obveznosti nekoliko padle, in sicer na 77,7 mio EUR. Ocenjujemo, da ima največji vpliv na to znižanje odpis dolga UKC Ljubljana s strani Medicinske fakultete v Ljubljani. (Slika 4)

Slika 4: Neplačane zapadle obveznosti bolnišnic v obdobju od leta 2013 do leta 2023 (v mio EUR)



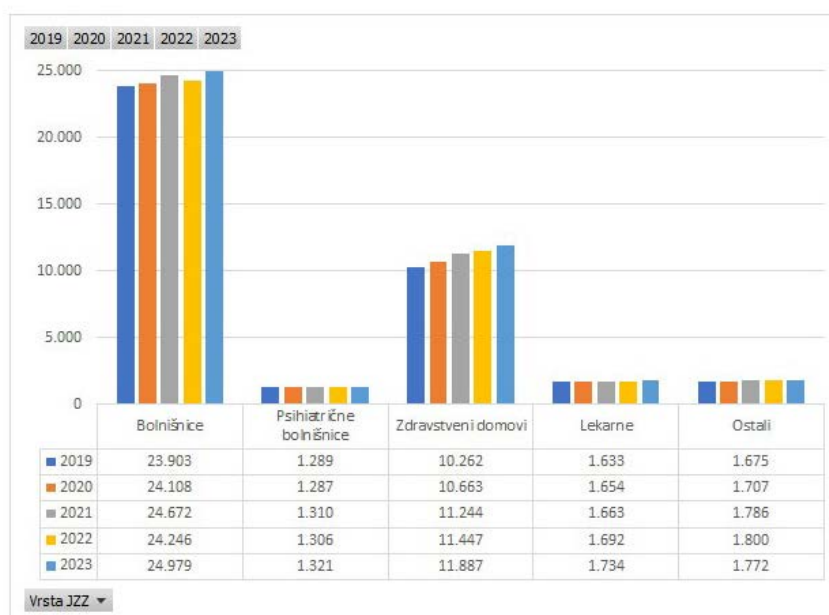
Vir: Poročanje JZZ, lastni preračuni

Kadri

Povprečno število zaposlenih na podlagi delovnih ur narašča, in sicer se je v letu 2023 v primerjavi z letom 2019 povečalo za 7,6 %. Najbolj

se je povečalo v zdravstvenih domovih, in sicer za 15,8 %. (Slika 5)

Slika 5: Povprečno število zaposlenih na podlagi delovnih ur v obdobju 2019–2023



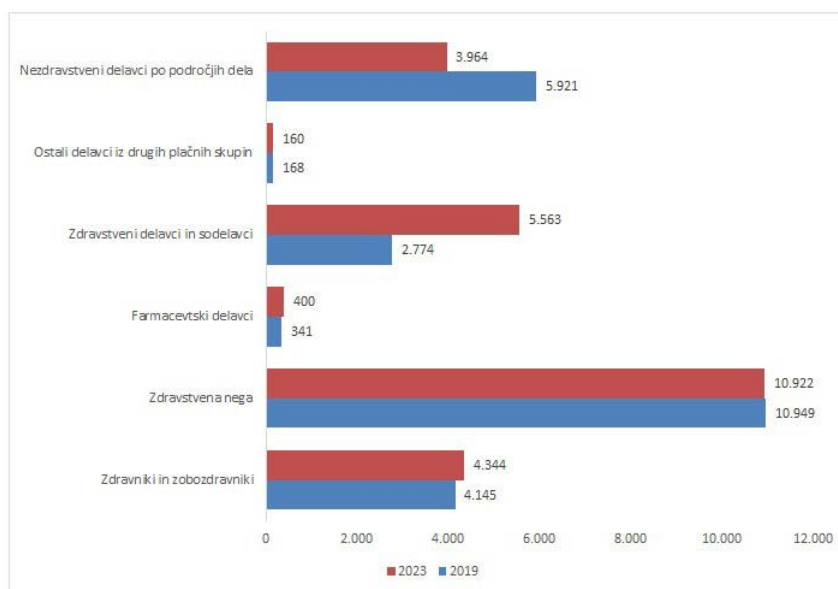
Vir: Ajpes, lastni preračuni

Skupno število zaposlenih v vseh bolnišnicah v letih 2019–2023 (brez zaposlenih preko javnih del in odsotnih dlje od 30 dni) prav tako narašča. V letu 2023 se je v primerjavi z letom 2019 povečalo za 1.055 zaposlenih. Najbolj se je povečala skupina zdravstvenih delavcev in sodelavcev, in sicer za 2.789 zaposlenih, sočasno se je najbolj znižala skupina nezdavstvenih delavcev, in sicer za 1.957 zaposlenih, kar gre predvsem na račun umestitve zdravstvenih

administratorjev iz plačne skupine J (nezdavstveni delavci) v plačno skupino E (zdravstveni delavci in sodelavci).

V letu 2023 se je število zaposlenih v skupini zdravnikov in zobozdravnikov povečalo za 199 v primerjavi z letom 2019. Število zaposlenih v skupini zdravstvene nege je v letu 2023 znašalo 10.922 in se je v primerjavi z letom 2019 zmanjšalo za 27 zaposlenih.

Slika 6: Število zaposlenih v bolnišnicah po profilih leta 2019 in 2023



Vir: Poročanje JZZ, lastni preračuni

UČINEK 15. ČLEN ZNUZSZS NA ČAKALNE DOBE

Slovenija se že dolgo spopada z izzivom zagotavljanja pravočasne dostopnosti zdravstvenih storitev, saj se sooča z dolgimi čakalnimi dobami in naraščajočim številom nedopustno čakajočih, ki onemogočajo pravočasno oskrbo pacientov. V letu 2023 je Slovenija namenila 131 mio EUR za okrepitev zdravstvenih zmogljivosti s ciljem skrajšanja čakalnih dob. Namen dodatnih sredstev za programe za izvajalce zdravstvenih storitev oz. plačilo po realizaciji je bil povečanje produktivnosti, saj so bile sočasno uvedene tudi davčne spodbude za večjo produktivnost (podjemne pogodbe so bile oproščene posebnega davka na določene prejeme). Kljub tej injekciji sredstev željeno zmanjšanje čakalnih dob ni bilo doseženo.

V letu 2023 je preseganje v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti znašalo 44,35 mio EUR, pri čemer je bila večina presegevanja dosežena v prvih sedmih mesecih leta. Preseganje sredstev v bolnišnični dejavnosti je znašalo 34,83 mio EUR, v splošno zdravstveni dejavnosti 25,91 mio EUR, preseganje v zobozdravstveni dejavnosti 13,0 mio EUR in 13,4 mio EUR v drugih zdravstvenih dejavnostih.

V kontekstu vseh sredstev, namenjenih zunajbolnišnični dejavnosti, ki so v letu 2023 znašala 757,581 mio EUR, preseganje v zunajbolnišnični specialistični dejavnosti na podlagi 15. člena ZNUZSZS predstavlja 5,85 % vseh sredstev.

V primeru bolnišnične zdravstvene dejavnosti preseganje na podlagi 15. člena ZNUZSZS predstavlja 2,42 %, pri čemer so skupna sredstva, namenjena bolnišnični dejavnosti, v letu 2023 znašala 1,437 mrd EUR. Presežek v splošni zunanbolnišnični dejavnosti je znašal 3,08 %, pri čemer so vsa sredstva znašala 829,97 mio EUR, medtem ko je v zobozdravstveni dejavnosti presežek znašal 6,00 % pri 13,0 mio EUR, namenjenih tej dejavnosti v letu 2023. Večina preseganja (97 %) sredstev na podlagi 15. člena ZNUZSZS je bila izkazana v obdobju od januarja do julija 2023, medtem ko je bilo le manjše preseganje zabeleženo v obdobju od avgusta do decembra.

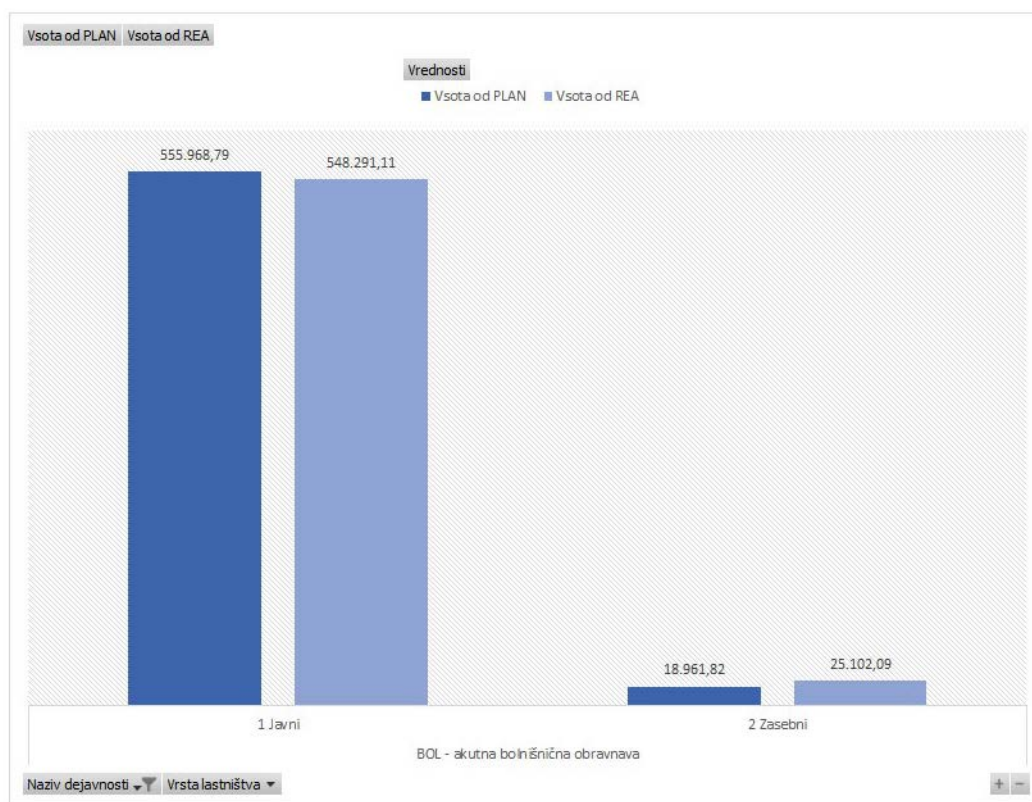
Namreč 25. julija 2023 je Vlada Republike Slovenije sprejela uredbo, ki je začela veljati od 1. do 31. avgusta istega leta. S to uredbo so bile določene posebne vrste zdravstvenih storitev, za katere so izvajalci zdravstvene dejavnosti v okviru javne zdravstvene službe prejeli plačilo

po izvedbi. Ta sprememba je pomenila bistveno zoženje obsega storitev, ki so bile plačane po izvedbi, v primerjavi s prejšnjim obdobjem (januar–julij 2023).

Analiza podatkov je pokazala, da se je število čakajočih na prve preglede in terapijske postopke v letu 2023 povečalo, kljub rahlemu upadu na koncu obdobja. Podoben trend je bil opazen tudi pri diagnostičnih postopkih, kjer se je število čakajočih nekoliko zmanjšalo prav v zadnjem obdobju. Povečanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo, še posebej tistih s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, je povzročilo pritisk na sistem in povečanje nedopustno čakajočih.

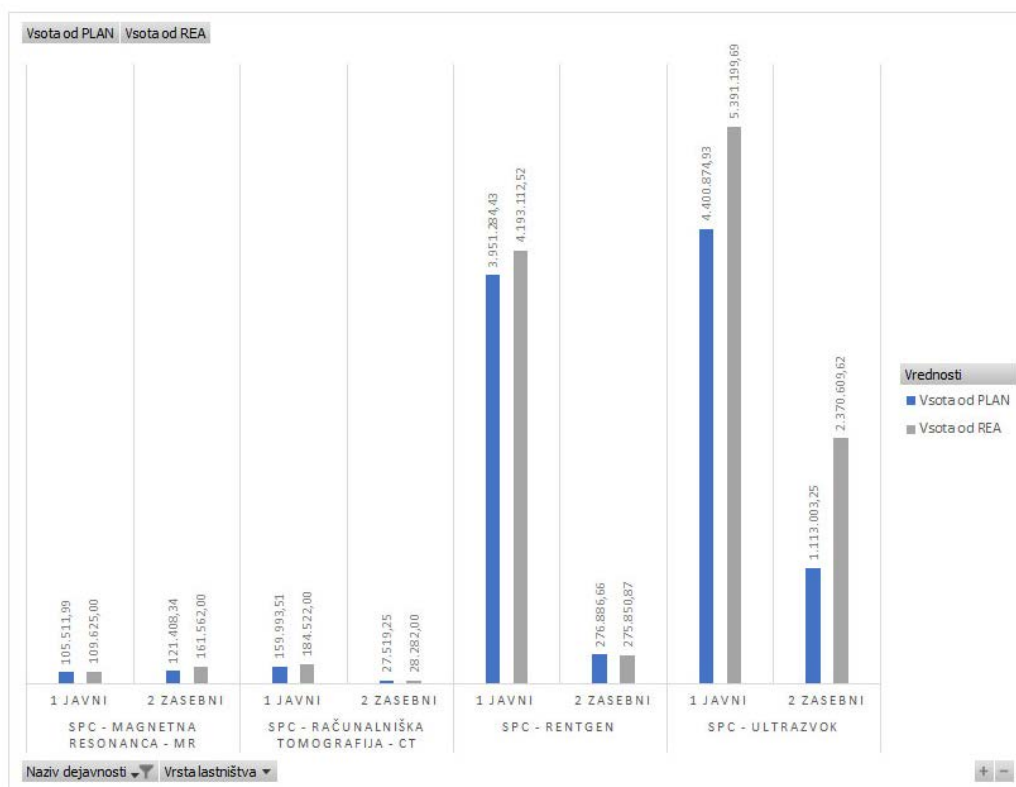
Kljub višji realizaciji, preseganju plana in večjemu številu timov ter manjšemu številu čakajočih skupaj, vseeno ni bilo opaziti krajše povprečne čakalne dobe na prvi prosti termin v primeru prvih pregledov in terapijskih postopkov.

Slika 7: Plan in realizacija 2023 za izbrane diagnostične postopke za javne in zasebne izvajalce

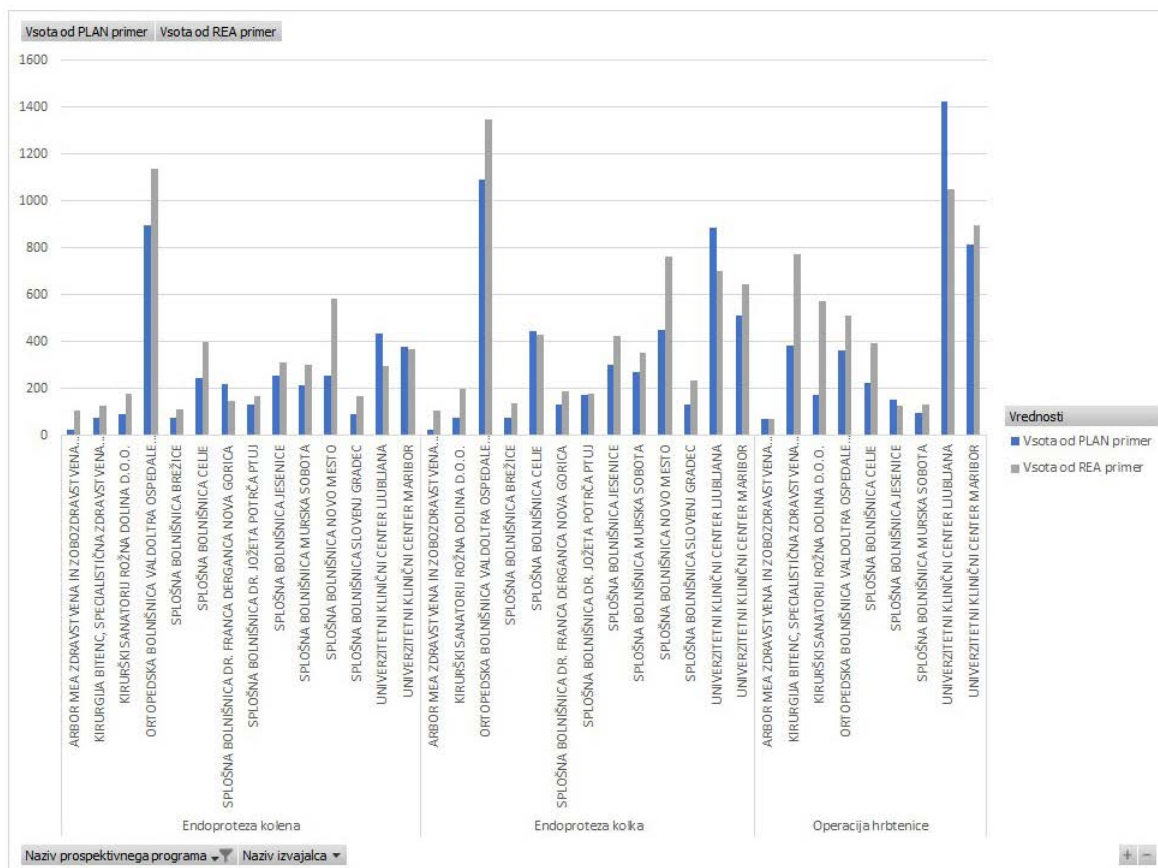


Vir: ZZZS, lastni preračuni

Slika 8: Plan in realizacija 2023 za ABO za javne in zasebne izvajalce

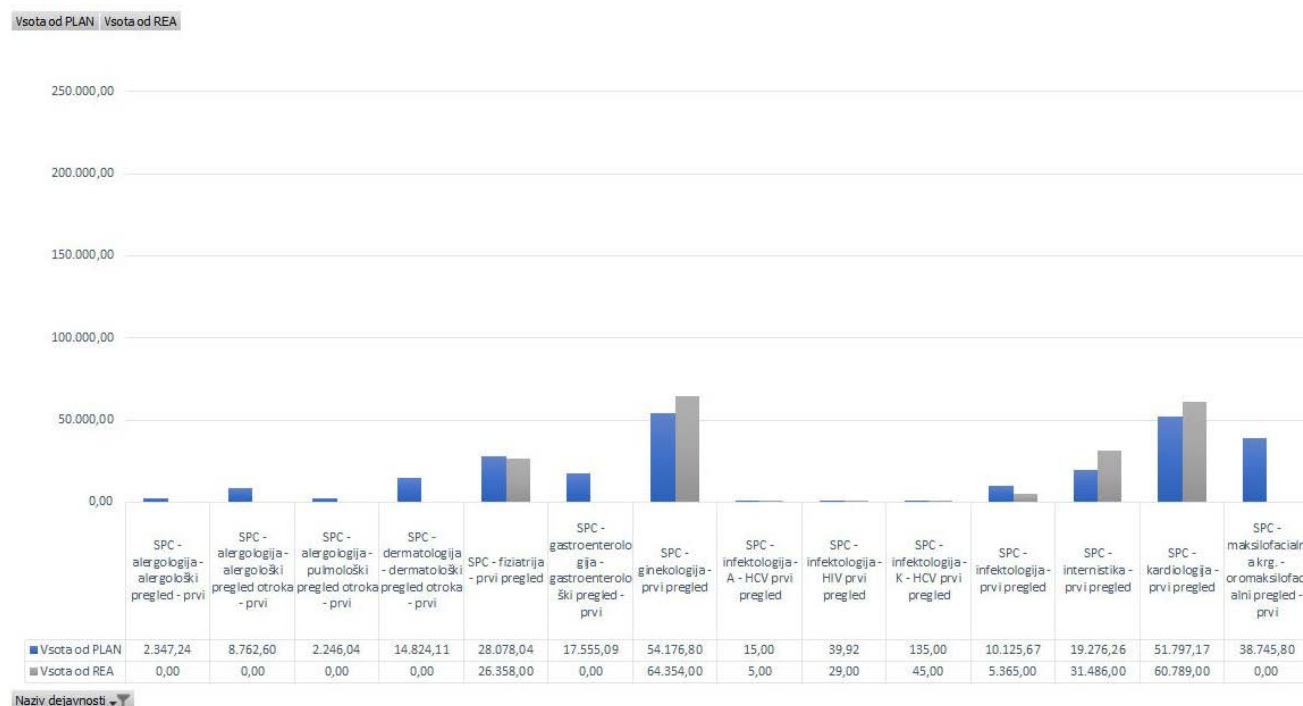


Slika 9: Plan in realizacija 2023 za izbrane prospektivne programe po izvajalcih

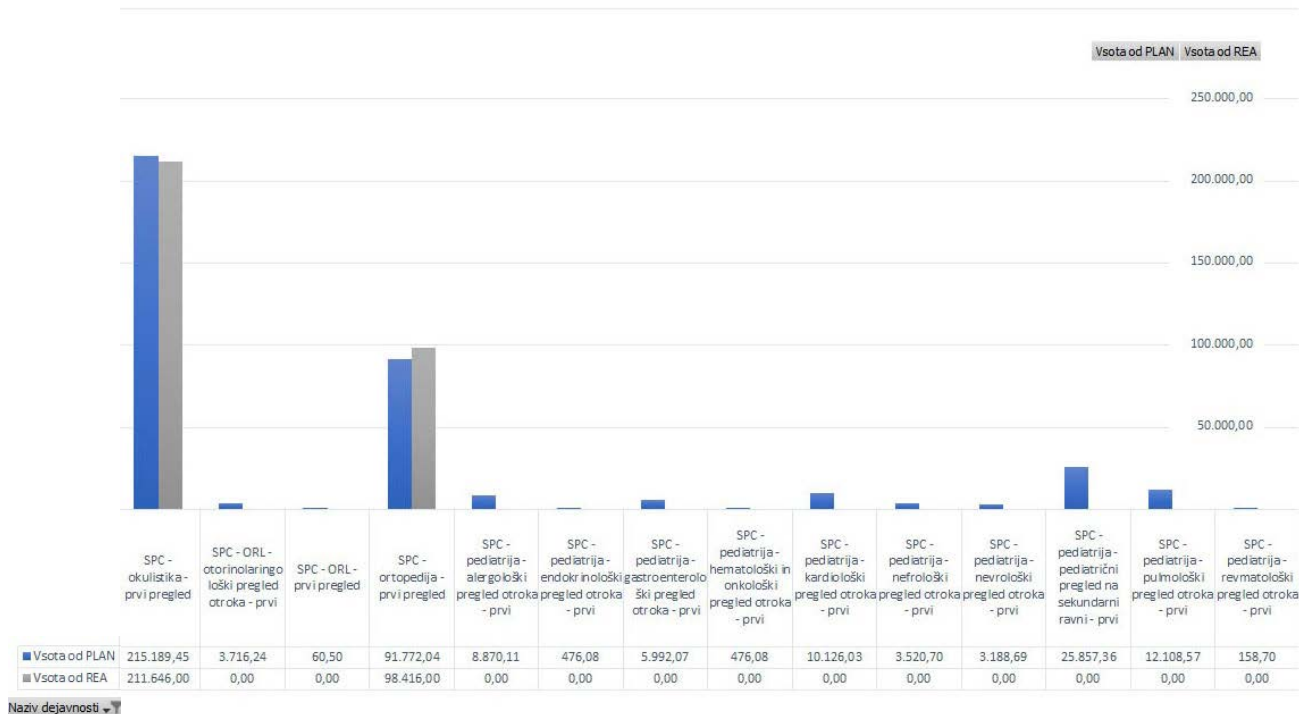


Vir: ZZS, lastni preračuni

Slika 10: Plan in realizacija 2023 za prve preglede

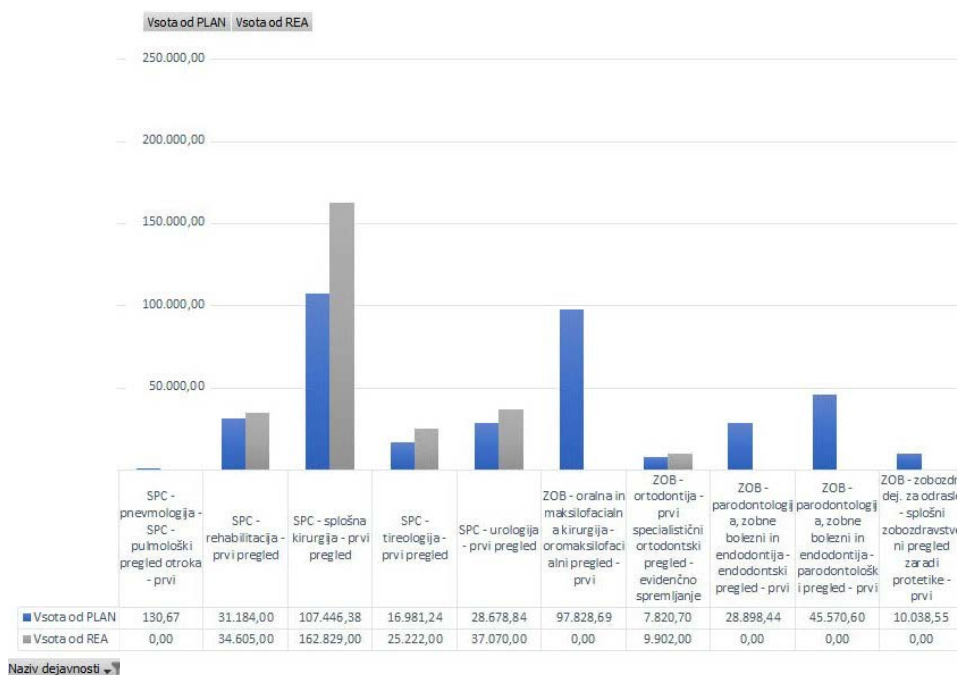


2



Se nadaljuje na naslednji strani

3



Naziv dejavnosti ▼

Vir: ZZZS, lastni preračuni



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, 29. Portorož, april 2024

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