

25.

**JESENSKO SREČANJE
EKONOMISTOV IN POSLOVODNIH
DELAVCEV V ZDRAVSTVU**

**»CENE, DOSTOPNOST
IN UČINKOVITOST
POSLOVANJA«**



MARIBOR, 24. in 25. oktober 2024



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

»Cene, dostopnost in učinkovitost poslovanja«

**MARIBOR, Hotel Habakuk,
24. in 25. oktober 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:

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

PROGRAMSKI ODBOR SREČANJA:

Helena Ulčar Šumčič, Bogdan Tušar in Damjana Jelačin Ivanovič

ORGANIZACIJSKI ODBOR SREČANJA:

Irena Mrzelj, Maja Bertoncelj in Jana Vučak

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu
Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana
Ljubljana, oktober 2024

Lektoriranje: HIERONYMUS prevajanje in lektoriranje,
Nives Mahne Čehovin

Za ogled publikacije lahko uporabite naslednjo povezavo:

<https://www.devz.si/2024/10/16/zbornik-in-prezentacije-25-jesenska-srecanja-ekonomistov-in-poslovnih-dejavcev-v-zdravstvu-maribor-24-in-25-oktober-2024/>

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

COBISS.SI-ID 211891971

ISBN 978-961-95979-4-1 (PDF)

PROGRAM SREČANJA

Četrtek, 24. oktober 2024

- 08:30 – 09:15** **Registracija udeležencev**
- 09:15 – 09:25** **Uvodni pozdrav in otvoritev srečanja**
Helena Ulčar Šumčič,
predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu
- 09:25 – 09:45** **Predstavitve Univerzitetnega kliničnega centra Maribor**
prof. dr. Vojko Flis, Univerzitetni klinični center Maribor
- 09:45 – 10:30** **Nacionalna stroškovna analiza SPP – kje smo in kako dalje?**
Karmen Grom Kenk, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
in mag. Nevenka Romih, Splošna bolnišnica Izola
- 10:30 – 10:50** **Spremljanje učinkovite obremenitve zdravnikov - razvoj
in pogoji za implementacijo enotne metodologije**
Nino Zajc, Splošna bolnišnica Novo mesto
- 10:50 – 11:10** **Univerzitetne bolnišnice in obremenjenost kadra**
doc. dr. Gregor Norčič, Univerzitetni klinični center Ljubljana
- 11:10 – 11:30** **Razlika med poslovanjem javnih zdravstvenih
zavodov in koncesionarji**
mag. Vlasta Mežek, Ministrstvo za zdravje
- 11:30 – 11:50** **Presežki v zdravstvenih domovih - resnica ali laž?**
mag. Tomaž Glažar, Zdravstveni dom Idrija
- 11:50 – 12:00** **Razprava**
- 12:00 – 12:30** **Odmor**
- 12:30 – 12:50** **Naročanje in upravljanje čakalnih seznamov
in spremembe v zVem**
mag. Katarina Kralj in Marko Ogorevc, Ministrstvo za zdravje
- 12:50 – 13:10** **Izzivi implementacije novega Pravilnika v eNaročanju**
Hajdi Kosednar, Nacionalni inštitut za javno zdravje
- 13:10 – 13:40** **Kriza identitete in bolezen javnega zdravstva**
Damijan Perne, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
- 13:40 – 14:00** **Razprava**
- 14:00 – 16:00** **Odmor za kosilo**
- 16:00 – 19:00** **Izlet**
- 20:00** **Družabni večer**

Petek, 25. oktober 2024

- 09:00 – 09:15** **Predstavitve Podravske zdravstvene regije**
Kornelija Krašovec, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 09:15 – 09:30** **Aktualno na področju zdravstva**
dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje
- 09:30 – 10:00** **Predlogi sprememb Zakona o zdravstveni dejavnosti**
Jasna Humar, Ministrstvo za zdravje
- 10:00 – 10:30** **Predvidene spremembe na področju digitalizacije zdravstva**
mag. Teja Batagelj, Ministrstvo za zdravje
- 10:30 – 11:00** **Predlog Zakona o kakovosti v zdravstvu**
Mateja Agrež, Ministrstvo za zdravje
- 11:00 – 11:15** **Razprava**
- 11:15 – 11:45** **Odmor**
- 11:45 – 12:15** **Kaj resnično ogroža javni interes v zdravstvu?**
prim. mag. Dorijan Marušič, Zdravstveni zavod Celjenje
- 12:15 – 12:45** **Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot strokovna institucija v sistemu zdravstvenega varstva**
doc. dr. Tatjana Mlakar,
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- 12:45 – 13:15** **Razlike med javnimi zavodi in koncesionarji**
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
- 13:15 – 13:30** **Razprava in sporočila srečanja**
- 13:30** **Zaključek srečanja**

VSEBINA

Cene, dostopnost in učinkovitost poslovanja«	7
Damjana Jelačin Ivanovič, Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Predstavitev Univerzitetnega kliničnega centra Maribor	11
prof. dr. Vojko Flis, Univerzitetni klinični center Maribor	
Nacionalna stroškovna analiza SPP – kje smo in kako dalje?	19
Karmen Grom Kenk, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in mag. Nevenka Romih, Splošna bolnišnica Izola	
Spremljanje učinkovite obremenitve zdravnikov - razvoj in pogoji za implementacijo enotne metodologije	25
Nino Zajc, Splošna bolnišnica Novo mesto	
Presežki v zdravstvenih domovih - resnica ali laž?	29
mag. Tomaž Glažar, Zdravstveni dom Idrija	
Izzivi implementacije novega Pravilnika v eNaročanju	37
Hajdi Kosednar, Nacionalni inštitut za javno zdravje	
Predstavitev Podravske zdravstvene regije	49
Kornelija Krašovec, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	
Razlike med javnimi zavodi in koncesionarji	57
Tatjana Jevševar, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	



Damjana Jelačin Ivanovič
Društvo ekonomistov v zdravstvu



»Cene, dostopnost in učinkovitost poslovanja«

Letošnje jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu je že petindvajseto po vrsti oziroma štiriinpetdeseto, če upoštevamo tudi spomladanska srečanja. Zaključki dosedanjih srečanj, povzeti iz razprave udeležencev, predstavljajo smer potrebnih sistemskih sprememb za bolj učinkovit zdravstveni sistem, osredotočen na pacienta. Rdeča nit zadnjih dveh srečanj je bila osredotočena na komunikacijo in sodelovanje med deležniki v zdravstvu ter ugotavljanje, ali so ukrepi Ministrstva za zdravje (MZ) za doseganje večje stabilnosti in dostopnosti zdravstvenega sistema za leti 2024 in 2025 zadostni in učinkoviti oziroma predstavljajo premik k želenim ciljem, ali pa je slovensko zdravstvo obstalo na mestu in je ujeto v prostem teku.

Na predzadnjem srečanju smo poudarili pomen dobre komunikacije, ki predstavlja ključ do izboljšanja dostopnosti v zdravstvu, boljšega izkoristka njegovih zmogljivosti in izboljšanja storitev za paciente, kar zahteva krepitev sodelovanja in povezovanja na vseh ravneh znotraj posamezne organizacije, pa tudi med vsemi deležniki v zdravstvu, vključno s civilno družbo, ob sočasni preprečitvi škodljivih paralelnih procesov odločanja in nenačelnih koalicij.

Na zadnjem srečanju pa smo opozorili, da moramo zdravstveno reformo, katere cilja sta boljša dostopnost in kakovostnejša obravnava, graditi po korakih in premišljeno. Z okrepljeno vlogo regulatorja sistema lahko vzpostavimo odporen, politično in strokovno stabilen zdravstveni

sistem, ki se bo sposoben učinkovito odzivati na krizne situacije v zdravstvu. Investiranje v infrastrukturo, opremo in digitalne tehnologije je ključno za izboljšanje njegove odpornosti. Nujno potrebujemo jasne skupne cilje in vizijo tako na ravni zdravstvene politike kot izvajalcev. Zagotoviti moramo učinkovito strateško planiranje, jasna projektna izhodišča ter strokovno vodenje in izvedbo investicij. Zmožnost sistema za hitro odzivanje na potrebe pa lahko ogrozi pomanjkanje kadrovskih virov. Univerzalno dostopno javno zdravstvo v ustreznem času, ki smo ga kot država sposobni dolgoročno vzdržno financirati, mora ostati ključni cilj načrtovane reforme. V ta namen je nujno okrepiti tudi preventivne aktivnosti. Opozorili smo, da je treba pri iskanju novih virov za financiranje naraščajočih potreb zdravstva s povečevanjem prispevkov v breme delodajalcev ali delojemalcev upoštevati rast produktivnosti, da preprečimo škodljive vplive na konkurenčnost gospodarstva. Za dolgoročno vzdržno financiranje zdravstvenega varstva je treba na novo določiti razmerja med viri financiranja zdravstva in optimizirati obseg pravic, ki se financirajo iz javnih virov. Sprejeti je treba ustrezne podlage za določitev nove sekundarne mreže, ki bodo sledile potrebam prebivalstva ter dostopnosti in zmogljivosti bolnišnic v Sloveniji.

Nujne so po naši oceni tudi spremembe v organizaciji izvajalcev zdravstvene dejavnosti, predvsem na področju načrtovanja, upravljanja in optimizacije procesov dela, spremljanja produktivnosti, storilnosti in učinkovitosti dela

zaposlenih ter upravljanja kadrovskih, opremskih in prostorskih zmogljivosti. Izpostavili smo nujnost zakonodajnih sprememb na področjih dela zdravstvenih delavcev pri drugih izvajalcih, plačnega sistema, obsega pravic iz naslova dopustov in vzpostavitve fleksibilnejšega nagrajevanja zaposlenih. Razmisliti velja tudi o možnosti preoblikovanja javnih zdravstvenih zavodov v optimalnejše organizacijske oblike, ki bi omogočale vzpostavitev konkurenčnih pogojev za delo, plačilo za delo pa bi sledilo učinkovitosti posameznega zaposlenega. Za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev ter celovitosti in kakovosti obravnav v skladu z najnovejšimi medicinskimi praksami so potrebne tudi celovite spremembe plačevanja zdravstvenih storitev. Zagotoviti je treba finančne spodbude za izvajalce zdravstvenih storitev preko rednega posodabljanja in uvajanja novih mednarodno primerljivih plačilnih modelov, ki morajo zagotavljati tehnološko podprto in metodološko poenoteno spremljanje stroškov po bolniku za vse izvajalce v javni mreži ne glede na lastnino. Ravno tako je treba krepiti nefinančne spodbude za izvajalce zdravstvenih storitev ter spremljati kazalnike kakovosti s povratno zanko od spodaj navzgor. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) mora biti aktiven na področju prenove modelov financiranja v sodelovanju z izvajalci zdravstvenih storitev. Sodobni obračunski modeli morajo vključevati vse veljavne strokovne smernice in ne smejo biti administrativno zahtevni. Zagotovljeno mora biti različno vrednotenje z vidika multidisciplinarnega pristopa k bolniku. Hkrati pa je treba sprejeti ustrezne ukrepe, da posamezni izvajalci ne bodo opravljali le dobro plačanih storitev. Poudarjali smo nujnost pristopa k pravilnemu kodiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev ter zagotovitvi enotnosti pristopa na tem področju pri izvajalcih in nadzornikih ZZZS.

Produktivnost v zdravstvu je mogoče bistveno izboljšati, vendar nikoli na račun strokovne, kakovostne in varne obravnave. Vzpostaviti je treba merjenje in spremljanje produktivnosti dela izvajalcev na vseh ravneh zdravstva. Z vidika obravnave pacienta je treba produktivnost dela meriti tako na nivoju multidisciplinarne obravnave (tima) oz. oddelka kot po posame-

znem nosilcu zdravstvene obravnave. K izboljšanju učinkovitosti procesov zdravljenja lahko znatno pripomore uporaba umetne inteligence, sodobnih tehnologij in terapevtskih pristopov. Smiselno je uvajati integrirano oskrbo, ki povezuje različne izvajalce z namenom celostne obravnave, izboljšanja pacientove izkušnje in spremljanja bolnika po bolezni.

Ekonomisti v zdravstvu smo na zadnjem srečanju pozdravili vse ukrepe, ki zagotavljajo podlago za večjo dostopnost in vzdržnost zdravstvenega sistema, smo pa ob tem opozorili na nujnost spremljanja učinkovitosti njihove realizacije in kasnejše evalvacije sprejetih ukrepov.

In v kolikšni meri so bili naši predlogi upoštevana pri pripravi sistemskih sprememb?

Z vključitvijo deležnikov v pripravo sistemskih sprememb z zdravstveno zakonodajo in v javno razpravo o predlaganih predpisih je komunikacija med deležniki sicer na videz ponovno vzpostavljena. Krepi se tudi vključevanje civilne družbe. Vprašanje pa je, ali je sodelovanje zadostno in ustrezno skomunicirano. Da je še prostora za izboljšanje komunikacije, je mogoče sklepati po nezadovoljstvu z napredkom, ki ga posamezni deležniki izražajo z enostranskimi zahtevami do Ministrstva za zdravje in Vlade RS ter s pripravo lastnih predlogov zakonskih sprememb. Skupno vsem deležnikom je, da si vsi želijo sistemskih sprememb, njihovi pogledi na to, kakšne naj bodo, pa so različni.

Ustrezen nadzor nad kakovostjo opravljenih storitev še ni vzpostavljen. Pomemben korak v tej smeri bo narejen v primeru sprejetja in uveljavitve Zakona o kakovosti v zdravstvu. Predlog zakona vpeljuje mednarodno sprejeta načela kakovosti, ki naj bi omogočila zagotavljanje najboljše zdravstvene oskrbe z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja. S spremljanjem kazalnikov kakovosti naj bi bili določeni najbolj optimalna obravnava pacientov, spremljanje rezultatov zdravljenja in identifikacija odklonov pri zdravstveni obravnavi. Predlog zakona ZZZS-ju nalaga vzpostavitev obračunskih modelov s plačilom po izidu zdravljenja in predvideva vpeljavo koncepta na vrednosti temelječega zdravstvene-

ga sistema, ki bo prispeval k zmanjšanju obsega nepotrebnih storitev, sproščanju kapacitet v zdravstvu, zmanjševanju čakalnih vrst in optimalnejši izrabi razpoložljivih sredstev. Predlog zakona predvideva tudi ustanovitev javne agencije za kakovost v zdravstvu.

Za vzpostavitev enakih pogojev delovanja vsem izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe (javnim zavodom in koncesionarjem), tudi glede transparentnosti porabe javnih sredstev, bodo ključne spremembe Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je bil sredi septembra poslan v javno obravnavo. Predlog zakona vpeljuje možnosti povezovanja javnih in drugih zavodov v skupnost izvajalcev za opravljanje skupnih podpornih dejavnosti ter povezovanje znotraj posameznih ravni dejavnosti za celovitejšo, učinkovitejšo in bolj dostopno zdravstveno obravnavo pacientov, določa razpisne pogoje in pristojnosti direktorjev ter strokovnih direktorjev javnih zavodov, pristojnosti svetov zavodov in spremembo razvrstitve bolnišnic po namenu. Posebej ureja tudi pogoje, ki jih mora izpolnjevati zaposleni za pridobitev soglasja za delo pri drugem izvajalcu, in uvaja prepoved opravljanja samoplačniških storitev pri drugem izvajalcu v javni mreži in zunaj nje, kar lahko v določeni meri pripomore k povečanju produktivnosti zaposlenih.

Med temeljnimi cilji smernic zdravstvene politike za leti 2025 in 2026, ki predstavljajo podlago za sprejem Splošnega dogovora 2025, so tudi povečanje časovne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev, zagotovitev merljive kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev preko merjenja izidov zdravljenja, izboljšanje učinkovitosti izvajanja zdravstvene oskrbe, izboljšanje motivacije in zavzetosti zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva z ustrežnejšimi pogoji dela ter spodbujanje aktivne vloge in odgovornosti posameznika za lastno zdravje. Med drugim je predvideno evidenčno in postopno uvajanje ter nadgrajevanje širitve in uporabe kazalnikov kakovosti v obračunske modele za ustrezno prevedene, validirane in informatizirane kazalnike kakovosti. Predvidene so uveljavitev več novih obračunskih modelov, prenova in implementacija nekaterih obstoječih, standardizacija mreže in

prenova obračunskega modela NMP ter analiza učinkovitosti nekaterih obstoječih programov za morebitno nadgradnjo in širitev mreže. Podana je usmeritev glede širitve programov, vključno s preventivnimi, ter vključevanja novih zdravstvenih tehnologij v javno financiranje. Predvideni sta digitalizacija nekaterih procesov in vezanost plačila na predhodno pošiljanje obveznih podatkov v CRPP. Spremembe so predvidene tudi pri vodenju čakalnih seznamov in postavitvi kriterijev za napotovanje po stopnjah nujnosti ter pri napotovanju pacientov na fizioterapijo. Nadzor ZZZS-ja pa naj bi se usmeril tudi na učinkovitost izvajalcev po obračunanih storitvah pri pacientu po posameznih dejavnostih in ugotavljal odklone. Predvideni so tudi programi za motivacijo in opolnomočenje zaposlenih v zdravstvu in vseh prebivalcev v Sloveniji. Do konca leta 2025 bo MZ skupaj z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ) predvidoma pripravil predlog za razvoj nacionalne platforme, namenjene samotriazi pacientov pred vstopom v stik z zdravstveno službo.

Velika pričakovanja so uprta v reformo plačnega sistema in še posebej v vpeljavo variabilnega načina nagrajevanja. Predvidoma bo z uveljavitvijo Zakona o skupnih temeljih sistema plač v javnem sektorju (ZSTSPJS) poleg povečanja plač vsem javnim uslužbencem omogočena tudi višja stimulacija za nadpovprečne rezultate zaposlenih in za delo na projektih. Po pregledu doseženega je vtis, da na ključne sistemske spremembe za izhod iz težkih in kaotičnih razmer še čakamo. Še naprej ostaja izziv izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, tako glede možnosti izbire osebnega zdravnika kot tudi glede števila čakajočih na prve preglede, diagnostiko in terapevtske obravnave na sekundarni ravni, saj število še narašča. Ne smemo pa pozabiti, da je treba zagotoviti tudi kontrolne preglede, operacije ..., ki so posledica opravljenih prvih pregledov.

Pozitiven premik predstavljajo predlogi zakonov in razprave o ureditvi zdravstvenega sistema. Ne smemo pa pozabiti, da je treba upoštevati prostorske, kadrovske in finančne kapacitete z jasnim ciljem – dostopne kakovostne obravnave pacientov.

BELEŽKE

[illegible]

prof. dr. Vojko Flis
Univerzitetni klinični center Maribor



Zgodba Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru

Povzetek

Avtor v kratkih orisih predstavlja nastanek drugega kliničnega centra v Sloveniji. Univerzitetni klinični center v Mariboru se je razvijal v specifičnih zgodovinskih in geografskih razmerah. Iz splošne bolnišnice se je z ustanovitvijo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru razvil v sodoben klinični center, ki se spopada z izzivi organizacijske in finančne strukture slovenskega zdravstva.

Abstract

The author briefly outlines the creation of the second clinical center in Slovenia. The University Clinical Center in Maribor developed in specific historical and geographical conditions. With the establishment of the Faculty of Medicine of the University of Maribor, it developed from a general hospital into a modern clinical center that copes with the challenges of the organizational and financial structure of Slovenian healthcare.

Razvoj bolnišnice v Mariboru in preoblikovanje v Univerzitetni klinični center sta zanimiva iz več razlogov. Zgolj eden izmed njih kaže, kako se lahko klinični centri glede na zgodovinski in kulturni razvoj geografskega prostora, kjer so umeščeni, razvijajo v različne organizacijske sheme.

Pravo bolnišnico je Maribor dobil šele z razvojem medicinske vede v Gradcu v osemnajstem stoletju (1, 2). Leta 1799 je mestni magistrat izdal okrožnico o ustanovitvi mestne bolnišnice v prenovljenem poslopju mestnega špitala, na mestu, kjer danes stoji poštno poslopje, v neposredni bližini sedanjega Rektorata in Medicinske fakultete Univerze v Mariboru ter gledališča. Za njeno delovanje so skrbeli številni dobrotniki. Na začetku je bilo v mestni bolnišnici prostora za 24 bolnikov. Sprva enovita bolnišnica se je s prihodom magistra kirurgije Feliksa Ferka leta 1792 razdelila na interni – medicinski in eksterni – kirurški oddelek. Iz njiju so se pozneje ločili in osamosvojili interni, kirurški, dermatovenerološki, ginekološko-porodniški in infektivski oddelek, rentgenski zavod in prosektura ter pljučni odsek, mariborska bolnišnica pa je kmalu dobila tudi oddelek za ušesne in očne bolezni. V tem poslopju je mariborska bolnišnica delovala vse do leta 1855, v obdobju do selitve na sedanjo lokacijo na Taboru, kjer je središče ustanove še sedaj, pa je pridobila dodatnih 26 postelj. Mestne oblasti so kupile Prosenjakovo vilo v Magdalenskem predmestju, kjer je začela bolnišnica delovati s 110 posteljami, saj se je v tistem času močno povečalo število mestnih prebivalcev.

Razvoj mariborske bolnišnice je vidno zaznamoval razpad avstro-ogrske monarhije, pa tudi druga svetovna vojna je kruto posegla prav v vrste slovenskih zdravnikov: velika večina je bila pregnanih, številne med njimi so mučili in tudi ubili, v bolnišnico pa so prišli nemški zdravniki (3–6). Strokovni razvoj je v veliki meri zastal, številni zdravniki so se pridružili odporniškemu gibanju. Za maloštevilne bolnike so skrbeli zdravniki, ki jim je nemška oblast še dovolila delati, in sestre usmiljenke, ki so kot negovalno osebje ostale v bolnišnici vse do leta 1948.

Konec druge svetovne vojne in nova zagnanost sta kljub odrekanju, porušeni bolnišnici ter pomanjkanju osebja in opreme prinesla nov silovit razvoj. Do konca petdesetih let so v mariborski bolnišnici že delovali posamezni odseki na kirurškem oddelku (travmatologija, plastična kirurgija, splošna kirurgija, urologija, ortopedija in anestezija). Leta 1964 so se začela gradbena dela za bolnišnično stolpnico, ki je bila sprva namenjena internemu in psihiatričnemu oddelku. Leta 1972 so psihiatrijo začasno preselili pod obronke Pohorja v Pohorski dvor. Od sredine sedemdesetih let pa vse do današnjih dni se je v bolnišnici intenzivno gradilo in obnavljalo: leta 1976 je bila odprta kirurška stolpnica, leta 1984 je začel medicinsko-funkcionalni trakt II, leta 1987 pa se je na območje bolnišnice preselila tudi pediatrija. Za nadaljnji razvoj Splošne bolnišnice Maribor je ključnega pomena zagotavljanje ustreznih bivalnih in delovnih standardov, to pa z državnim denarjem žal ni bilo mogoče. Tako so bili ključnega pomena pri tem uspešni referendumski za uvedbo samoprispevkov. V okviru IV. samoprispevka so bili zgrajeni medicinsko funkcionalni trakt III (odprtje 1991), Oddelek za perinatologijo (1991) ter obnovljena in razširjena ginekologija (1992). V okviru V. samoprispevka je zrasel interni trakt B leta 1993 in nato še trakt A leta 1995. Prvi objekt, ki ga je v mariborski bolnišnici obnavljala država v okviru zakona o investicijah v zdravstvu, je bila obnova kirurške stolpnice z nadgradnjo dvorane in sanacijo potresnih vezi (1998).

Gradnja novega Oddelka za psihiatrijo se je začela po prej omenjenem zakonu leta 1998 v neposredni bližini bolnišnice in je zaradi gradnje podzemne povezave predstavljala poseben izziv in velik dosežek, saj je nad gradbiščem ves čas nemoteno potekal železniški promet (7). Oddelek za psihiatrijo je bil odprt leta 2005. Oddelek za očne bolezni ter Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo sta več desetletij delala v povsem neprimernih razmerah. Z rušenjem starega internega oddelka leta 1998 pa so se začela dela za novogradnjo. Že pred tem sta bili ti dejavnosti izjemni, po odprtju prostorov leta 2007 pa sta doživeli ekspanziven razvoj. Kar zadeva investicije, je bilo živahno tudi leto

Slika 1: Prva stavba iz 18. stoletja na levem bregu reke Drave

dr. Gregor Pivec

1999, ko je bila obnovljena in otroški kirurgiji namenjena etaža na pediatriji ter odprti prostori v 3. etaži kirurške stolpnice za namene Oddelka za kardiokirurgijo (prva operacija na odprtem srcu v mariborski bolnišnici je bila izvedena junija 1996; od takrat se je oddelek razvil v mednarodno primerljiv tovrstni oddelek z izjemnimi rezultati). Leta 2001 je bila odprta enota za invazivno kardiologijo. Ustanovljen je bil Konzorcij za zbiranje finančnih sredstev za začetek delovanja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Tako je bila obnovljena zgradba stare pralnice v osrčju bolnišnice za potrebe Inštituta za anatomijo in fiziologijo (2004). Iz enakih sredstev so bili obnovljeni prostori zgradbe na Magdalenskem trgu (prostori arhiva Splošne bolnišnice Maribor). Leta 2004 je bila obnovljena kotlovnica, zgradil se je podzemni hodnik od MFT do Oddelka za psihiatrijo in izvedli sta se dve kardio-kirurški operacijski dvorani po modularnem sistemu v operacijskem bloku.

Slika 2: Pogled iz zraka na bolnišnico na Taboru na desnem bregu reke Drave pred prvo svetovno vojno

dr. Gregor Pivec

Leta 2011 je bila zgrajena 1. faza forenzike na Oddelku za psihiatrijo, leta 2014 pa 2. faza. V letu 2015 je bila otvoritev novega Urgentnega centra Maribor. Prav tako smo leta 2015 odprli Oddelek za onkologijo, kjer imamo dva obsevalnika, ki smo ju prejeli kot donacijo švicarskega sklada.

1. STROKOVNO DELO

Po strokovni plati so se posamezni oddelki in dejavnosti v Splošni bolnišnici Maribor razvijali skladno z razvojem medicine v svetu, v številnih primerih so bili vrhunski strokovnjaki protagonisti razvoja tudi v mednarodnem merilu: prof. dr. Zora Janžekovič s svojo izvirno kirurško metodo zgodnjega kirurškega zdravljenja opeklin, prof. dr. Veljko Vlasisavljevič z izjemno dobro razvitim področjem zdravljenja neplodnosti, prim. Igor Japelj kot oče in spoštovani učitelj na področju ultrazvoka v tem delu Evrope, prof. dr. Eldar Gadžijev, ki je na klinično raven povzdignil kirurgijo, ter prof. dr. Ivan Krajnc, dolgoletni predstojnik internistične dejavnosti, strokovni direktor in prvi dekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru (8). Številni drugi strokovnjaki in predstojniki so zagotovili evropsko prepoznavnost in visoko kakovostno raven najpomembnejše učne baze učne bolnišnice ter bodoče medicinske fakultete.

V organizaciji zdravnikov iz Univerzitetnega kliničnega centra (in v zadnjem desetletju tudi z Medicinske fakultete Univerze v Mariboru) poteka niz strokovnih srečanj, simpozijev in kongresov, ki so že zdavnaj prerasli lokalne okvire, ugotovitve pa so pomembno vplivale tudi na razvoj stroke in zdravstvene dejavnosti kot celote: Medicina in pravo (v organizaciji zdravniškega in pravniškega društva, obeh fakultet ter UKC Maribor); Iz prakse za prakso (kot prvo strokovno druženje internistov in zdravnikov splošne oz. družinske medicine, ki se neprekinjeno odvija od leta 1989); Srečanje pediatrov v Mariboru (s prav tako dolgoletno tradicijo, vzporedno z njim pa teče tudi srečanje medicinskih sester v pediatriji); Dermatološki dnevi, Ortopedsko srečanje, Černičevi simpoziji, Bedjaničevi simpoziji, srečanja urologov, kirurške delavnice, ginekološko-perinatološka srečanja, internistična srečanja ter strokovna srečanja samostojnih oddelkov in skupnih medicinskih služb.

V nekdanji Splošni bolnišnici Maribor so bili bolniki z rakom deležni onkološkega zdravljenja (hematologija, abdominalna kirurgija, ginekologija), z načrtnim razvojem onkološke dejavnosti, gradnjo novega oddelka in ustrezno

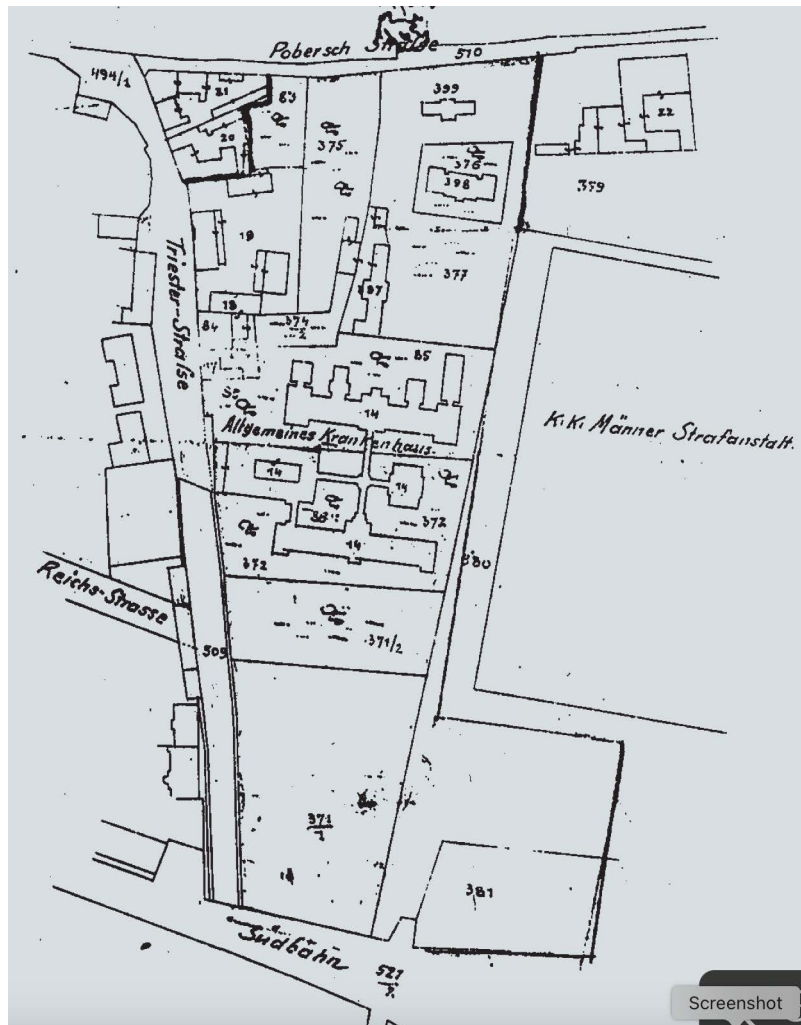
opremo pa bodo bolnikom prihranjene tudi naporne vožnje na obsevanje v Onkološki inštitut v Ljubljani. Z odprtjem forenzičnega oddelka v okviru Oddelka za psihiatrijo se je začela tudi ustrežnejša obravnava bolnikov, ki so doslej zasedali bolniške postelje v že tako prezasedenih psihiatričnih bolnišnicah. Že v Splošni bolnišnici Maribor so bili številni zdravniki pionirji na področju endoskopske kirurgije (minimalno invazivne kirurgije), ki so jo povsem približali mednarodnim standardom in v številnih primerih je ta že zamenjala t. i. veliko kirurgijo. Izjemen razvoj sta dosegli tudi radiologija in invazivna radiologija, zlasti na področju ugotavljanja in zdravljenja zamašenih žil.

2. POT DO FAKULTETE

Leta 1996 se je uspešno klinično, znanstveno-raziskovalno, pedagoško in publicistično delo odražalo v imenovanju prvih treh kliničnih oddelkov: Kliničnega oddelka za ginekologijo in perinatologijo, Kliničnega oddelka za pediatrijo in Kliničnega oddelka za interno medicino. Načrtno so se začela uresničevati tudi dolgoletna prizadevanja za ustanovitev medicinske fakultete (9). Fakulteta je bila ustanovljena leta 2003. Leta 2007 je Splošna bolnišnica Maribor postala Univerzitetni klinični center Maribor.

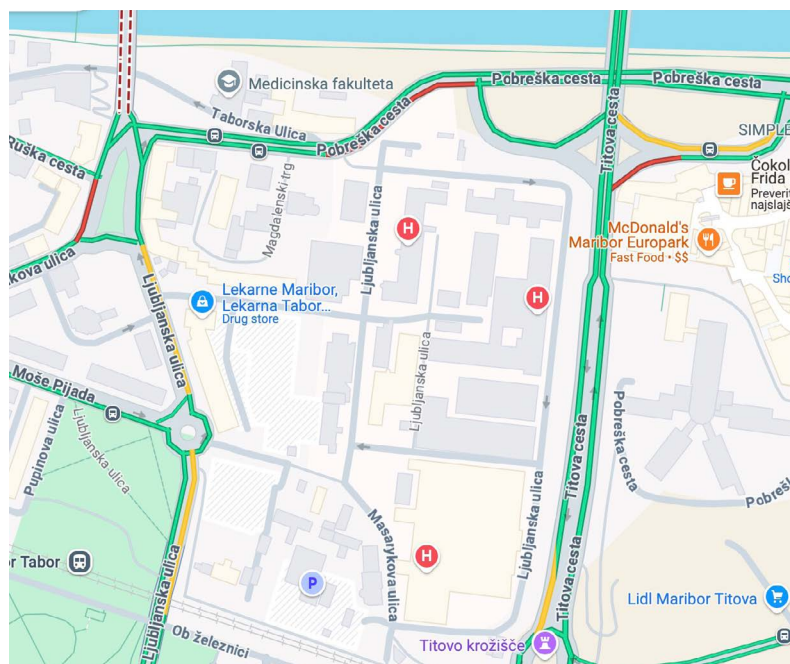
Dobro strokovno delo, številni vidni in v domačem okolju, pa tudi mednarodno uveljavljeni strokovnjaki so tlakovali pot tako klinični bolnišnici kot nastanku Medicinske fakultete Univerze v Mariboru: ta je bila ustanovljena 2. 10. 2003, tretjega decembra istega leta pa je Svet za visoko šolstvo potrdil študijski program Splošna medicina (10, 11). Prav tako je pomembna tudi Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, ki skupaj z Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru uporabljata UKC Maribor kot učno bolnišnico.

Slika 3: Tloris bolnišnice pred prvo svetovno vojno



dr. Gregor Pivec

Slika 4: Umeščenost bolnišnice v prostor je enaka kot pred več kot sto leti. Omejena je z reko Dravo, železnico in avtocesto.



3. SODOBNA USTANOVA?

Splošna bolnišnica Maribor je bila leta 1991 v strokovnem smislu in po obsegu dela podobna okoliškim bolnišnicam. V teh 34 letih je postala čisto druga institucija, organizacijsko pa je ohranila piramidno strukturo. Opravlja vse medicinske storitve na vseh področjih medicine, na nekaterih področjih (presajanje organov, genetika) pa je delo razdeljeno med oba klinična centra v Sloveniji. Po dogovoru zaradi majhnosti Slovenije program presajanja parenhimatoznih organov teče v veliki meri v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. Klinike in ostali oddelki sicer niso samostojne pravne osebe, vendar to ni oviralo razvoja ustanove, ki skrbi za kakovostno strokovno oskrbo bolnikov, uvajanje novih postopkov zdravljenja ter pedagoško in raziskovalno delo. Izjemno pomembno je sodelovanje z medicinsko fakulteto, kjer poteka izobraževanje mladih zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, hkrati pa omogoča poglobljeno raziskovalno dejavnost na področju medicine. Enako velja za sodelovanje s fakultetami za zdravstvene vede.

Obstoj Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki je v nekaj manj kot dvajsetih letih delovanja dala več kot na stotine diplomantov – zdravnikov in več deset doktorjev znanosti, med katerimi so številni že tudi dosegli izvolitev v nazive visokošolskih učiteljev, je brez dvoma pomenil kakovosten preskok v nadaljnjem razvoju Univerzitetnega kliničnega centra Maribor.

V zadnjih 25 letih se je izjemno povečalo tudi število zaposlenih. Leta 1991 je Splošna bolnišnica Maribor imela 2215 zaposlenih, od tega je bilo 285 zdravnikov. Danes Univerzitetni klinični center Maribor zaposluje 3800 ljudi, od tega 720 zdravnikov in 1835 v zdravstveni negi.

Če je medicinska znanost v Sloveniji na zelo visoki ravni, to zagotovo ne velja za organizacijske izzive slovenskega zdravstva, za zagotavljanje finančnih sredstev in še manj za zdravstveno infrastrukturo. Sodobne bolnišnice bo treba

Slika 5: Porušen znameniti most čez reko Dravo takoj po drugi svetovni vojni. Imenovali so ga ležeči Eifflov stolp. Podoba bolnišničnih stavb je bila enaka.

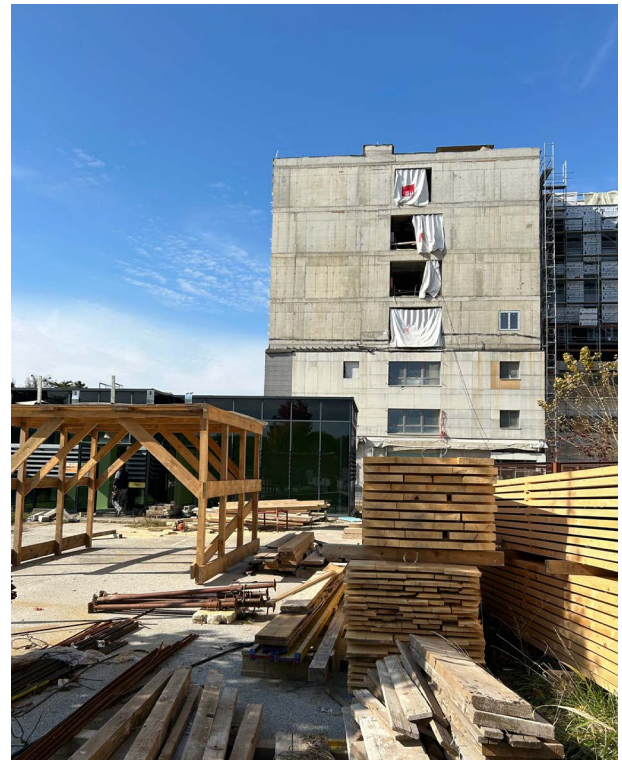


prilagajati sodobnim pogledom na zdravljenje in bivanje bolnikov v zdravstvenih ustanovah. Na izredne razmere nismo nič bolje pripravljeni kot pred pandemijo. Tudi tehnološko komajda lovimo rep sodobnih medicinskih dognanj. Težave niso majhne. Sodobno delovno okolje je pomembno za bolnike in za osebje. Trenutno delovno okolje s svojimi izzivi ni vedno privlačno za mlade strokovnjake, kar povzroča beg možganov v sosednje države. Potrebne bodo pomembne in globoke spremembe v pogledu na akademsko medicino v Sloveniji, da bomo morebiti kos izzivom, ki nas pestijo že sedaj in ki nas še čakajo.

Slika 7: Obnovljena kirurška stolpnica s požarnimi dvigali, brez katerih je bila stavba več kot dvajset let brez uporabnega dovoljenja.



Slika 6: Gradnja nove onkologije

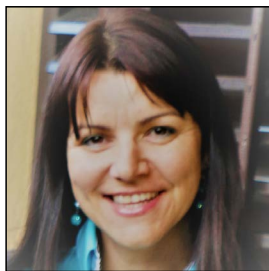


4. LITERATURA IN VIRI

1. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 1.del. Isis januar 2000. str.54-57.
2. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 2.del. Isis februar 2000. str.46-51.
3. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 3.del. Isis marec 2000. str.45-48.
4. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 4.del. Isis april 2000. str.49-53.
5. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 5.del. Isis maj 2000. str.79-82.
6. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 6.del. Isis julij 2000. str.63-66.
7. Pivec Gregor. 200 let bolnišnice. 7.del. Isis julij 2000. str.49-52.
8. Toplak Cirila ured. Splošna bolnišnica Maribor 1799-1999. Maribor-Splošna bolnišnica 2001.
9. PIVEC, Gregor, KRAJNC, Ivan, FLIS, Vojko. Prizadevanja generacij zdravnikov kronana z uspehom. Zdrav Vestn. 2003, letn. 72, št. 12, str. 661-663.
10. FLIS, Vojko. Zagate ob nastajanju druge medicinske fakultete v Sloveniji. Dialogi (Maribor), 2003, letn. 39, št. 3/4, str. 59-63.
11. FLIS, Vojko. Začetek predavanj na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Isis, 2004, letn. 13, št. 11, str. 34.

BELEŽKE

[illegible]

**Karmen Grom Kenk**Zavod za zdravstveno zavarovanje
Slovenije**mag. Nevenka Romih**

Splošna bolnišnica Izola



Nacionalna stroškovna analiza SPP – kje smo in kako dalje

Povzetek

Namen projekta nacionalne stroškovne analize je pridobitev, analiza in obdelava podatkov izvajalcev s ciljem izračuna novih slovenskih uteži, ki naj bi bile uvedene leta 2025. Model plačevanja akutne bolnišnične obravnave po modelu skupine primerljivih primerov je ključnega pomena za vse deležnike v slovenskem zdravstvu, saj predstavlja 43 % vseh sredstev za zdravstvene storitve. Avstralski sistem SPP je bil uveden leta 2004 in je bil posodobljen le dvakrat, leta 2013 in 2023. Sistem odraža relativna razmerja in stroške, ki so značilni za Avstralijo in ne za Slovenijo. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je v letu 2020 prevzel odgovornost za zbiranje podatkov in izračun novih slovenskih uteži. Pripravil je metodologijo zbiranja in navodila za izvajalce, neprestano pa nudi podporo in rešuje težave, povezane s projektom. V projekt se je aktivno vključilo 11 javnih zdravstvenih zavodov, ki v njem vidijo prednosti (boljši podatki na pacienta/obravnavo, izračun precenjenih/podcenjenih primerov, baza znanja, deljenje dobrih praks ...), slabosti (ročno delo, nepovezani informacijski sistemi, velika količina podatkov, pomanjkanje znanja, časa in denarja, nenehne spremembe), priložnosti (uvedba novih načinov zdravljenja, kliničnih poti ...) in izzivov (digitalizacija, šola kodiranja ...). Vsi deležniki si želimo, da bi vložen trud pripeljal do pričakovanih rezultatov in prvega obračuna slovenskih uteži. Nadejamo pa se tudi nadaljnega razvoja sistema in periodičnega izračunavanja uteži.

Abstract

The purpose of the national cost analysis project is to obtain, analyse and process data from operators with a view to calculating the new Slovenian weights to be introduced in 2025. The payment model for acute hospital care under the peer-group model (PGM) is of key importance for all stakeholders in the Slovenian healthcare system, as it accounts for 43% of the total funding for healthcare services. The Australian PGM system was introduced in 2004 and has only been updated twice, in 2013 and 2023. The system reflects relative ratios and costs that are specific to Australia and not Slovenia. The Health Insurance Institute of Slovenia has assumed responsibility for data collection and calculation of the new Slovenian weights in 2020. It has developed a collection methodology and guidance for operators, and is continuously supporting and resolving issues related to the project. Eleven public health institutions are actively involved in the project, seeing it as a combination of advantages (better data per patient/treatment, calculation of overestimated/underestimated cases, knowledge base, sharing of good practices, etc.), disadvantages (manual work, disconnected information systems, large amount of data, lack of knowledge, time and money, constant changes), opportunities (introduction of new treatments, clinical pathways, etc.) and challenges (digitisation, coding school, etc.). All stakeholders hope that the efforts made will lead to the expected results and the first calculation of the Slovenian weights. We also hope for further development of the system and periodic weight calculations.

1. VIDIK ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

S sistemom skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP) v Sloveniji plačujemo akutne bolnišnične obravnave, za katere na letni ravni namenimo v povprečju nekaj več kot 43 % vseh sredstev za zdravstvene storitve. V letu 2023 je bilo izdatkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) za bolnišnično dejavnost 1,290 mrd EUR, od tega plačano po modelu SPP 1,009 mrd EUR, izvedenih pa je bilo nekaj več kot 342.000 obravnav.

Sistem SPP je bil uveden leta 2004, od takrat so bile Mednarodne klacifikacije bolezni (MKB) in Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP) posodobljene le dvakrat, v letih 2013 in 2023. Še vedno pa so v uporabi relativne vrednosti oz. cene – uteži, prevzete iz avstralskega sistema, ki so bile izračunane na podlagi podatkov o avstralskih stroških dela in materiala pred več kot 20 leti. Vendar pa je za pravilno delovanje sistema SPP pomembno redno obdobjno prilagajanje uteži spremembam v procesih zdravljenja in porabljenih virih. Ker infrastruktura in postopki za upravljanje sistema SPP po 20 letih od uvedbe še niso bili vzpostavljeni, je Zavod v letu 2020 prevzel to odgovornost; naloge se je lotil celovito in začel izvajati projekt »Vzpostavitev celovitega upravljanja sistema SPP«.

Eden izmed ključnih ciljev projekta je izvedba nacionalne stroškovne analize (v nadaljevanju NSA), katere rezultat bo določitev novih slovenskih uteži SPP, ki bodo izračunane na podlagi stroškov slovenskih bolnišnic. V projekt je vključenih 11 bolnišnic, ki so v obdobju 2022–2024 prejele dodatnih 6,7 mio EUR iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja za vzpostavitev oz. izboljšanje evidentiranja podatkov po pacientih ter za poročanje podatkov Zavodu. Bolnišnice poročajo Zavodu podatke skladno z navodilom, v katerem so opredeljeni nabor podatkov, njihova vsebina, struktura in način pošiljanja. Nabor podatkov vključuje tako stroške porabljenih zdravil in materialov ter stroške preiskav, ki jih bolnišnice naročajo pri zunanjih izvajalcih, kot tudi podatke o izvedenih aktiv-

nostih, ki so potrebne za izračun uteži. Navodilo je pripravil Zavod skupaj z delovno skupino, v kateri so sodelovali predstavniki sodelujočih bolnišnic, da so v čim večji meri upoštevane možnosti oz. omejitve zagotavljanja podatkov po posameznih bolnišnicah.

V letu 2023 so bolnišnice pričele posredovati podatke po pacientih, ki jih je Zavod temeljito preveril, poiskal napake, nedoslednosti in nelogičnosti v podatkih ter skupaj z bolnišnicami podatke prečistil. Ker podatki niso bili dovolj kakovostni (bodisi so bili manjkajoči ali neloogični), je Zavod njihove vrednosti, skladno z metodologijo, ki jo uporabljajo tudi druge države, nadomestil s povprečjem (ali mediano) vrednosti drugih bolnišnic. Spomladi 2024 so bolnišnice posredovale tudi bilančne podatke za leto 2023, skladno z opredeljeno metodologijo.

Glede na ugotovitve iz kontrol podatkov bodo morale bolnišnice v prihodnje izboljšati poročanje stroškov o porabljenih (predvsem dragih) zdravilih in materialih, v poročanje dosledneje vključevati tudi ostale stroške (npr. storitev zunanjih izvajalcev), izboljšati popolnost poročanja kategorizacij nege in trajanja operacij ter vzpostaviti boljše evidence za razmejevanje stroškov med posameznimi delovišči (oddelek, intenzivna enota, operacijska dvorana itd.). Poseben izziv pa predstavlja tudi kodiranje, saj imata tako pretirano kot nepopolno kodiranje bolnišničnih obravnav neposreden vpliv na končno višino uteži in s tem na ceno bolnišnične obravnave. Nepopolne in napačne podatke o stroških in aktivnostih za leto 2023 je Zavod nadomestil z novo vrednostjo (npr. povprečje/mediana tistih obravnav, katerih podatki so bili popolni in pravilni). To je običajen postopek izboljšanja kvalitete podatkov, ki ga uporabljajo vse države v procesu izračuna uteži SPP. Za ta namen je v pošiljanje podatkov vključeno zadostno število izvajalcev oz. zadostno število primerov (75 % vseh primerov SPP).

Zavod je v sodelovanju z zunanjim strokovnjakom v letu 2024 razvil metodologijo za izračun stroškov posameznih obravnav in s tem uteži SPP. Pri tem je sledil ustaljenim praksam, ki se uporabljajo v drugih državah (Nemčiji, Avstrali-

ji in skandinavskih državah). Na podlagi te metodologije je Zavod razvil aplikacijo za izračun stroškov bolnišničnih obravnav, ki omogoča podroben pregled stroškov, identifikacijo in analizo izstopajočih stroškov ter primerjavo med posameznimi bolnišnicami. Na podlagi teh analiz bodo sprejete odločitve glede izračuna uteži in celotnega modela plačevanja SPP.

V skladu z Usmeritvami zdravstvene politike za leti 2025 in 2026 bo Zavod do 15. 11. 2024 končal prenovu modela plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi SPP ter pripravil finančne simulacije novih uteži za vse izvajalce v sistemu SPP.

Postavljena infrastruktura za beleženje in posredovanje podatkov ter za izračun uteži se bo še nadgrajevala in izboljševala za potrebe nadaljnjih obdobjih izračunov slovenskih uteži. In kaj vse nas čaka v prihodnje?

- Zavod je v procesu kontrole podatkov in izračuna stroškov bolnišničnih obravnav prepoznal določene priložnosti za izboljšavo navodil za bolnišnice, tako na področju evidentiranja podatkov po pacientih kot na področju razmejitve bilančnih stroškov. Izvedljivost bo preveril z bolnišnicami in njihovimi programskimi hišami.
- S pravilnim kodiranjem bolnišničnih obravnav in doslednejšim beleženjem materialov, zdravil, storitev in aktivnosti v bolnišnicah se večja natančnost izračunanih stroškov obravnav ter s tem kakovost uteži SPP. Zato je v bolnišnicah treba krepiti zavedanje o pomembnosti celovitih in kakovostnih podatkov ter izvajati ukrepe za njihovo stalno izboljševanje.
- Tudi v letu 2025 bodo bolnišnice prejele dodatnih 16,6 mio EUR za korekcijo vpliva novih uteži ter 2,3 mio EUR sodelujoče bolnišnice za zagotavljanje podatkov za izračun uteži.
- Naslednje leto bodo izvedene vse priprave za uvedbo nove verzije klasifikacij diagnoz in postopkov (MKB in KTDP) v letu 2026 pod taktirko Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).
- V prihodnje pričakujemo in si želimo nadaljnjega sodelovanja vseh deležnikov (Mi-

nistrstva za zdravje (MZ), NIJZ, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (ZdrZZ), bolnišnice in ZZZS, saj vsi pridobimo s celovitim in rednim upravljanjem sistema SPP:

- Redni preračuni uteži omogočajo vključevanje novosti in sprememb, kot so optimizacije procesov, nove klinične poti, uporaba novih diagnostičnih metod, sodobnih načinov zdravljenja idr., kar omogoča izboljševanje kakovosti oskrbe zavarovanih oseb.
- Uporaba slovenskih uteži, ki odražajo dejanska razmerja med porabo stroškov dela, materiala in opreme pri posamezni obravnavi, omogoča bolj realno načrtovanje finančnih sredstev bolnišnic ter pravično plačevanje bolnišnicam za opravljene storitve.
- Z novimi utežmi bodo vzpostavljene spodbude za optimizacijo delovnih procesov v bolnišnicah, za oblikovanje in uvedbo kliničnih poti, optimizacijo nabave potrebnega materiala, standardizacijo uporabe materialov in zdravil itd.
- Bolj natančno beleženje stroškov po pacientih omogoča tudi boljše notranje spremljanje stroškov, je v podporo strateškemu načrtovanju in odločanju v bolnišnicah ter predstavlja predpogoj za spodbujanje učinkovitosti poslovanja bolnišnic.

2. VIDIK IZVAJALCEV NACIONALNE STROŠKOVNE ANALIZE

2.1. Nacionalna stroškovna analiza – pogled nazaj

Nacionalna stroškovna analiza (NSA) je bila v preteklosti izvedena že večkrat z velikimi napori izvajalcev, Zavoda, informacijske podpore in ostalih udeležencev. V bolnišnicah se spomnimo vsaj treh oz. štirih NSA, ki niso dale rezultatov v praksi, za vse udeležene pa so pomenile veliko dodatnega dela. Izvajale so se brez resne informacijske podpore, kar pomeni v celoti ročno. Vsekakor pa so pomenile veliko izkušenj in bazo znanja, ki je bila potrebna za današnje nadaljnje delo. Veliko zaposlenih se je od izvajanja prve NSA že upokojilo in prišli so oz. smo novi in neobremenjeni s prejšnjimi analizami, hkrati pa tudi brez prepotrebnih izkušenj iz starih NSA.

Na podlagi te preteklosti je treba razumeti določeno skeptičnost izvajalcev tudi pri izvajanju trenutne NSA. Zavod je prevzel pobudo in resno organiziral zbiranje podatkov, z navodili in pojasnili, kaj se zbira in kako naj bolnišnice pošiljamo podatke. Z zavzetim delom, vztrajnostjo in neprestano podporo je tudi pri izvajalcih ponovno vzbudil zaupanje in upanje, da veliko vloženega časa, denarja in dela ne bo (ponovno) pristalo v nekem predalu.

Med izvajanjem projekta NSA smo se izvajalci srečevali z veliko dilemami, kako beležiti stroške na pacienta in kako ovrednotiti delo, storitve, amortizacijo in druge stroške akutnih bolnišničnih obravnav. Veliko oviro nam predstavljajo različne informacijske tehnologije in različno beleženje v vsaki ustanovi posebej. Tudi v ustanovah, ki uporabljamo isti informacijski sistem, sta se razumevanje in interpretacija podatkov razlikovala. Prav tako med nami obstajajo razlike v organizaciji dela, metodah dela, načinih zdravljenja, opremljenosti ipd., kar otežuje primerjavo podatkov med bolnišnicami.

V NSA se je vključilo 11 javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljevanju JZZ), kar v letu 2023 predstavlja 72-odstotni delež fakturiranih SPP uteži za plačnika ZZS. Za nacionalno stroškovno analizo pa se zbira še širši nabor podatkov, saj so v poročanje vključeni tudi pacienti, ki se zdravijo z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (EUKZZ), certifikatom ali kartico Medicare, potrdilom MedZZ, samoplačniki in pacienti, za katere so plačniki razne pravne osebe.

Od 19 JZZ se za sodelovanje v NSA ni odločilo 8 JZZ, od koncesionarjev, le-teh je 8, pa v NSA ni vključen nihče. Delež SPP uteži, ki jih izvajajo koncesionarji, je sicer na nacionalnem nivoju nizek, le 4,38 %, je pa skoncentriran na določene SPP.

S 1. 1. 2023 je bila v slovenski sistem uvedena nova klasifikacija diagnoz (MKB) ter kliničnih, terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP). Na podlagi tega se je uvedla tudi nova klasifikacija SPP in nov razvrščevalnik SPP primerov. Zaradi nove klasifikacije SPP sta Zavod

in MZ prilagodila uteži posameznih SPP tako, da je na ravni Slovenije ostalo skupno število uteži enako. Brez teh ukrepov bi bila celotna vrednost akutne bolnišnične obravnave (ABO) v letu 2023 nižja za več kot 91 mio EUR. Prav zaradi te izkušnje izvajalci opozarjamo na dodatno previdnost pri uvedbi slovenskih uteži s 1. 1. 2025. Že v prvem mesecu uporabe novega razvrščevalnika je bilo ugotovljeno, da so se z novo verzijo klasifikacij precej spremenila pravila kodiranja. Po novem namreč postopki in nekatere spremljevalne diagnoze ne določajo več težavnosti bolnišničnih obravnav, kar je pri nekaterih izvajalcih občutno vplivalo na višino prihodkov v primerjavi s preteklimi obdobji.

2.2. Nacionalna stroškovna analiza v teku

Vsi izvajalci, ki smo vključeni v NSA, se zavedamo odgovornosti in resnosti projekta NSA za vpeljavo novih slovenskih SPP uteži. Z našimi podatki bo Zavod lahko izračunal nova relativna razmerja med SPP (uteži). Tako bomo lahko ugotovili, kateri SPP so podcenjeni in kateri precenjeni.

Izvajalci se še vedno srečujemo z veliko izzivi, tako na makro kot tudi na mikro ravni beleženja stroškov na posamezni primer oziroma pacienta. Izvajalci ocenjujemo, da so vnosi, pomembni za NSA, še vedno ročni. Nekateri od podatkov, ki se prenašajo v NSA, so enaki, kot jih potrebuje zdravstveno osebje pri svojem delu (diagnoze, opravljeni KTDP, kategorija ZN, trajanje operacij, anestezije, laboratorijske storitve ...), nekatere pa namensko vnašamo za namen NSA (poraba zdravil, krvi in krvnih pripravkov na pacienta ...). Zaradi ročnega načina dela se povečuje možnost napak pri vnosu in podvojenega dela za (že tako obremenjene) izvajalce.

Skupna težava vseh bolnišnic je neenoten informacijski sistem. Tudi v bolnišnicah, ki uporabljamo isti informacijski sistem, pride do različnega razumevanja in vnosa podatkov (npr. ali je v čas anestezije vključena prebujevalnica). Bolnišnično informacijski sistem (v nadaljevanju BIS) pa ni edini sistem, ki ga bolnišnice uporabljamo za opravljanje svojega dela, ampak se le-ta dopolnjuje z različnimi programskimi rešitvami za različna področja. Vsi izvajalci ima-

mo težave z integracijo sistemov in enkratnega vnosa podatka na pacienta. Večji izvajalci uporabljajo tudi več različnih BIS, kar še dodatno otežuje komunikacijo med sistemi. Podporni informacijski sistemi niso bili kupljeni z namenom poročanja podatkov na pacienta, ampak so zasledovali popolnoma druge cilje in parcialno rešujejo določeno težavo uporabnika.

Zelo bi si želeli, da bi bila poraba materiala na pacienta informacijsko bolje podprta z uporabo čitalcev in črtnih kod ter da bi se podatek o uporabi prenesel v oddelčno skladišče in vplival na stanje zalog v tem skladišču. S tem bi bil krog naročanje-dostava-zaloga-poraba na pacienta v celoti zaključen in preverjen. En in isti podatek bi bil večkratno uporabljen in bi osebi, zadolženi za oddelčno skladišče, »privarčeval« čas za nabavo artiklov. Večje bolnišnice z več dislociranimi enotami bi lahko na ta način učinkoviteje uporabile čas zdravstvenega osebja. Žal vse take poenostavitve zahtevajo dodaten napor, čas ter denar izvajalcev in ponudnikov informacijskih rešitev.

Zaradi obilice dela na oddelkih, v operacijskih, na intenzivni terapiji ipd. imamo izvajalci včasih težavo z doslednim vnašanjem materiala na pacienta, saj se včasih pač rešujejo življenja in je doslednost drugotnega pomena. Dosledno beleženje stroškov na pacienta dodatno otežuje tudi fluktuacija kadrov, zato je neprestano opozarjanje na doslednost in pomembnost pravilnega vnosa že na dnevni ravni.

Ponudniki informacijskih rešitev se zavedajo pomena NSA in se neprestano trudijo, da bi izvajalcem in Zavodu olajšali delo pri obdelavi in pošiljanju podatkov. Seveda vse take rešitve ponovno zahtevajo čas in denar. Poleg tega so spremembe zakonodaje za ponudnike BIS nenehne in običajno veljajo za nazaj, da ponudniki BIS ne zmorejo dati dodatnega časa in osebja za NSA, ker so vpeti v prenovo BIS-a zaradi zakonskih zahtev. Tem pa v zadnjem času komaj sledimo ali pa nas tudi prehitujejo.

Velika količina podatkov (UKCLJ pošlje v svojih pošiljkah 3 mio zapisov na mesec) onemogoča redno kontrolo poročenih podatkov. V plansko-

-analitskih in fakturnih službah opravimo le logične kontrole podatkov, nikakor pa ne uspemo ustrezno prekontrolirati strokovno napačnih vnosov. Tudi delo v plansko analitskih službah je neprestano podvrženo spremembi zakonodaje, pravilnikov, okrožnic, šifrantov in drugih kontrol, kar še zmanjša količino časa, ki je na razpolago za NSA. Vsi zaposleni se zelo trudimo, da bi motivirali sodelavce za vnos in kontrolo, hkrati pa sodelujemo pri izboljšavah in pohitritvah beleženja.

Še vedno nam veliko težavo predstavljajo tudi drugi stroški, povezani z obravnavo, ki jih informacijsko ne znamo pripeljati na pacienta (npr. laboratorijske preiskave drugih izvajalcev ipd.).

Ob obilici težav, s katerimi se srečujemo, pa izvajalci vidimo prednosti v beleženju na pacienta, saj tako lažje argumentiramo izdane račune, ki niso več zgolj napis SPP primera, uteži, cene in vrednosti, ampak lahko pacientu ali zavarovalnici posredujemo veliko več podatkov o hospitalizaciji in z njo povezanih stroških. Sploh pacienti samoplačniki težko razumejo SPP obračunavanje storitev in se čudijo vrednostim, ki jih prejmejo na računih.

2.3. Izzivi in priložnosti za jutri

Slovenske uteži SPP morajo biti uvedene premišljeno, na podlagi analiz, strokovno utemeljeno in postopno. Postopna uvedba mora dati izvajalcem čas, da se prilagodijo novim utežem.

Izvajalci (predvsem JZZ), ki imamo za opravljanje svoje dejavnosti višje stroške zaradi zagotavljanja dejavnosti 24/365, bi morali biti drugače vrednoteni kot izvajalci, ki teh stroškov nimajo. Prav tako so med nami razlike v organizaciji, učinkovitosti in metodah dela, ki se morajo odražati tudi v SPP izračunu. Pri SPP, pri katerih bodo stroški med izvajalci bistveno različni, predlagamo ponovne preverbe stroškov in ne zgolj izračun mediane ali povprečja. Naj slovenske uteži dejansko odražajo denarni in časovni vložek v posameznega pacienta.

Poseben izziv predstavlja nadaljevanje digitalizacije slovenskega zdravstva, kjer mora biti upoštevan tudi vidik zbiranja podatkov po pa-

cientih, ki je ključnega pomena za nadaljevanje dela na projektu NSA in periodičnem izračunu slovenskih uteži. Zelo si želimo, da bi se v NSA aktivno vključili tudi ostali udeleženci, ki nudijo storitve v zdravstvu, najmanj Zavod za transfuzijsko medicino in vsi laboratoriji, kar bi odražalo dejanske stroške za določene skupine pacientov (običajno bolj kompleksne bolezni in bolj kompleksna diagnostika).

V bodoče si izvajalci želimo, da bi se izračun slovenskih uteži izvajal periodično ter da bi v svoji metodologiji upošteval nove načine zdravljenja, nove klinične poti, robotizacijo in nove diagnostične ter terapevtske postopke. Vpeljava novih tehnologij je dandanes marsikdaj onemogočena, saj ni zagotovljenega vira financiranja. Novi načini zdravljenja pa imajo marsikdaj tudi druge pozitivne vplive na zdravstveno blagajno – krajše bolniške odsotnosti, hitrejšo odkrivanje in hitrejšo zdravljenje ipd.

Kodiranje SPP primerov je poseben izziv za izvajalce, NIJZ in ZZZS. Izvajalci si želimo dodatnih izobraževanj na tem področju z namenom realnega kodiranja SPP primerov. Določena izobraževanja na to temo so že bila, ampak se vprašanja porajajo ob hospitalnih primerih, ki odstopajo. Zelo si želimo, da bi z uvedbo slovenskih uteži imeli tudi sogovornike za vprašanja na temo kodiranja. Samo s pravilnim kodiranjem se lahko izognemo napakam v uvrščanju v SPP utež. Izvajalci vedno podajamo pobude za šolo kodiranja za zdravnike in drugo osebje.

Z letom 2024 se zaključuje NSA v obliki projekta in postaja sestavni del naših rednih nalog. Vključitev v NSA je bila za izvajalce prostovoljna in je bila dodatno financirana. Nadaljnje vključevanje izvajalcev v NSA je odvisno od njihove pripravljenosti zagotoviti kakovostne podatke za izračun uteži SPP. Pri tem jim lahko že sodelujoče bolnišnice pomagamo s svojimi izkušnjami ter jim tako olajšamo pot pridobivanja in poročanja podatkov.

Soavtorja prispevka:

Tatjana Pavlin, Univerzitetni klinični center Ljubljana
Nino Zajc, Splošna bolnišnica Novo mesto

Nino Zajc

Splošna bolnišnica Novo mesto



Spremljanje učinkovite obremenitve zdravnikov – razvoj in pogoji za implementacijo enotne metodologije

Povzetek

V sodobnem zdravstvenem sistemu, kjer se soočamo z naraščajočimi potrebami pacientov in omejenimi viri, postaja spremljanje učinkovite obremenitve zdravnikov ključnega pomena. Prekomerna delovna obremenitev lahko vodi v izčrpanost, kar neposredno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo tako zdravnikov, negovalnega kadra kot pacientov. V tem prispevku bomo predstavili metodologijo spremljanja učinkovite obremenitve zdravnikov v Splošni bolnišnici Novo mesto (v nadaljevanju SB NM) s podatki, ki so nam trenutno na voljo v Bolnišničnem informacijskem sistemu (BIS).

Abstract

In the modern healthcare system, where we are facing with increasing patient needs and limited resources, monitoring the effective workload of doctors is becoming crucial. Excessive workload can lead to exhaustion, which directly affects the quality of medical care and the satisfaction of both doctors, nursing staff and patients. In this paper, we will present the methodology for monitoring the effective workload of doctors in General hospital Novo mesto with the data currently available in our information system.

Merjenje obremenitev zdravstvenega kadra ima dolgo in kompleksno zgodovino, ki odraža razvoj zdravstvenih sistemov ter razumevanje vloge zdravnikov in negovalnega kadra v družbi. Merjenje obremenitev pa ni bilo nikoli sistematično, saj je bilo v 20. stoletju zdravstvo večinoma usmerjeno v obravnavo akutnih stanj, brez podrobnejšega pogleda na organizacijo dela in obremenitve. Različne interesne skupine so pod masko prekomernih obremenitev izvajale meritve s ciljem zasledovanja svoje agende.

Merjenje obremenitev kadra bi morali izvajati neodvisni strokovnjaki s področja naravoslovnih oz. družboslovnih ved, skupaj s strokovnjaki iz strokovnih združenj posameznega področja. Le tako lahko pridemo do realne in nepristranske ocene dejanskih obremenitev.

1. MERJENJE OBREMENITEV ZDRAVNIKOV V SB NM

V SB NM smo prvo merjenje obremenitev zdravnikov izvedli v letu 2017 v okviru vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob. Po koncu projekta smo merjenje opustili, saj je bilo zbiranje podatkov po posameznem zdravniku dolgotrajno. S sistematičnim merjenjem obremenitev zdravniškega kadra (nosilci tima) smo se nato začeli ukvarjati v letu 2020. Sprva je merjenje potekalo zgolj na ravni absolutnih podatkov, brez interpretacije le-teh. Ker je bila obremenitev kadra v času epidemije večkrat izpostavljena kot neživljenjska (tudi na ostalih deloviščih, ki niso bila povezana z epidemijo), smo v SB NM začeli razvijati metodologijo merjenja obremenitev pri zdravniškem kadru z glavnim vodilom, da upoštevamo vse, kar je zabeleženo v BIS.

2. PREDPOSTAVKE IN DOLOČITEV PARAMETROV

Izhajali smo iz dejstva, da poslujemo v sistemu JZZ, kjer smo vsi zaposleni plačani glede na čas prisotnosti. Zaposleni mora na letni ravni opraviti 2088 ur, z vsemi zakonskimi obveznostmi pa mora biti učinkovitega dela 1430 ur (pri zdravnikih radiologih 1254 ur). Učinkovito obremenitev računamo samo v rednem delovnem času

(od 7. do 20. ure), ostali del s pomočjo filtriranja in agregacije podatkov izločimo iz analize.

V SB NM uporabljamo dva izračuna učinkovite obremenitve, ki uporabljata iste parametre. Prvi je namenjen spremljanju obremenitev glede na posameznikovo prisotnost, drugi pa glede na posameznikovo obvezo v JZZ.

2.1 Uporabljeni parametri:

- Delež zaposlitve
- Redno delo (ure) – fond ur
- Odsotnosti (ure)
- Delež zdravnik (koliko tima je bil en zdravnik prisoten)
- Z zakonom odobrene ure (1,5 h) – priprava na delo + malica (0,1825)
- Neposredno mentorstvo
- Delo v UC

Konec meseca od administracije dobimo realizacijo razporeda posameznega oddelka, iz katere je razvidno, kdaj je določena oseba delala v UC. V dnevnikih, ko je bila oseba razporejena v UC, se ji prizna za tisti čas 100-odstotna storilnost; enako velja za npr. delovišče porodne sobe.

- Delo na oddelku

Upoštevali smo normative MK. Torej v internističnih strokah skrbi en zdravnik v RDČ za 7–10 pacientov (7 upoštevamo tam, kjer je obrat postelj višji, npr. krajša ležalna doba, pod 5 dni), pri kirurških strokah pa smo upoštevali, da en zdravnik v RDČ skrbi za 20 pacientov. Če je ležalna doba nižja od povprečne kirurške ležalne dobe (3 dni), je normativ 15 postelj.

Nato za vsak mesec pogledamo ležalno dobo, da določimo normativ (npr. ali je 15 ali 20 dni), in določimo število pacientov, ki bi se v 21. delovnih dneh morali zamenjati (npr. 420). V BIS smo omogočili beleženje dnevnikih pacientov na zdravnika. To v praksi pomeni, da zdravnik, ki je razporejen za delo na oddelku, v sistemu označi, za katere paciente tisti dan skrbi.

- Konziliarni pregledi

V BIS smo omogočili tudi naročanje in evidenciranje izvedbe konziliarnih pregledov. Konec meseca pogledamo, koliko konziliarnih pregledov ima posameznik opravljenih. Vse konziliarne preglede ovrednotimo z 0,5 h (30 minutami).

- Delo v OP

Za posameznega zdravnika pogledamo njegovo delo v operacijski dvorani (upoštevamo tako delo izvajalca kot delo asistenta). Upoštevamo čas rez-šiv, ker pa vemo, da se operacija ne začne z rezom temveč priprava pacienta poteka že prej (ob prisotnosti ali neprisotnosti operaterja), smo se glede na izkustva odločili, da posamezni operaciji (čas rez-šiv) pripišemo še 20 minut. Pri anesteziologih upoštevamo čas začetka anestezije.

- Delo v ambulantni

Pri delu v specialistični ambulantni smo uporabili normativ ZZSZS-ja (Uredba/splošni dogovor/Priloga I), iz katerega se nato jasno izračuna, kolikšen del tima v ambulantni je posameznik realiziral v točkah/pregledih/FD v mesecu. Hkrati spremljamo tudi število FD, prvih in kontrolnih pregledov. Izračun obremenitev spremljamo ločeno za specialistično ambulantno (npr. prvi in kontrolni pregledi) in ločeno za FD.

Za izračun obremenitev po posameznikovi prisotnosti uporabimo formulo:

$$IND\ obremenitev = \frac{\sum(zakon + uc + oddelek + konz + op + amb)}{delež\ zdravnik}$$

Pri drugem izračunu glede na obvezo v JZZ pa uporabimo isto formulo, s tem da upoštevamo v imenovalcu njegovo obvezo do JZZ v tekočem mesecu, z odštetim odmorom za malico (brez enourne priprave na delo).

Prvi izračun bi bil primeren za izračunavanje obremenitev zdravnikov v JZZ, drugi pa za izračun oziroma primerjavo med koncesionarji (delo pretežno prek podjemnih pogodb, s. p. ...).

Neposredna primerjava obremenitev med JZZ in koncesionarji na ta način ni možna, saj je isti zdravnik po prvi metodologiji obremenjen 120-odstotno, po drugi pa 75-odstotno.

3. SWOT ANALIZA UPORABLJENE METODOLOGIJE

3.1 Prednosti

- Enotna metodologija izračuna storilnosti za vse nosilce dejavnosti
- Metodologijo lahko izkoristimo za optimalno razporejanje dela – orodje za srednji menedžment
- Najrealnejši pokazatelj (ob trenutnih zmogljivostih BIS) obremenitve zaposlenih
- Upoštevanje posameznikove obveznosti/prisotnosti v JZZ
- Upoštevanje zakonskih določil

3.2 Slabosti

- Različni viri normativov za posamezno delovišče
- Veliko ročnega dela in s tem tudi več možnosti za napake
- Neupoštevanje kompleksnosti primera oziroma zahtevnosti, npr. pri radiologiji
- Povezovanje podatkov iz številnih informacijskih sistemov
- Neupoštevanje kakovosti obravnave (primer rez-šiv)
- Upoštevanje dela v nadurnem delu, ki ga je nemogoče enostavno ločiti iz skupne realizacije (individualno spremljanje posameznika na dnevni ravni)

3.3 Priložnosti

- Določitev enotnih normativov in standardov
- Primerljivost med bolnišnicami/zasebniki
- Agregacija podatkov v enotni informacijski sistem
- Določitev novih normativov na podlagi standardov dela po 15. členu ZNUZSZS

3.4 Nevarnosti

- Neustreznost obstoječih ZZZS normativov ali odsotnost le-teh (spec. amb) – gastroenterologija (FD), anti-vegf, radiologija
- Nezmožnost vnašanja vseh storitev v BIS
- »Kraja« pacientov – npr. hospital ali da se delo specializantov beleži na specialista

4. ZAKLJUČEK

Obremenitev v JZZ je v veliki meri odraz upoštevanja vseh socialnih pravic (izobraževanje, dopust, priprava na delo ...) in neprimernih normativov oziroma odsotnosti le-teh v JZZ za razliko od zasebnega sektorja. Primerjava dela in s tem storilnosti v JZZ in pri zasebnikih (koncesionarjih) ni mogoča zaradi neprimerljivih pogojev delovanja – po ZGD VS ZZ. Delo po podjemnih pogodbah oziroma s. p. (brez lastnih zaposlenih) pomeni zgolj efektivo brez upoštevanja vseh socialnih pravic, ki jih mora zasledovati javni zavod.

Če želimo začeti enotno meriti obremenitve, moramo v čim večji meri digitalizirati JZZ, kajti trenutni monopolni informacijski sistem je preveč neagilen, kar še dodatno upočasnjuje in otežuje delo na vseh področjih. Nujno bi bilo določiti realne normative za vsa delovišča ter temu tudi prilagoditi financiranje storitev, šele nato bomo lahko začeli implementirati standarde kakovosti v normative in s tem v storitve.

mag. Tomaž Glažar
Zdravstveni dom Idrija



Presežki v zdravstvenih domovih – resnica ali laž?

Povzetek

Uradni podatki kažejo na pozitivno poslovanje zdravstvenih domov v zadnjih treh letih. Poslovni rezultati pa ne odražajo pravega stanja. Večina zdravstvenih domov beleži nižje stroške amortizacije, kot so dejansko nastali. V stroške vključijo samo tisti del amortizacije, ki ga izračunajo iz »priznanih stroškov v prihodkih«. Tega ne predvidevata niti Zakon o računovodstvu niti Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev. Zato so prikazani rezultati poslovanja boljši, kot bi bili ob pravilno prikazanih stroških amortizacije. Pri nekaterih zdravstvenih domovih tak način spremeni negativno poslovanje v pozitivno.

Abstract

Official data indicate positive financial results of health centers in the past three years. However, the financial results do not reflect the true situation. Most health centers report lower depreciation costs than those actually incurred. They include only the portion of depreciation calculated from the "recognized costs in revenues." This is neither assume by the Accounting Act nor by the Regulation on the Method and Rates of Depreciation of Intangible Assets and Tangible Fixed Assets. As a result, the reported financial results appear better than they would be if depreciation costs were accurately reflected. In some health centers, this method turns negative business performance into positive.

1. UVOD

pogosto slišimo očitke, da je osnovno zdravstvo predobro plačano, zato ustvarja dobičke, ki bi jih v bolnišnicah nujno potrebovali. Pri tem se nihče ne vpraša o dobičkih koncesionarjev, vsi vidijo samo presežke v zdravstvenih domovih.

Posledica takšnega razmišljanja je, da odločevalci v zdravstveni politiki ne želijo niti razmišljati o tem, ali so storitve v osnovnem zdravstvu poštено plačane. Pogosto se dogaja, da zdravstveni domovi za izvajanje javne službe ne dobijo pokritih vseh stroškov. Splošni dogovori oziroma v zadnjih letih uredbe skrivajo veliko pasti, na osnovi katerih se zdravstvenim domovom ob koncu leta zmanjšajo prihodki za storitve, ki so jih opravili.

V zvezi s tem si moramo zastaviti vprašanje: Ali so presežki zdravstvenih domov resnični?

Uradna statistična poročila pravijo, da imajo zdravstveni domovi v zadnjih treh letih, v skupnem seštevku, presežek prihodkov nad odhodki. Glede na to, da iz prakse vemo, da del dejansko nastalih stroškov obide rezultat poslovanja, lahko resno podvomimo v statistične podatke o poslovanju zdravstvenih domov. Zato sem se posvetil strošku amortizacije, ki zaradi nepravilne interpretacije Zakona o računovodstvu in Pravilnika o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev v večini izkazov prihodkov in odhodkov ne izkazuje pravega stanja.

Pri odgovoru na to vprašanje sem si pomagal s tako imenovano »Roza knjigo«, ki jo letno izdaja Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. Preučil sem podatke za obdobje od leta 2021 do leta 2023.

Najprej sem predstavil uradne rezultate poslovanja po sprejetih finančnih izkazih, ki so javno objavljeni. V nadaljevanju sem se posvetil prikazovanju stroškov amortizacije po metodah, ki jih uporabljajo zdravstveni domovi v praksi. Pojasnil sem, zakaj je treba posebej izračunavati

strošek amortizacije, ki ni priznan v prihodkih. Pri tem je izpostavljen problem natančnega izračuna tega dela stroškov amortizacije. Posebna pozornost je namenjena dilemi, ali je pravilno, da strošek amortizacije, ki ni pokrit v prihodkih, ni priznan med stroški poslovanja. Predstavljeno je, kako ti nepriznani stroški vplivajo na rezultat. Prikazani so rezultati, kakršni bi bili v primeru, če bi upoštevali celotne stroške amortizacije v poslovnem rezultatu. Zastavljeno je vprašanje, komu pravzaprav odgovarja, da so rezultati v zdravstvenih domovih boljši, kot bi bili, če bi v rezultatu upoštevali strošek amortizacije v celoti. Za boljšo ponazoritev problema je v nadaljevanju v celoti predstavljena analiza objavljenih podatkov o rezultatih poslovanja zdravstvenih domov za zadnjih 10 let in rezultatih, ki so jih dejansko imeli zdravstveni domovi v tem obdobju.

2. KAJ NAM KAŽEJO URADNI PODATKI

V letu 2021 je skupni presežek prihodkov nad odhodki, pred odbitkom davka na dohodek pravnih oseb, znašal 56.291.667 EUR¹. Noben zdravstveni dom ni posloval s primanjkljajem.

Podobna slika se kaže v letu 2022, le da je skupni presežek nižji od leta 2021. Skupni presežek prihodkov nad odhodki zdravstvenih domov, pred odbitkom davka na dohodek pravnih oseb, je v tem letu znašal 28.468.591 EUR². Tudi v tem letu noben zdravstveni dom ni posloval s primanjkljajem. Nobena skrivnost ni, da je bilo uspešno poslovanje v letu 2021 in delno v letu 2022 rezultat prihodkov iz naslova pandemije covida-19.

V letu 2023 se je slika nekoliko spremenila, saj so nekateri zdravstveni domovi že poslovali negativno oziroma imeli višje odhodke kot prihodke. Kljub temu je skupni rezultat vseh zdravstvenih zavodov pozitiven, in sicer v višini 18.476.735 EUR³.

¹ de Gleria et al., Podatki in kazalci (2022), str. 15.

² de Gleria et al., Podatki in kazalci (2022), str. 15.

³ de Gleria et al., Podatki in kazalci (2023), str. 15.

3. KAKO ZDRAVSTVENI DOMOVI IZRAČUNAVAJO STROŠKE AMORTIZACIJE

Stroški amortizacije predstavljajo približno 3 % vseh stroškov v zdravstvenih domovih. Tako majhna skupina stroškov običajno ni deležna posebne pozornosti poslovodstev zdravstvenih domov in tudi tistih, ki jih izračunavajo.

V računovodstvih ob zaključku leta izračunajo najprej celotni strošek amortizacije. Nato izračunajo tisti del stroška amortizacije, ki je priznan v prihodkih. Uporablja se sicer izraz »strošek amortizacije v cenah storitev«, ki pa se ne ujema z izračunom. V ceni je opredeljen strošek amortizacije na enoto, v prihodkih pa naj bi bila znana vrednost amortizacije za več enot ali njihove deleže.

Prva težava nastane pri prihodkih iz tržne dejavnosti, saj marsikje ne vedo, kakšen strošek amortizacije je upoštevan pri kalkulacijah lastne cene. Zato nekateri pri izračunu enostavno ne upoštevajo stroška amortizacije v prihodkih iz tržne dejavnosti. Drugi izračunajo strošek amortizacije v prihodkih sorazmerno s priznanjem stroškov amortizacije v prihodkih javne službe. Seveda se najdejo tudi bolj »inovativne« rešitve, kot je na primer ocena »čez palec«. Zelo redki lahko prikažejo pravi strošek amortizacije v prihodkih tržne dejavnosti, za kar morajo imeti izdelane ustrezne izračune lastne cene.

Težave nastanejo tudi pri izračunu stroška amortizacije za storitve javne službe. Priznani stroški amortizacije v cenah storitev so opredeljeni za večino zdravstvenih storitev, ki jih opravljajo v zdravstvenih domovih. Ne pa vseh, kot je to na primer pri patronažni službi ali pnevmologiji. Ti stroški amortizacije se običajno ne upoštevajo pri izračunih, ker niso znani.

V preteklosti se je pogosto dogajalo, da pri postavljanju normativnih cen za zdravstvene storitve ni bila upoštevana revalorizacija, preko katere se prilagajajo cene zdravstvenih storitev rasti stroškov inflacije. Na ta način se večja razlika med vrednostjo stroškov amortizacije v cenah in dejanskimi stroški amortizacije.

Realna vrednost stroškov amortizacije v cenah se je samo v letu 2023 znižala za 4,2 %.

Ko v zdravstvenih domovih izračunajo vrednost stroška amortizacije v prihodkih, jih večina zniža stroške amortizacije na strošek amortizacije v prihodkih, če je ta strošek nižji od obračunega. Za razliko pa neposredno zmanjšajo obveznost za opredmetena osnovna sredstva in neopredmetena sredstva, prejeta v upravljanje. Takšno rešitev so računovodje v preteklosti spoznali na predavanjih in iz strokovne literature. Tako avtorica, v eni od najbolj razširjenih revij za računovodje, navaja: »V podskupini 462 se izkazuje tudi zmanjšanje stroškov amortizacije na kontu 4692, ki se nadomešča v breme ustreznih obveznosti do virov sredstev.« V nadaljevanju pojasni: »Pokrivanje amortizacije v breme obveznosti za opredmetena osnovna sredstva in neopredmetena sredstva, prejeta v upravljanje, knjiži na konto 980/4629«⁴. Poenostavljeno povedano se za razliko stroški amortizacije zmanjšajo na račun zmanjšanja obveznosti do ustanoviteljev, ki so dali zdravstvenemu domu sredstva v upravljanje. Na ta način v zdravstvenih domovih in drugih javnih zdravstvenih zavodih že leta prikazujejo prenizko vrednost stroška amortizacije. S tem višajo vrednost poslovnega izida.

4. ZAKAJ JE POTREBEN IZRAČUN »PRIZNANE AMORTIZACIJE V CENAH« STORITEV

Zakon o računovodstvu (v nadaljevanju Zakon) ne opredeljuje potrebe po izračunu priznane amortizacije v cenah storitev. V prvem odstavku 15. člena pravi, da se prihodki in odhodki razčlenjujejo v skladu z določbami tega zakona in predpisi, izdanimi na njegovi podlagi, ter računovodskimi standardi. Za javne zavode velja, da se prihodki in odhodki priznavajo v skladu z računovodskimi standardi.⁵

⁴ Jana Trbižan: *Končni obračun amortizacije v javnem sektorju* (2022), str. 50.

⁵ *Zakon o računovodstvu* (1999).

Zakon v 44. členu predpisuje, da uporabniki enotnega kontnega načrta, ki pridobivajo prihodke iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu in drugih neproračunskih virov, odpis opreme in drugih opredmetenih osnovnih sredstev opravijo v breme prihodkov kot strošek amortizacije. Zakon za javne zdravstvene zavode ne predvideva kakršnekoli druge možnosti razen te, da morajo sredstva obračunane amortizacije, ki se zagotavljajo iz prihodkov za opravljanje javne službe, izkazati ločeno.⁶

Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev (v nadaljevanju Pravilnik) v 10. členu pravi, da določeni uporabniki enotnega kontnega načrta, torej tudi javni zdravstveni zavodi, pokrivajo stroške amortizacije v breme ustreznih obveznosti do virov sredstev, če strošek amortizacije ni vračunan v ceno proizvoda ali storitve ali če ne pridobijo iz sredstev javnih financ denarnih sredstev za kritje stroškov amortizacije. Stroški amortizacije osnovnih sredstev, pridobljenih iz donacij, se nadomestijo v breme dolgoročnih pasivnih časovnih razmejitev, oblikovanih iz naslova donacij.⁷

Pri razlagi 10. člena pravilnika moramo upoštevati sledeče:

1. Pravilnik določa, da bi bilo treba ugotoviti strošek amortizacije, ki ni vračunan v ceno proizvoda in storitev ali zavod ne pridobi denarnih sredstev iz javnih financ za kritje stroškov amortizacije. To pa je v primeru javnih zdravstvenih zavodov možno samo takrat, ko osnovna sredstva niso več v uporabi. Stroški amortizacije teh sredstev niso vezani na prihodke iz opravljanja storitev. Ostala oprema ali zgradbe so v posredni ali neposredni zvezi s pridobivanjem prihodkov. 15. člen Zakona pravi, da je za uporabnike enotnega kontnega načrta, ki pridobivajo prihodke iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu in drugih neproračunskih virov, določeno, da se prihodki in odhodki priznavajo v skladu z računovodskimi standardi.⁸ Slovenski računovodski standardi v 1.21 točki pravijo: »Stroški amortizacije se pripoznavajo na podlagi doslednega razporejanja amortizirljivih zneskov opred-

metenih osnovnih sredstev po posameznih obračunskih obdobjih, v katerih iz njih izhajajo gospodarske koristi.«⁹ To pomeni, da se mora kot strošek amortizacije priznati vsaka poraba dolgoročnih sredstev, ki ustvarja prihodke. To velja tudi za stroške amortizacije osnovnih sredstev, pridobljenih iz donacij.

2. Pravilnik nič ne govori o tem, da se strošek amortizacije, ki ni vračunan v ceno proizvoda ali storitve, ne bi upošteval kot strošek poslovanja. Na osnovi Slovenskih računovodskih standardov je treba med stroške priznati tudi stroške amortizacije, ki niso vračunani v ceno storitev.¹⁰ To pa pomeni, da se morajo vsi stroški amortizacije priznati kot stroški in se jih ne sme zniževati neposredno na račun virov sredstev. To velja tudi za stroške amortizacije od sredstev, pridobljenih z donacijami. Slovenski računovodski standardi pravijo: »Pasivne časovne razmejitve, oblikovane na podlagi donacij, prejetih za pridobitev osnovnih sredstev, se porabljajo skladno z obračunano amortizacijo teh sredstev.«¹¹ To pomeni, da se v stroških prizna tudi tisti del amortizacije, ki nastane zaradi doniranih sredstev.
3. Pravilnik ne opredeli, razen pri donacijah, v breme katerega ustreznega vira sredstev naj bi se pokrival strošek amortizacije. Kot vir sredstev bi bil lahko tekoči presežek prihodkov nad odhodki, presežek prihodkov iz preteklih let ali drugi viri sredstev.

Moram upoštevati navedena dejstva, sicer bi Pravilnik neprimerno posegal v določila Zakona. V tem primeru 10. člen Pravilnika ne bi veljal. Izračunavanje »priznane amortizacije v

⁶ Zakon o računovodstvu (1999).

⁷ Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev (2005).

⁸ Zakon o računovodstvu (1999).

⁹ Slovenski računovodski standardi (2023), 1.21.

¹⁰ Slovenski računovodski standardi (2023), 1.54.

¹¹ Slovenski računovodski standardi (2023), 11.28.

cenah» storitev je nepotrebno. Namesto tega bi morali ugotavljati strošek amortizacije, ki ni vračunan v ceno proizvoda in storitev ter izhaja iz dolgoročnih sredstev, ki niso v uporabi.

5. KAJ POMENI ZA POSLOVNI IZID NEPRAVILNO UPOŠTEVANJE STROŠKA AMORTIZACIJE

Tisti zdravstveni domovi, ki ugotavljajo strošek priznane amortizacije v prihodkih, lahko dobijo izračun, ki je nižji, višji ali enak obračunani amortizaciji. Ker pravilnik ne govori o priznani amortizaciji v cenah storitev, ne obravnava primerov, ko je ugotovljena amortizacija v cenah storitev višja od obračunane vrednosti amortizacije. Po analogiji uveljavljene prakse bi zdravstveni domovi morali povečati obveznosti do virov sredstev za to razliko. Toda v takih primerih se je uveljavila praksa, da se upošteva dejansko obračunana vrednost stroška amortizacije.

Če je strošek priznanega stroška amortizacije nižji, kot je obračunan strošek amortizacije, večina zdravstvenih domov v stroških upošte-

va samo nižjo vrednost. Na ta način prikazujejo boljši rezultat, kot so ga ti zdravstveni domovi dejansko dosegli. Po podatkih iz »Roza knjige« so samo štirje zdravstveni domovi, ki pravilno obračunavajo amortizacijo v zadnjih treh letih.¹²

To so:

- Zdravstveni dom Metlika,
- SŽ – Železniški zdravstveni dom Ljubljana,
- Zdravstveno-reševalni center Koroške in
- Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica.

Večina ostalih pri stroških upošteva vrednost stroška amortizacije v prihodkih, če je ta nižja od obračunane, ne pa vsi. Nekateri iz leta v leto spreminjajo metodo priznavanja stroška amortizacije. Zaradi strokovno neprimerne prikazovanja stroška amortizacije so prikazani poslovni rezultati boljši, kot bi bili, če bi bil strošek amortizacije pravilno zabeležen v izkazih prihodkov in odhodkov. V *Tabeli 1* so prikazane te razlike.

Tabela 1: Prikaz razlik med prikazanim stroškom amortizacije v IPO in dejanskimi stroški amortizacije

Leto	2021	2022	2023
Prikazana AM v IPO	23.488.927,00 €	24.848.112,00 €	26.456.061,00 €
Obračunana AM	26.257.363,28 €	28.544.935,71 €	32.029.143,60 €
Razlika	- 2.768.436,28 €	- 3.696.823,71 €	- 5.573.082,60 €
Presežki v IPO	56.291.667,00 €	28.468.591,00 €	18.476.735,00 €
Dejanski presežki	53.523.230,72 €	24.771.767,29 €	12.903.652,40 €

¹² de Gleria et al., *Podatki in kazalci* (2022 in 2023), str. 15.

Tabela 2: Zdravstveni domovi, ki imajo prikazan presežek prihodkov namesto presežka odhodkov v letu 2022

Zdravstveni dom	AM v IPO	Obrač. AM	Pres. v IPO	Dej. pres.
ZD Piran	132.002,00 €	396.758,77 €	86.773,00 €	- 177.983,77 €
ZD Sežana	297.030,00 €	421.876,00 €	84.142,00 €	- 40.704,00 €
ZD dr. Janeza Oražma Ribnica	241.477,00 €	291.291,41 €	21.389,00 €	- 28.425,41 €
ZD Hraštnik	103.720,00 €	131.416,00 €	9.095,00 €	- 18.601,00 €
ZD Ajdovščina	399.438,00 €	416.293,00 €	16.353,00 €	- 502,00 €

Tabela 3: Zdravstveni domovi, ki imajo prikazan presežek prihodkov namesto presežka odhodkov v letu 2023

Zdravstveni dom	AM v IPO	Obrač. AM	Pres. v IPO	Dej. pres.
ZD Piran	130.952,00 €	452.312,56 €	5.881,00 €	- 315.479,56 €
ZD Sežana	323.904,00 €	456.016,00 €	130.050,00 €	- 2.062,00 €
ZD Laško	153.127,00 €	168.421,00 €	5.740,00 €	- 9.554,00 €
Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj	2.904.203,00 €	3.151.637,00 €	72.798,00 €	- 174.636,00 €
ZD Brežice	343.484,00 €	513.108,00 €	67.291,00 €	- 102.333,00 €
ZD Krško	216.490,00 €	599.696,03 €	122.541,00 €	- 260.665,03 €
ZD Litija	236.681,00 €	398.110,35 €	89.888,00 €	- 71.541,35 €
ZD Zagorje	232.106,00 €	268.214,00 €	1.109,00 €	- 34.999,00 €
ZD dr. Božidarja Lavriča - Cerknica	222.282,00 €	411.538,00 €	175.451,00 €	- 13.805,00 €
ZD Slovenska Bistrica	296.720,00 €	445.871,00 €	125.755,00 €	- 23.396,00 €
ZD Črnomelj	241.470,00 €	319.071,00 €	8.287,00 €	- 69.314,00 €

Nekateri zdravstveni domovi so v zadnjih dveh letih na račun nepravilno prikazanega stroška amortizacije zabeležili presežke prihodkov nad odhodki, čeprav je bilo dejansko poslovanje negativno. V Tabelah 2 in 3 so prikazani zdravstveni domovi, ki bi v letih 2022 morali beležiti negativni rezultat namesto pozitivnega.

Število takih zdravstvenih domov se je v letu 2023 več kot podvojilo glede na leto 2022. Pri tem moramo upoštevati, da so nekateri zdravstveni domovi iz Tabele 2 v letu 2023 poslovali negativno, kljub temu da pri izkazu niso upoštevali pravega stroška amortizacije in zato niso upoštevani v Tabeli 3.

6. KOMU ODGOVARJAJO VIŠJI PRESEŽKI ZDRAVSTVENIH DOMOV

Previsoko izračunani presežki odgovarjajo Finančnemu uradu Slovenije oziroma Ministrstvu za finance. Zdravstveni dom mora od presežka prihodkov nad odhodki plačati davek na dohodek pravnih oseb. Višji ko je presežek, več davka je treba plačati. Preveč plačani davek od dohodka pravnih oseb pomeni, da so javna sredstva, ki so bila namenjena zdravstvu, prenešana za druge namene.

Interes, da so presežki zdravstvenih domov prikazani čim višje, imata tudi Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Na osnovi prikazanih rezultatov imata v rokah argument, da so storitve v zdravstvenih domovih dobro plačane. Menijo, da bi zaradi presežkov morali cene še znižati.

Zato, da zdravstveni dom posluje pozitivno, so zainteresirani tudi direktorji. Po eni strani je pozitivno poslovanje pogoj za izplačilo nagrad

direktorjem, po drugi strani pa marsikje tudi zagotovilo, da bo direktor ponovno imenovan po preteku mandata.

Vsi zgoraj naštetí interesi so kratkoročne narave. Gledati pa moramo na dolgoročni razvoj in obstoj osnovnega zdravstva, zato je nujno v vseh javnih zdravstvenih zavodih uvesti pravilen in pošten prikaz stroškov amortizacije.

7. ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da večina zdravstvenih domov v izkazu prihodkov in odhodkov zabeleži manj stroškov amortizacije, kot jih dejansko nastane v tekočem letu. Večina zabeleži samo tisti del stroška amortizacije, ki je vračunan v ceno storitev, v primeru, da je njihova vrednost nižja od obračunane. Stroška amortizacije v ceni storitev praviloma ni možno natančno izračunati, zato so tudi ti podatki nenatančni. Za razliko neposredno znižajo obveznost za opredmetena osnovna sredstva in neopredmetena sredstva. Ker so v izkazih nižji stroški, kot bi morali biti, je izkaz boljši, kot je v resnici.

Pravilni rezultat izkazujejo samo tisti, ki izkazujejo celotno obračunano amortizacijo v stroških. Ti so v manjšini, zato za celotno skupino zdravstvenih domov velja, da prikazujejo boljši rezultat, kot bi ga morali. Torej velja, da so prikazani presežki prihodkov nad odhodki v dejavnosti laž. Resnični so samo pri manjšini posameznih zdravstvenih domov, ki spoštujejo računovodska načela in standarde ter znajo pravilno brati Zakon o računovodstvu in Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev.

8. LITERATURA IN VIRI

1. *Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev*, Uradni list RS, št. 45/05, 138/06, 120/07, 48/09, 112/09, 58/10, 108/13 in 100/15, 2005, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV6653>
2. SLOVENSKI RAČUNOVODSKI STANDARDI (2024), Uradni list RS 129/23, Slovenski inštitut za revizijo, 2023.
3. Tanja de Gleria et al.: PODATKI IN KAZALCI POSLOVANJA JAVNIH ZDRAVSTVENIH DOMOV SLOVENIJE ZA LETO 2022, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Ljubljana, 2023.
4. Tanja de Gleria et al.: PODATKI IN KAZALCI POSLOVANJA JAVNIH ZDRAVSTVENIH DOMOV SLOVENIJE ZA LETO 2023, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Ljubljana, 2024.
5. Trbižan Jana: KONČNI OBRAČUN AMORTIZACIJE V JAVNEM SEKTORJU, Revija za računovodstvo, davščine in finance – IKS 01, Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije, Ljubljana, 2022.
6. ZAKON O RAČUNOVODSTVU, Uradni list RS, št. 23/99, št. 30/02, 1999, <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1597>

BELEŽKE

[illegible]

Hajdi Kosednar
Nacionalni inštitut za javno zdravje



Izzivi implementacije novega pravilnika v eNaročanju

Povzetek

Novi Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, ki prinaša pomembne spremembe, je stopil v veljavo 1. avgusta 2024. Spremembe je treba implementirati v nacionalni rešitvi eNaročanje in v lokalnih informacijskih sistemih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki so integrirani z eNaročanjem. Ključne spremembe vključujejo novo definicijo nedopustno dolgo čakajočega pacienta, najdaljšo dopustno čakalno dobo za stopnjo nujnosti »zelo hitro« 30 dni, v primeru suma na maligno diagnozo pa 15 dni, ter omogočanje reaktivacije naročila v primeru odpovedi zaradi pacienta, ki ni prišel na termin.

Ključne besede: eZdravje, čakalne dobe, digitalna preobrazba zdravstva

Abstract

The new Regulation on appointments and managing waiting lists and maximum permissible waiting times, which brings significant changes, came into effect on August 1, 2024. The changes need to be implemented in the national eAppointment solution and in local information systems at healthcare providers integrated with eAppointment. Key changes include a new definition of an unacceptably long-waiting patient, a maximum permissible waiting time of 30 days for the "very urgent" priority level, 15 days in case of suspected malignant diagnosis, and the possibility of reactivating an order in case of cancellation due to the patient not showing up for the appointment.

Keywords: eHealth, waiting periods, digital transformation of healthcare

1. UVOD V eNAROČANJE

V sklopu projekta eZdravje je bila vzpostavljena in od začetka leta 2016 postopno na nacionalni ravni uvedena rešitev eNaročanje, ki omogoča izdajo elektronskih napotnih listin, izvedbo elektronskega naročanja ter spremljanje čakalnih seznamov in čakalnih dob za zdravstvene storitve. Z uvedbo sistema eNaročanje se podatki o prvih prostih terminih in čakalnih dobah tekoče osvežujejo. Prvi prosti termini oziroma čakalne dobe se na spletnih straneh samodejno posodablajo vsako uro. Pacienti lahko do teh podatkov kadarkoli dostopajo prek spletnega portala zVEM (<https://zvem.ezdrav.si>) oziroma spletne strani Čakalne dobe (<https://cakalnedobe.ezdrav.si/>). V septembru 2024 je bilo s sistemom eNaročanje povezano 1169 izvajalcev zdravstvene dejavnosti, kar vključuje praktično vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki delujejo v javni mreži. Od tega 275 ustanov deluje v načinu stalne dostopnosti (bolnišnice, zdravstveni domovi), 677 pa v načinu z vklopom in izklopom (koncesionarji). Neaktivnih izvajalcev oz. takih, ki se v septembru niso povezovali s sistemom eNaročanje, je bilo 217.

V sistemu eNaročanje se zbirajo podatki za bistveno več storitev kot pred njegovo uvedbo. Za vsako od navedenih storitev obstaja čakalna doba in število čakajočih pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki te storitve izvajajo. To seveda pomeni več možnosti za izvedbe potrebnih analiz podatkov na strani odločevalcev, za pacienta pa prav tako bolj točno informacijo o pričakovanem terminu za izvedbo posega.

Trenutna veljavna različica šifranta vrst zdravstvenih storitev (VZS) z oznako 16.1, ki velja od 1. julija 2024 in je na voljo v <https://nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/sifrant-vrst-zdravstvenih-storitev-vzs/>, vsebuje 2.525 šifer vrst zdravstvenih storitev. Predmet spremljanja čakalnih seznamov je 2.074 vrst zdravstvenih storitev. Za vse te storitve informacijski sistemi izvajalcev zdravstvene dejavnosti posredujejo podatke o prvih prostih terminih in številu čakajočih v sistem eNaročanja.

V šifrantu vrst zdravstvenih storitev (VZS), ki opredeljuje storitve v eNaročanju, se lahko pacient z izdano e-napotno listino od skupno 2.525 storitev elektronsko naroči na 734 storitev, na dodatnih 66 storitev pa pacienta prek svojega informacijskega sistema lahko naroči le zdravnik specialist. Elektronsko se v tem trenutku ni mogoče naročiti na operacije, najbolj zahtevne diagnostične preiskave (kjer pred naročanjem želijo od pacienta pridobiti še veliko dodatnih informacij, za kar potrebujejo osebni stik s pacientom) in na kontrolne preglede (kjer velja, da se pacienta naroča glede na medicinsko indikacijo). Nabor storitev, na katere je možno e-naročanje, pa tudi vsebina in nabor storitev, ki so v šifrantu VZS, se določa v sodelovanju z zdravniško stroko, natančneje prek Razširjenih strokovnih kolegijev (RSK).

Podatki, zbrani z eNaročanjem, so (oz. pri nekaterih izvajalcih zdravstvene dejavnosti šele bodo) bistveno bolj kakovostni kot pred njegovo uvedbo, saj bolj verodostojno odražajo stanje na področju čakalnih dob v Sloveniji.

Trenutno stanje sistema eNaročanje v kontekstu spremljanja čakalnih dob

V septembru 2024 je bilo v sistemu eNaročanje 398.956 izdanih e-napotnih listin, ustvarjenih pa je bilo 671.416 e naročil. Nacionalna rešitev eNaročanje deluje nemoteno v sklopu eZdravja, skladno s principi upravljanja se redno vzdržuje in optimizira ter prilagaja potrebam uporabnikov in njihovim vrstam storitev. Vse težave in izpadi delovanja se v sodelovanju s skrbniki in vzdrževalci sistema poskušajo odpraviti v najkrajšem možnem času. Kvaliteta poročenih podatkov v sistemu eNaročanje se opazno izboljšuje.

Izboljšave sistema eNaročanje na področju spremljanja čakalnih dob so zagotovo možne pri objavi natančnejših in zanesljivejših podatkov ter celovitejših naborov zdravstvenih storitev. Poudariti pa velja, da informacijski sistemi na nacionalni ravni ne morejo rešiti morebitnih obstoječih procesnih in organizacijskih težav na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Tedensko poročilo o čakalnih dobah pripravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) za izbran nabor vrst zdravstvenih storitev. Poročila so na voljo v <https://nijz.si/cakalne-dobe/tedenska-porocila-o-cakalnih-dobah/>¹.

Prikazani so naslednji podatki:

- Podatki o povprečnih čakalnih dobah na prvi prosti termin, ločeno po stopnjah nujnosti. Prikazano je število čakajočih, kot tudi število tistih, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo.
- Opomba: Pri čakajočih nad dopustno čakalno dobo niso šteta naročila z oznako kontrolnega pregleda, medicinske indikacije, oznako prestavljenega ali kasnejšega termina na željo pacienta in lastno izbiro pacienta po določenem zdravniku.
- Aktualno stanje čakalnih dob na prve proste termine. Prikazanih je 10 najdaljših in 10 najkrajših povprečnih čakalnih dob, ločeno glede na tip storitve in ločeno po vseh stopnjah nujnosti.
- Aktualno stanje števila čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Podatki so prikazani glede na stopnjo nujnosti, tip zdravstvene storitve in vrsto izvajalca zdravstvene dejavnosti. Prav tako je za vsak tip zdravstvene storitve prikazano 10 storitev, kjer je število čakajočih nad dopustno čakalno dobo največje.
- Trend števila tistih, ki so bili zadnji teden vpisani na čakalni seznam, tistih, ki so imeli zadnji teden datum termina, tistih, ki so storitev opravili, in tistih, ki jim je bila storitev preklicana. Poleg tega je dodan tudi podatek o številu vseh ustvarjenih naročil. Podatki so prikazani dnevno za čas zadnjega tedna, ločeno glede na tip zdravstvene storitve.
- Trendi v številu čakajočih in številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo za obdobje zadnjih 4 tednov oziroma meseca dni. Podatki so prikazani ločeno glede na tip zdravstvene storitve.

2. OSNOVNI POJMI V eNAROČANJU slovar

- eNaročanje je informacijski sistem za namene elektronske napotitve in elektronskega naročanja na zdravstvene storitve iz primarne na sekundarno in terciarno raven ter znotraj sekundarne in terciarne ravni;
- e-naročanje je elektronski način naročanja pacienta na zdravstveno storitev;
- e-napotnica je elektronska različica dokumenta napotnica;
- e-delovni nalog je elektronska različica dokumenta delovni nalog;
- e-naročilo je pacientu dodeljen termin za izvedbo zdravstvene storitve, predpisane z e-napotno listino;
- IDT je edinstveni identifikator naročila;
- čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti;
- e-čakalni seznam je sistem centralnih naročil pacientov za zdravstvene storitve pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti;
- čakalna doba je v dneh izraženo obdobje od datuma vpisa na čakalni seznam do datuma dejanske izvedbe zdravstvene storitve;
- nedopustno čakajoča oseba (pred 1. 8. 2024) je oseba, ki čaka nad dopustno dolgo čakalno dobo takoj, ko je vpisana v čakalni seznam, v kolikor je dodeljeni termin ali okvirni termin kasnejši od najdaljše dopustne čakalne dobe;
- po 1. 8. 2024 oseba postane nedopustno čakajoča z dnem, ko število dni od uvrstitve na čakalni seznam preseže najdaljšo dopustno čakalno dobo;

¹ Z novim Pravilnikom o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 60/2024) se je spremenila tudi metodologija izračuna čakajočih nad dopustno čakalno dobo, kar podrobneje opredeljuje 9. odstavek 8. člena Pravilnika.

- lokalni informacijski sistem je programska rešitev, ki je nameščena pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, uporablja pa se za izdajo e-napotnih listin in e-naročanje pacientov;
- BI (Business Intelligence) je orodje za poslovno in podatkovno analitiko, namenjeno analizi podatkov v eNaročanju, pripravi poročil o čakalnih dobah, številu čakajočih in številu nedopustno dolgo čakajočih pacientov.
- RIZDDZ je Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, več informacij v <https://nijz.si/informatika-v-zdravstvu/rizddz-register-izvajalcev-zdravstvene-dejavnosti-in-delavcev-v-zdravstvu/>.
- RDSP je Register demografskih in statusnih podatkov pacientov, ki vsebuje verificirane kontaktne podatke pacienta;
- RSK je Razširjen strokovni kolegij, najvišji strokovni organ na posameznem medicinskem področju, katerega naloga je oblikovanje strokovnih doktrin;
- CRPP je Centralni register podatkov o pacientih;
- IKLIB je skupna programska knjižnica za integracijo z eNaročanjem;
- zVEM je portal za paciente in enotna vstopna točka za rešitve eZdravja.

3. ZGODOVINA PRAVILNIKA O NAROČANJU IN UPRAVLJANJU ČAKALNIH SEZNAMOV TER NAJDALJŠIH DOPUSTNIH ČAKALNIH DOBAH

Ministrstvo za zdravje je kmalu po uvedbi eNaročanja prepoznalo potrebo, da naročanje na zdravstvene storitve in upravljanje čakalnih seznamov natančneje uredi s pravilnikom, ki je v prvi različici stopil v veljavo 21. januarja 2018 (Uradni list RS, št. 3/2018).

Takrat se je prenehal uporabljati Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10 in 55/17 – ZPacP-A), ki je to področje urejal pred tem.

Sledile so naslednje spremembe pravilnika v času epidemije covid-19:

- Pravilnik o spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 201/20 z dne 29. 12. 2020),
- Pravilnik o spremembah Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 103/21 z dne 30. 6. 2021),
- Pravilnik o dopolnitvi in spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 132/22 z dne 14. 10. 2022).

Novi Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, ki prinaša pomembne spremembe, je bil dne 19. 7. 2024 objavljen v Uradnem listu RS, št. 60/2024, in je stopil v veljavo 1. avgusta 2024. Na voljo je v <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2024-01-2089>.

4. NADGRADNJE eNAROČANJA NA OSNOVI NOVEGA PRAVILNIKA

Na podlagi novega Pravilnika je v eNaročanju pripravljen osnutek nadgradenj, ki bodo imele neposreden vpliv na delovanje eNaročanja, poročanje čakalnih dob, števila čakajočih in števila nedopustno dolgo čakajočih pacientov.

Vse navedene nadgradnje se bodo izvedle samo v različici V3 eNaročanja.

3. odstavek 5. člena Pravilnika – načini naročanja na zdravstvene storitve

(3) Elektronsko naročanje na zdravstvene storitve, za katere se zahteva napotna listina ali se v skladu s predpisi, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, pacienta v čakalne seznime na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti lahko uvrsti brez napotne listine, izvajalec zagotavlja prek zVEM ali elektronske pošte. Za vrste zdravstvenih storitev, kjer je to mogoče, izvajalec poleg načinov iz prejšnjega stavka zagotavlja elektronsko naročanje prek sistema eNaročanje. Vrste zdravstvenih storitev, za katere izvajalec zagotavlja sprejem naročil prek

sistema eNaročanje, objavi NIJZ v šifrantu vrst zdravstvenih storitev na svoji spletni strani.

Nadgradnja eNaročanja:

Za vrste zdravstvenih storitev, na katere se pacient ne more naročiti sam, je treba v portalu za naročanje pripraviti nadgradnjo, ki bo pacienta usmerila v portal zVEM. Pričakuje se, da bo portal zVEM komuniciral z lokalnimi informacijskimi sistemi v sklopu nadgradenj zVEM.

8. odstavek 5. člena Pravilnika – načini naročanja na zdravstvene storitve

(8) Kadar se pacient na zdravstveno storitev naroča na podlagi napotne listine v papirni obliki (osebno naročanje oziroma naročanje po pošti), izvajalec zabeleži datum prejema napotne listine.

Nadgradnja eNaročanja:

Dodati je treba polje za vnos datuma prejema napotne listine (informacija o datumu, kdaj je zdravstveni delavec prejel papirno napotno listino). Ta nadgradnja se bo izvedla ob načrtovani naslednji nadgradnji skupne programske knjižnice IKLIB.

1. odstavek 6. člena Pravilnika – postopek naročanja na zdravstveno storitev

(1) Izvajalec, v okviru katerega se izda napotna listina, pacientu ponudi možnost, da ga naroči prek sistema eNaročanja na zdravstveno storitev, za katero obstaja možnost eNaročanja, na prvi prosti termin ali okvirni termin pri izvajalcu, ki ga izbere pacient, pri čemer pacientu prednostno ponudi izvajalce, ki ne presegajo najdaljše dopustne čakalne dobe. Pacient lahko možnost, da ga naroči izvajalec, odkloni.

Nadgradnja eNaročanja:

Omogočena je vizualizacija najboljšega termina na spletu: v prvem koraku naročanja prek spleta je dodana oznaka za tiste ustanove, ki nudijo najboljše termine, in ustrezajo dovoljeni čakalni dobi. Oznaka je dodana tudi za ponujene termine v drugem koraku naročanja, ko se prikažejo dejanski termini izbrane ustanove. Dodano je pojasnilo: »* Termin je znotraj dovoljene čakalne dobe«. Enako velja za točne in okvirne termine.

3. odstavek 6. člena Pravilnika – postopek naročanja na zdravstveno storitev

(3) Izdajatelj napotne listine napotno listino izpolni z napotno diagnozo, vrsto zdravstvene storitve in strokovno obrazložitvijo ter ji priloži vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na pacientovo zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve. Kot posredovanje zdravstvene dokumentacije iz prejšnjega stavka se šteje objava pacientove dokumentacije v CRPP ob navedbi na napotni listini, da je dokumentacija v CRPP. Izvajalec napotne listine v elektronski obliki ne sme izdati pacientu, ki nima v CRPP vpisanega vsaj enega od kontaktnih podatkov.

Nadgradnja eNaročanja:

Kontrola kontaktnih podatkov pacienta se bo najprej uvedla za elektronski delovni nalog za fizioterapijo, naknadno pa tudi za elektronsko napotnico. Izdaja e-delovnega naloga za fizioterapijo ne bo možna brez vnosa kontaktnih podatkov pacienta, ki se bodo črpali iz demografskega strežnika RDSP (Register demografskih in statusnih podatkov pacientov).

4. odstavek 6. člena Pravilnika – postopek naročanja na zdravstveno storitev

(4) Kadar je napotna listina tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da pacienta ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotne listine, pooblaščen oseba za čakalni seznam pacienta ne uvrsti na čakalni seznam in v treh delovnih dneh od prejema napotne listine izdajatelju napotno listino posreduje v dopolnitev prek zVEM. Če izdajatelj v treh delovnih dneh napotne listine ne dopolni, se pacienta ne uvrsti v čakalni seznam, napotna listina se vrne izdajatelju in o tem obvesti pacienta. Kadar izvajalec presodi, da vrsta zdravstvene storitve na napotni listini ni ustrezno določena, je pa ustrezna vrsta zdravstvene storitve razvidna iz drugih podatkov na napotni listini ali spremljajoče dokumentacije, pacienta uvrsti na čakalni seznam za ustrezno zdravstveno storitev brez zahteve po dopolnitvi napotne listine ali izdaji nove napotne listine.

Nadgradnja eNaročanja:

Rok za naročanje bo treba podaljšati takrat, ko napotni zdravnik prek portala zVEM pošlje zahtevo za dopolnitev napotne listine, ki bo dobila oznako »čaka na dopolnitev«. Če izdajatelj ne dopolni napotne listine, bo po poteku zakonskega roka, ki je naveden za dopolnitev listine, napotna listina preklicana in bo prešla v status »ni izkoriščena«. Implementacija nadgradnje bo možna, ko bo na voljo nadgradnja komunikacijskih poti prek portala zVEM.

Pripravljen bo opomnik, ki se bo prikazal med izdajo napotne listine. Opomnik bo vseboval smernice za napotovanje, ki jih bo podal RSK. Če smernic ne bo, se opomnik ne bo prikazal.

7. člen Pravilnika – pooblaščen oseba za čakalni seznam**Nadgradnja eNaročanja:**

Ustanova skupaj s prvimi prostimi termini za posamezno vrsto zdravstvene storitve pošilja številko RIZDDZ pooblaščen osebe in številko zdravstvenega tima. Dodani sta:

- številka RIZDDZ osebe, ki je pooblaščen za vodenje čakalnih seznamov,
- številka zdravstvenega tima, pooblaščenega za vodenje čakalnih seznamov.

Nova polja trenutno niso obvezna.

4. odstavek 8. člena Pravilnika – postopek uvrščanja na čakalni seznam in upravljanje čakalnega seznama

(4) Pacienta se uvrsti na čakalni seznam v roku iz osmega odstavka 14.b člena zakona. Kadar izvajalec v okviru triaže napotne listine spremeni stopnjo nujnosti, pacientu in napotnemu zdravniku posreduje tudi obrazložitev spremembe. Pacienta se uvrsti na čakalni seznam v roku iz prejšnjega stavka tudi v primeru morebitno izpolnjenega programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja ali kadar novi termini niso določeni oziroma ne glede na katerekoli druge omejitve na strani izvajalca. Izvajalec na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti lahko v petih dneh po prejemu napotne listine oziroma v dveh dneh po opravljeni triaži napotne listine

pacienta uvrsti na čakalni seznam druge klinike, kliničnega inštituta ali kliničnega oddelka znotraj istega izvajalca, če presodi, da vrsta zdravstvene storitve na napotni listini ni ustrezno določena, jo pa lahko določi na podlagi drugih podatkov na napotni listini.

Nadgradnja eNaročanja:

Če bo uporabnik spremenil stopnjo nujnosti napotne listine ali naročila, se bo kot obvezni podatek dodal razlog posodobitve stopnje nujnosti, ki je bila določena na napotni listini. Omogočilo se bo tudi pošiljanje obvestil prek zVEM, da je stopnja nujnosti spremenjena.

8. odstavek 8. člena Pravilnika – postopek uvrščanja na čakalni seznam in upravljanje čakalnega seznama

(8) Pacienta se o okvirnem terminu oziroma terminu obvesti najpozneje v treh dneh od uvrstitve na čakalni seznam. Paciente, ki se uvrščajo na čakalni seznam prek sistema eNaročanje, se avtomatsko seznani z možnostjo spremembe stopnje nujnosti ali vrste zdravstvene storitve zaradi triaže napotne listine in posledično spremembo termina ali okvirnega termina. Kadar ima pacient določen okvirni termin, se ga ponovno obvesti v treh dneh po spremembi okvirnega termina ali določitvi termina. Izvajalec pacientu v sistemu eNaročanje sproti zagotavlja informacije o okvirnem terminih ali terminu in o morebitnih spremembah, pri čemer pacient dostopa do teh podatkov prek zVEM.

Nadgradnja eNaročanja:

Pripravljen je posodobljeno potrdilo o naročilu, z besedilom: »*V skladu z osmim odstavkom 8. člena Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 60/24) vas obveščamo, da izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko opravi triažo napotne listine. Ob tem lahko pride do spremembe stopnje nujnosti ali vrste zdravstvene storitve in posledično do spremembe termina ali okvirnega termina.« Dopolnjeno je besedilo, ki se nanaša na ZPa-CP z »Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS«.

9. odstavek 8. člena Pravilnika – postopek uvrščanja na čakalni seznam in upravljanje čakalnega seznama

(9) Pacient, čigar čakalna doba presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, določeno glede na stopnjo nujnosti za posamezno vrsto zdravstvene storitve, je nedopustno čakajoč pacient. Pacient postane nedopustno čakajoč z dnem, ko število dni od uvrstitve na čakalni seznam preseže najdaljšo dopustno čakalno dobo iz 11. člena tega pravilnika.

Nadgradnja eNaročanja:

Pripravljen je novi izračun in prikaz nedopustno dolgo čakajočih v BI. Spremenil se je prikaz števila naročil, katerih čakalna doba presega dopustno čakalno dobo, določeno v šifrantu VZS.

10. odstavek 8. člena Pravilnika – postopek uvrščanja na čakalni seznam in upravljanje čakalnega seznama

(10) Pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam s stopnjo nujnosti hitro ali redno in ima določen okvirni termin, lahko ob določitvi termina izrazi željo glede izbire nadomestnega termina, ki je v 90 dneh od prvotno predlaganega, izvajalec pa mu v tem primeru določi termin ali okvirni termin. Pacient lahko to možnost uveljavi le enkrat v okviru iste napotitve. Če se pacient ne strinja ne s prvotno predlaganim ne z nadomestnim terminom, se to šteje kot pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve in se ga črta s čakalnega seznama. Pacienta, ki ima določen nadomestni termin, se v čakalnem seznamu posebej označi.

Nadgradnja eNaročanja:

Obstoječi nabor razlogov odpovedi naročila je zadovoljiv, zato prilagoditev sistema ni potrebna. Izvajalci lahko v tem primeru izberejo obstoječi indikator »želja pacienta«.

Kot želja pacienta se beležijo:

- kasnejši termin na željo pacienta,
- prestavljen termin na željo pacienta,
- prestavljen termin iz razlogov na strani ustanove,
- zgodnejši termin na zahtevo zdravnika ZZS.

11. odstavek 8. člena Pravilnika – postopek uvrščanja na čakalni seznam in upravljanje čakalnega seznama

(11) Pri pacientu, ki pri uvrščanju na čakalni seznam izrazi željo glede izbire točno določenega zdravstvenega delavca, se taka želja označi na čakalnem seznamu, zanj pa ne velja omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe. Takega pacienta se pred uvrstitvijo opozori o možnosti preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe.

Nadgradnja eNaročanja:

Indikatorju izbire zdravnika bo dodana številka RIZDDZ zdravnika, ki jo bo treba vnesti ob vpisu pacienta v čakalni seznam. Dodatno bo treba omogočiti tudi možnost pošiljanja podatka številke RIZDDZ drugega zdravstvenega delavca in ne samo zdravnika.

1. in 3. odstavek 9. člena Pravilnika – uvrščanje pacientov na odpovedane ali dodatne termine v obdobju urnika

(1) Relativna čakalna doba pacienta je razmerje med dejanskim številom dni čakanja na zdravstveno storitev in najdaljšo dopustno čakalno dobo iz 11. člena tega pravilnika.

(3) Termin, ki se je sprostil na podlagi odpovedi iz razlogov na strani drugega pacienta, izvajalec ob upoštevanju vrstnega reda pacientov po padajoči vrednosti relativne čakalne dobe:

- ponudi pacientu s stopnjo nujnosti redno, če je termin vsaj 30 dni ugodnejši od njegovega obstoječega termina,
- ponudi pacientu s stopnjo nujnosti hitro, če je termin vsaj 15 dni ugodnejši od njegovega obstoječega termina,
- ponudi pacientu s stopnjo nujnosti zelo hitro, če je termin vsaj 7 dni ugodnejši od njegovega obstoječega termina ali
- določi pacientu z okvirnim terminom.

Nadgradnja eNaročanja:

Tisti, ki že čakajo predolgo ali najdlje, naj pridejo na vrsto hitreje, če obstaja možnost. Cilj je, da se prednostno obravnava tiste paciente, ki imajo višjo prioriteto oz. čakajo najdlje.

Relativna čakalna doba je razmerje med dejanskim številom dni čakanja na zdravstveno storitev in najdaljšo dopustno čakalno dobo. Prednost pri prenavarčanju na zgodnejši termin imajo tisti z višjo prioriteto, npr. s sumom na maligno obolenje. Koeficienti, ki določajo prioriteto za prenavarčanje, se računajo po formuli:

če (datum termina > 7|15|30)

potem koeficient = (sistemski datum – datum vpisa) / dopustna čakalna doba

V primeru suma na maligna obolenja bo izračun prilagojen. Za glavno diagnozo s šifro MKB med vključno C00 – D09.9 in med vključno D37 – D48.9 bo dopustna čakalna doba (DČD) v imenovalcu formule za računanje koeficienta 15 dni – za redne, hitre in zelo hitre napotnice, ne glede na vrednost DČD v šifrantu VZS. Za nujne napotnice ostaja izračun nespremenjen. Prikaz števila nedopustno dolgo čakajočih bo prav tako prilagojen v BI za navedene skupine diagnoz.

4. odstavek 9. člena Pravilnika – uvrščanje pacientov na odpovedane ali dodatne termine v obdobju urnika

(4) Termin se v skladu s prejšnjim odstavkom ponudi pacientom, ki imajo znano telefonsko številko (upoštevajo se tudi telefonske številke iz CRPP) ali pa so pacienti uporabniki zVEM. Izvajalec ponudi in pridobi potrditev termina telefonsko s takojšnjo potrditvijo ali zavrnitvijo termina, če gre za termin isti ali naslednji delovni dan, v drugih primerih pa telefonsko ali prek zVEM, pri čemer mora pacient termin potrditi v roku šest ur od prejema obvestila (ki vsebuje informacijo o roku za potrditev). Če pacient termina ne potrdi v roku iz prejšnjega stavka, izvajalec termin ponudi oziroma določi naslednjemu pacientu v skladu s prejšnjim odstavkom. Izvajalec upošteva tudi potrditev termina s strani pacienta, ki jo prejme po izteku roka šest ur, če v tem času termina ni že ponudil ali določil naslednjemu pacientu. Če pacient termina, ki mu je bil ponujen, ne sprejme, obdrži prvotni termin, vendar zanj ne veljajo več omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe. Terminov v skladu s tem členom se ne ponuja pacientu, ki že ima določen nadomestni termin ali ima

označeno željo glede izbire točno določenega zdravstvenega delavca.

Nadgradnja eNaročanja:

Če pacient ne sprejme ponujenega zgodnejšega termina, se to zabeleži. Obstoječ nabor razlogov odpovedi naročila je zadovoljiv, zato prilagoditev sistema ni potrebna. Izvajalci lahko v tem primeru izberejo obstoječi indikator »želja pacienta«.

Kot želja pacienta se beležijo:

- kasnejši termin na željo pacienta,
- prestavljen termin na željo pacienta,
- prestavljen termin iz razlogov na strani ustanove,
- zgodnejši termin na zahtevo zdravnika ZZZS.

1. odstavek 11. člena Pravilnika – najdaljše dopustne čakalne dobe

(1) Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezno vrsto zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti so:

- za stopnjo nujnosti nujno, ki se določi, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj: 24 ur od predložitve napotne listine,
- za stopnjo nujnosti zelo hitro, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 30 dneh: 30 dni od uvrstitve na čakalni seznam,
- za stopnjo nujnosti hitro, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 90 dneh: 90 dni od uvrstitve na čakalni seznam,
- za stopnjo nujnosti redno, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 180 dneh: 180 dni od uvrstitve na čakalni seznam.

Nadgradnja eNaročanja:

Spremenila se bo najdaljša dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti »zelo hitro« iz 14 na 30 dni. V pripravi je nova različica šifrant VZS z oznako 17, v katero bo vključena ta sprememba. Pri stopnjah nujnosti »hitro« in »redno« oblika zapisa ostaja nespremenjena in ostane v mesecih, ne pa v dnevih.

3. odstavek 11. člena Pravilnika – najdaljše dopustne čakalne dobe

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena se na napotni listini ob sumu na maligno obolenje določi stopnja nujnosti zelo hitro ali nujno. Najdaljša dopustna čakalna doba ob sumu na maligno obolenje pri stopnji zelo hitro je 15 dni od uvrstitve na čakalni seznam.

Nadgradnja eNaročanja:

Najdaljša dopustna čakalna doba ob sumu na maligno obolenje je 15 dni od uvrstitve na čakalni seznam za napotne diagnoze s šifro MKB med vključno C00 – D09.9 in med vključno D37 – D48.9, ne glede na stopnjo nujnosti. Prikaz v BI bo prilagojen tako, da se v primeru suma na maligno diagnozo šteje najdaljša dopustna čakalna doba 15 dni.

1. odstavek 12. člena Pravilnika – preseganje najdaljše dopustne čakalne dobe

(1) Če pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju pacienta na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pacientu predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer pacienta seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri tem izvajalcu. Kadar izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, izvajalec pacientu posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZVS). Če se pacient naroča prek sistema eNaročanje, se informacijo iz prejšnjega stavka pacientu zagotovi v sistemu eNaročanje.

Nadgradnja eNaročanja:

Pacientu se bo prikazalo posodobljeno besedilo obvestila o preseganju dopustne čakalne dobe: »Čakalna doba za zdravstveno storitev pri izbranem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo. Predlagamo, da preverite izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo. Prve proste termine lahko preverite na spletnih straneh zvem.ezdrav.si, narocanje.ezdrav.si in cakalnedobe.ezdrav.si. V kolikor izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, se lahko obrnete na nacionalno kontaktno točko za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.«

2. odstavek 14. člena Pravilnika – odpoved termina iz razloga na strani pacienta

(2) Če pacient odsotnost opraviči, mu pooblaščen oseba za čakalni seznam določi nov termin ali ga uvrsti v čakalni seznam kot pacienta z določenim okvirnim terminom, pri čemer se pacientu ne spremenita datum in ura uvrstitve na čakalni seznam. Kadar gre za razlog iz prve ali druge alineje prejšnjega odstavka, se nov termin določi ob upoštevanju razloga za odpoved termina.

Nadgradnja eNaročanja:

Omogočena bo reaktivacija naročila, ki je bilo preklicano s strani izvajalca zdravstvene dejavnosti, ker pacient ni odpovedal termina. Reaktivacija bo mogoča, če je nov datum večji ali enak datumu termina. Na ta način bo ohranjeno prvotno naročilo, s čemer se ohrani datum prvega vpisa v čakalni seznam in IDT (edinstveni identifikator) naročila. Tako bo omogočena sledljivost, pravilni podatki o čakalnih dobah in pravičen izračun relativne čakalne dobe za potrebe prenamerjanja pacienta.

3. odstavek 14. člena Pravilnika – odpoved termina iz razloga na strani pacienta

(3) Za pacienta, ki odpove termin, omejitve glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo in se ga ne šteje kot nedopustno čakajočega.

Nadgradnja eNaročanja:

Tako naročilo bo dobilo dodatni indikator.

2. in 3. odstavek 16. člena Pravilnika – zagotavljanje podatkov NIJZ

(2) podatke o zdravstvenih timih (številka zdravstvenega delavca, kontaktni podatki (telefon, elektronski naslov)) za namen posredovanja zahtevkov za elektronsko naročanje ali druge komunikacije v zvezi z naročili v čakalnem seznamu prek zVEM;

(3) podatke o timih izdajateljev napotnih listin (številka zdravstvenega delavca, kontaktni podatki (telefon, elektronski naslov)) za namen naslavljanja zahtev za dopolnitev napotne listine prek zVEM;

Nadgradnja eNaročanja:

Potrebna bo dopolnitev podatkov o zdravstvenih timih izdajateljev napotnih listin in podatkov o zdravstvenih timih.

Številka RIZDDZ zdravstvenega tima se lahko določi za posamezno naročilo (zaenkrat podatek ni obvezen), kar bo najprej implementirano za delovni nalog za fizioterapijo.

5. PRIMERJAVA POROČANIH PODATKOV V SKLADU Z NOVO METODOLOGIJO

Opažamo, da je število nedopustno dolgo čakajočih pacientov za različne stopnje nujnosti, ki smo ga izračunali po novi definiciji, manjše od prejšnjega izračuna. Prikazani so primeri izračuna za različne stopnje nujnosti, za prve preglede, terapevtske storitve in diagnostične storitve. *Slika 1, 2*

Ugotavljamo, da se je število nedopustno dolgo čakajočih pacientov formalno zmanjšalo, pri čemer pa se ni zmanjšalo dejansko število čakajočih pacientov, prav tako se niso zmanjšale njihove čakalne dobe.

6. ZAKLJUČEK

Vsi deležniki v sistemu se zavedajo težav, ki vplivajo na kakovost podatkov o čakalnih dobah. V Sloveniji se že dolgo spopadamo z izzivom zagotavljanja pravočasne dostopnosti zdravstvenih storitev, saj se soočamo z dolgimi čakalnimi dobami in naraščajočim številom nedopustno čakajočih.

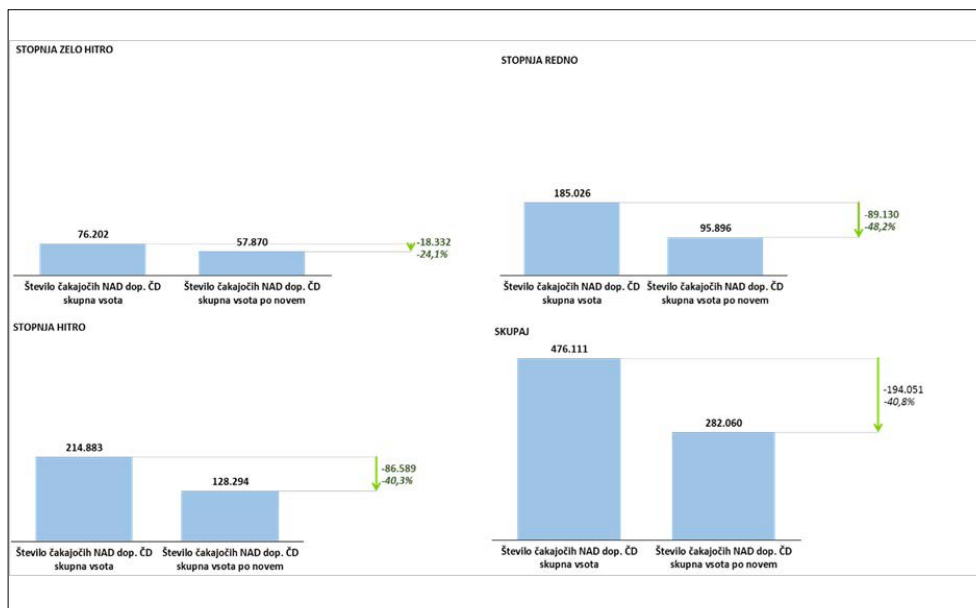
Namen sprememb pravilnika je skrajšati čakalne dobe in zagotoviti pravočasno dostopnost do zdravstvenih storitev s prednostno obravnavo pacientov, ki čakajo najdlje, ter rednim spremljanjem učinkovitosti ukrepov.

Spremembe pravilnika imajo vpliv na številne digitalne rešitve v zdravstvu, predvsem na nacionalno rešitev eNaročanje, kjer je treba implementirati številne novosti, ki jih prinaša novi pravilnik. Spremembe bodo imele vpliv tudi na lokalne informacijske sisteme pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki bodo, če želijo slediti določbam novega pravilnika, morali spremeniti tudi način naročanja in spremljanja čakalnih seznamov.

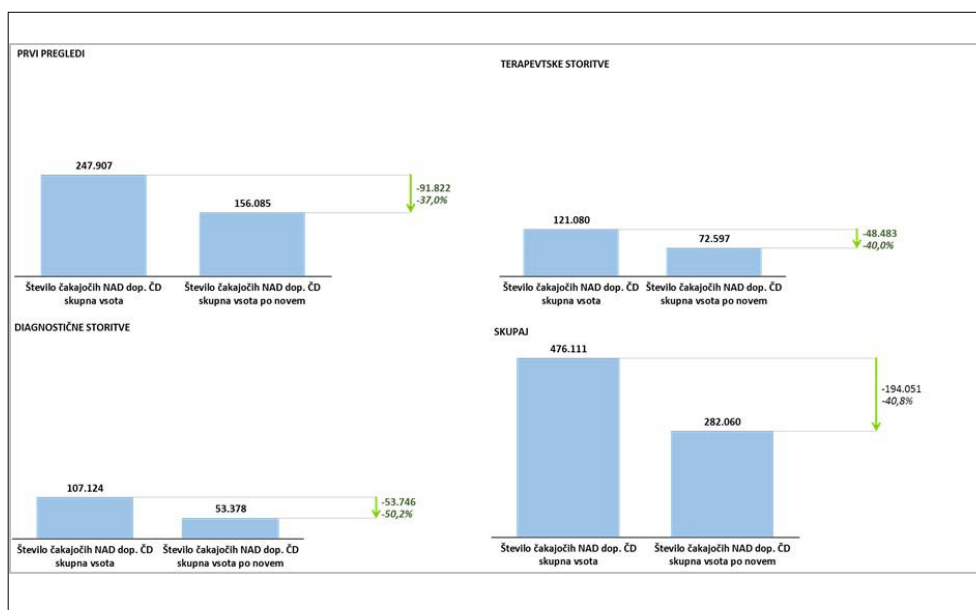
7. LITERATURA IN VIRI

1. *Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah*, Uradni list RS, št. 60/2024. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2024-01-2089>
2. Gaber, Š., *Nov pravilnik o čakalnih dobah: izboljšanje zdravstvene oskrbe ali statistični trik? Pravna praksa*, letnik 2024, številka 37–38, 10.10.2024, str. 12.
3. Plevnjak, N., Stanimirović, D. (2024). *eNaročanje : pregled dosedanjih ugotovitev o delovanju informacijske rešitve in nadaljnji razvojni koraki*. NOVIS: Novice, obvestila, vesti, informacije združenja: Glasilo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, ISSN 1580-4917, 2024, letn. 51, št. 5/6, str. 38–41. https://www.zdrzz.si/Novis_1/
4. Kosednar, H. (2023). *Pravilnost podatkov o čakalnih dobah. "S podatki do strateških odločitev": 28. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu*, 71–78. http://www.devz.si/wp-content/uploads/2023/05/DEVZ_28.-STROKOVNO-SRECANJE_NOVA-GORICA_INTERNET.pdf

Slika 1: Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo po stopnjah nujnosti in skupaj



Slika 2: Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo glede na vrsto šifre VZS



BELEŽKE

[illegible]

Kornelija Krašovec
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



Predstavitev Podravske zdravstvene regije

Povzetek

Podravska regija je po številu prebivalcev in ustvarjenem nacionalnem BDP druga največja regija v Sloveniji. Ekonomsko in socialno stanje regije se odraža v zdravju prebivalstva, ki je slabše od slovenskega povprečja.

Obstoječa mreža izvajalcev zdravstvenih storitev prebivalcem omogoča, da večino zdravstvenih storitev uresničijo v svoji regiji. Ovira večji dostopnosti je pomanjkanje nekaterih programov in zdravnikov določenih specialnosti. Kljub temu da imamo v Mariboru Medicinsko fakulteto in Univerzitetni klinični center, je še vedno prisotno pomanjkanje zdravnikov in drugega medicinskega kadra. Glede na spremembe selitvenih trendov znotraj regije bi nujno potrebovali jasne kriterije za dopolnjevanje zdravstvene mreže. V območni enoti (OE) Maribor zasledujemo cilj, da bi zavarovancem omogočili primerno dostopnost zdravstvenih storitev in drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Abstract

According to its population and national GDP share, Podravje region is the second biggest region in Slovenia. The economic and social situation of the region is reflected in the health of the population, which is worse than the Slovenian average. The existing network of healthcare providers allows residents to deliver most of their healthcare services in their own region. An obstacle to greater accessibility is the lack of certain programs and doctors of certain specialties. Despite the fact that we have the Faculty of Medicine in Maribor and the University Medical Centre in Maribor, there is still a shortage of doctors and other medical staff. Given the changes in migration trends within the region, there is an urgent need for clear criteria to complement the health network.

At aim of Maribor, we are pursuing the goal of providing insured persons with adequate access to health services and other rights they have under compulsory health insurance.

1. UVOD, STATISTIČNI PODATKI ZA PODRAVJE

Podravska regija je po površini peta največja regija in obsega 10,7 % površine Slovenije. Je pa druga najpogostejše poseljena regija, v kateri živi okoli 16 % prebivalcev Slovenije. Podravska regija je identična področju, na katerem Območna enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje.

Naravnogeografsko podobo te regije tvorijo gričevja na severovzhodu, subalpsko gozdno hribovje (Pohorje in Kozjak) na zahodu ter Dravsko-Ptujsko polje ob reki Dravi¹. Največje urbano središče regije je Maribor, ki je hkrati univerzitetno, zdravstveno in kulturno središče. Sledi Ptuj kot najstarejše zgodovinsko mesto. Občini Maribor in Ptuj imata status mestnih občin. Prebivalci Podravja živimo v kar 41 občinah. Upravno pa se regija deli med sedem upravnih enot, in sicer Maribor, Ruše, Pesnica, Ptuj, Slovenska Bistrica, Ormož in Lenart.

V podravski statistični regiji je v letu 2022 živelo 327.858 prebivalcev. S povprečno starostjo prebivalcev 44,7 leta je bila v letu 2022 na sredini lestvice in nekaj manj kot eno leto nad slovenskim povprečjem, ki je znašalo 43,9 leta. Delež mladih prebivalcev (tj. starih 0–14 let) je bil v tej regiji drugi najnižji (13,9 %); nižji je bil samo še v Pomurski (13,1 %). V letu 2022 se je število prebivalcev povečalo kljub negativnemu naravnemu prirastu (–3,7 na 1000 prebivalcev), za kar je poskrbel pozitivni selitveni prirast. Delež novorojenih otrok, katerih matere oz. starši ob njihovem rojstvu niso bili poročeni, je bil v tej regiji tretji najvišji (64,7 %).

Stopnja delovne aktivnosti prebivalcev te regije je bila v letu 2022 druga najnižja in je znašala 63,8 %. Nižjo stopnjo delovne aktivnosti prebivalcev oziroma nižji odstotek vseh delovno aktivnih oseb med delovno sposobnimi prebivalci (15–64 let) so imeli le v Pomurski statistični regiji (60,9 %). Stopnja brezposelnosti je bila s 5,1 % tretja najvišja med regijami. Zunaj regije svojega prebivališča je delalo 18,0 % delovno aktivnih prebivalcev te regije.

Podravska regija je v letu 2022 ustvarila 12,7 % nacionalnega BDP, BDP na prebivalca pa je bil na sedmem mestu med regijami (18,5 % manj od državnega povprečja). Tukaj je delovalo nekaj več kot 29.500 podjetij. Skupaj so zaposlovala nekaj manj kot 137.200 ljudi oziroma vsako v povprečju 4,6 osebe. Povprečna mesečna neto plača zaposlenih v tej regiji je znašala 1.221 EUR. Od povprečja v državi je bila nižja za okoli 7 % oz. 98 EUR. Stopnja tveganja revščine (14,6 %) in stopnja tveganja socialne izključenosti (16,9 %) sta bili v Podravski regiji tretji najvišji med regijami. Regija je imela tudi drugo najvišjo stopnjo prenaseljenosti stanovanj; 13,4 % oseb je živelo v stanovanjih s premajhnim številom sob glede na število članov gospodinjstva².

2. ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

V strukturi zavarovanih oseb po starostnih skupinah je delež mlajših (0–19 let) v OE Maribor nižji, delež starejših (nad 65 let) pa višji od deleža na državnem povprečju (*Tabela 1*).

Število zaposlenih se od leta 2016 povečuje, hkrati pa upadajo kategorije brezposelnih, občanov brez prihodkov in oseb, ki si sami plačujejo prispevke (*Tabela 2*).

3. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALSTVA

Kazalniki splošne razvitosti podravske regije, kot so nižji BDP na prebivalca, nižji dohodki, višja brezposelnost, višji delež oseb pod pragom revščine in staranje prebivalstva, so dejavniki, ki pomembno vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva.

¹ https://sl.wikipedia.org/wiki/Podravska_statisti%C4%8Dna_regija

² <https://www.stat.si/obcine/sl/Region/Index/2>

Tabela 1: Število zavarovanih oseb po starostnih skupinah po izpostavah OE Maribor na dan 30. 9. 2024

Izpostava OE	od 0 do 19 let		od 20 do 64 let		več kot 65		SKUPAJ
	število	delež	število	delež	število	delež	
Maribor	32.474	18%	106.579	58%	43.474	24%	182.527
Lenart	3.946	20%	11.652	60%	3.861	20%	19.459
Ormož	2.763	17%	9.320	59%	3.713	24%	15.796
Ptuj	12.843	18%	42.572	60%	14.952	21%	70.367
Slovenska Bistrica	7.307	20%	21.769	59%	7.794	21%	36.870
OE MARIBOR	59.333	18%	191.892	59%	73.794	23%	325.019
ZZZ SV CELOTI	411.959	19%	1.238.361	58%	468.902	22%	2.119.222

Tabela 2: Zavarovanja po kategorijah v OE Maribor na dan 30. 9. 2024

OE MARIBOR	Zavarovanci	Družinski člani	Skupaj	Struktura
Zaposleni, od tega	128.538	61.083	189.621	58,7%
- pri pravnih osebah	120.241	57.573	177.814	55,0%
- pri zasebnikih	8.179	3.451	11.630	3,6%
- pri delodajalcih v tujini	118	59	177	0,1%
Osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	11.378	5.536	16.914	5,2%
Kmetje	1.857	893	2.750	0,9%
Upokojenci	84.464	3.735	88.199	27,3%
Upravičenci iz proračuna	4.044	521	4.565	1,4%
Brezposelni	1.854	384	2.238	0,7%
Občani brez prihodkov	6.690	1.576	8.266	2,6%
Osebe, ki si same plačujejo prispevek (ZZVZZ 15/20)	6.182	1.196	7.378	2,3%
Ostala zavarovanja	2.940	371	3.311	1,0%
SKUPAJ	247.947	75.295	323.242	

3.1. Značilnosti zdravstvenega stanja prebivalstva regije

Pričakovano trajanje življenja je nižje od slovenskega povprečja (za moške v Podravju 77,33 leta, v Sloveniji 78,93 leta, za ženske pa 83,87 leta v Podravju in 84,68 leta v Sloveniji).

Odstotek umrlih pred 65. letom je četrti najvišji v Sloveniji (Slika 1).

Iz podatkov NIJZ so še vedno najpogostejši vzrok umrljivosti v regiji bolezni srca in ožilja (Graf 1), sledijo rakave bolezni (Graf 2), infekcijske bolezni, bolezni prebavil in bolezni dihal. Pri vseh navedenih vzrokih je umrljivost višja od slovenskega povprečja.

Število živorojenih otrok se v zadnjih letih dviga, vendar je v Podravju še vedno nižje od slovenskega povprečja. Naravni prirast je negativen.³

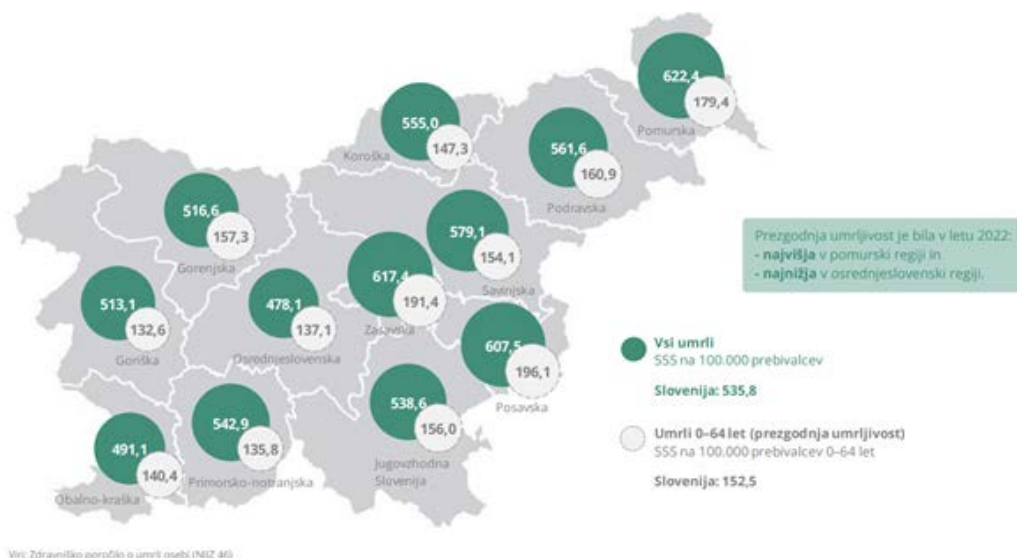
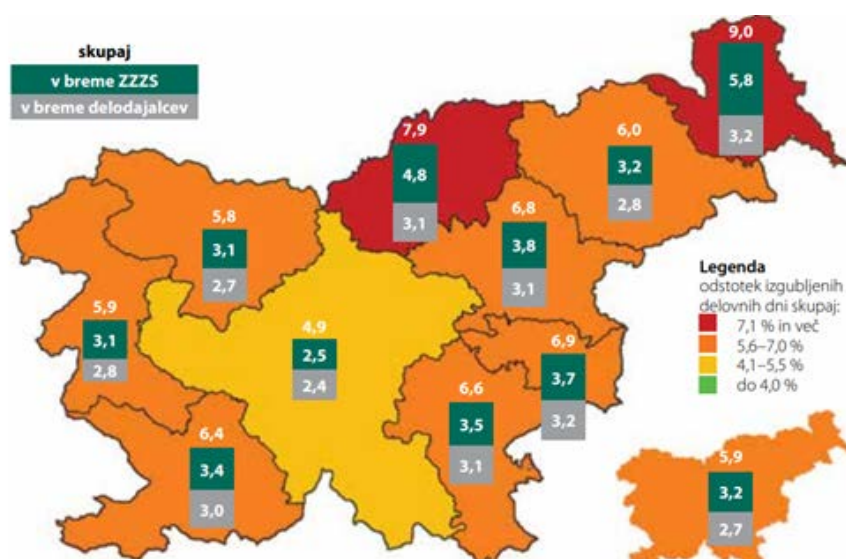
3.2. Gibanje zdravstvenega absentizma v Sloveniji – izgubljeni delovni dnevi⁴

Odstotek bolniškega staleža v OE MB (6,0 %) nekoliko presega slovensko povprečje (5,9 %) (Slika 2).

V letu 2022 je bilo v Sloveniji največ primerov odsotnosti z dela zaradi infekcijskih bolezni, sledijo bolezni gibal in poškodbe izven dela. V Sloveniji je povprečno vsak zaposlen odsoten z delovnega mesta zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana 21,58 dneva. Ta kazalnik je za Podravsko regijo malo boljši in je 20,58 dneva.

³ <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>

⁴ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Letno poročilo za leto 2023, marec 2024, podatkovne baze ZZZS.

Slika 1: Starostno standardizirana stopnja umrljivosti po statističnih regijah, Slovenija, 2022**Slika 2:** Odstotek izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev in v breme ZZSZ po območnih enotah Slovenije v letu 2023

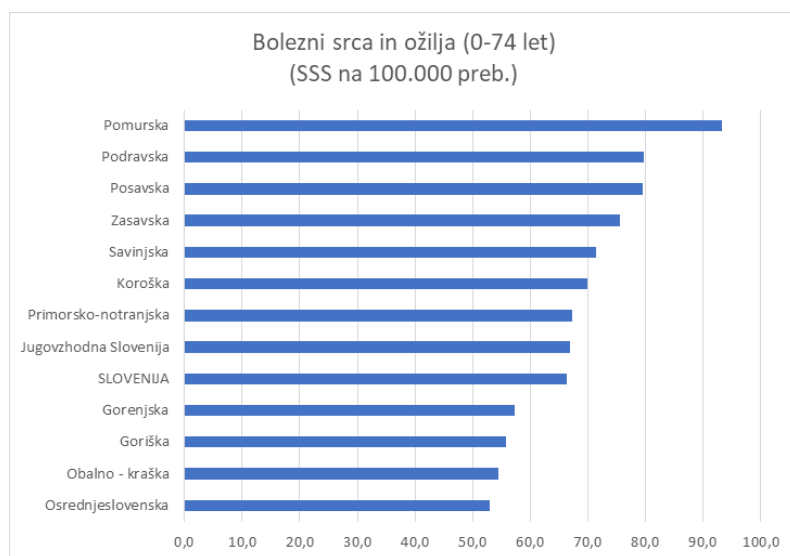
3.3. Zaposlitvene migracije in zdravstveno zavarovanje

V Podravju je izraziteje prisotna migracija delovne sile v različnih kategorijah zavarovancev:

- obmejni delavci, ki imajo pogodbo o zaposlitvi in tudi zdravstveno zavarovanje urejeno v Avstriji,
- delavci, poslani na čezmejno izvajanje storitev, in delavci, ki sočasno izvajajo delo v dveh ali več državah z veljavno EU zakonodajo za slovenskega delodajalca in ostanejo vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji.

3.4. Pravice do zdravljenja v tujini

Zavod skladno z zakonodajo zavarovanim osebam zagotavlja tudi povračila uveljavljanja specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev, nakupa zdravil in medicinskih pripomočkov v tujini. V zadnjem obdobju je največ vlog za povračila ortodontskega zdravljenja in zobozdravstvenih storitev. Sledijo povračila za zdravila in medicinske pripomočke. V letu 2023 smo v Mariboru odobrili 412 primerov, v letu 2024 pa do 30. 9. 2024 že 407 primerov.

Graf 1: Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja za starostno skupino 0–74 let**Graf 2:** Umrljivost zaradi raka za starostno skupino 0–74 let

4. JAVNA ZDRAVSTVENA SLUŽBA V PODRAVJU

4.1. Organiziranost in preskrbljenost

Območna enota Maribor ima trenutno (stanje na dan 31. 8. 2024) sklenjene pogodbe o izvajanju zdravstvenih storitev z 294 izvajalci, od tega je 20 javnih zavodov, kar predstavlja 6,8 % izvajalcev, in 274 zasebnih izvajalcev, kar predstavlja 93,2 % izvajalcev.

V OE Maribor sklepamo pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev z drugo največjo bolnišnico v Sloveniji, tj. Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor, in drugim največjim zdra-

vstvenim domom, tj. Zdravstvenim domom dr. Adolfa Drolca Maribor.

Zdravstvene storitve izvajajo naslednji javni zavodi:

- 5 zdravstvenih domov (Maribor, Ptuj, Lenart, Ormož in Slovenska Bistrica),
- 3 bolnišnice (UKC Maribor, SB Ptuj in PB Ormož),
- 4 lekarne (Maribor, Ormož, Slovenska Bistrica in Ptuj),
- 4 DSO (Maribor, Poljčane, Ptuj in Tezno),
- 4 zavodi (SVZ Hrastovec, ZUDV Dornava, CSG Maribor in VDC Polž)

ter naslednje število zasebnih izvajalcev:

- 72 izvajalcev splošne dejavnosti,
- 89 izvajalcev zobozdravstvene dejavnosti,
- 21 fizioterapevtov,
- 17 zasebnih lekarn,
- 20 izvajalcev patronažne dejavnosti,
- 8 izvajalcev nenujnih reševalnih prevozov,
- 39 specialistov različnih specialnosti,
- 5 domov za starejše,
- 3 izvajalci vzgojno-varstvene dejavnosti.

Na področju območne enote Maribor delujeta tudi dve ambulanti za neopredeljene, in sicer v Mariboru in Slovenski Bistrici.

Tudi v Podravski regiji se soočamo s pomanjkanjem zdravnikov na primarni ravni (*Tabela 3*), vendar trenutno bistveno ne odstopamo od povprečja.

Ugotavljamo, da izvajalci večinoma realizirajo v pogodbah dogovorjeni program. Prav tako bi opozorili na dejstvo, da so se do 31. 7. 2023 plačevale vse realizirane storitve (brez pogodbenih omejitev), nekatere zdravstvene storitve in nekatere bolnišnične obravnave se še vedno plačujejo v celoti (to pomeni, brez pogodbenih omejitev). Kljub temu pa so v nekaterih dejavnostih oziroma za nekatere storitve prisotne dolge čakalne dobe.

Vzroki za čakalne dobe so:

- demografske spremembe prebivalstva (vedno starejša populacija s pogostejšimi težavami) in boljša ozaveščenost bolnikov,
- razvoj medicine, ki omogoča zdravljenje bolezni, ki so imele preteklosti slabše možnosti zdravljenja ali jih sploh ni bilo,
- pomanjkanje izvajalcev zdravstvenih storitev,
- pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester na določenih področjih,
- strokovno neutemeljene napotitve, veliko naročanje bolnikov s primarnega nivoja, neustrezno določanje stopenj nujnosti pri napotovanju,
- neodpovedovanje terminov s strani bolnikov na preglede oz. preiskave – nezasedeni termini,

- omejeno financiranje določenih programov s strani ZZZS.

Zaradi velikega števila občin v naši regiji (41) se srečujemo z zahtevami za dodatne zdravstvene programe, vendar pa za to ni možnosti v obstoječem obsegu, dodatne programe lahko v pogodbe vključimo le ob ustreznih širitvah v Uredbi. Uredba za leto 2024 je za OE Maribor vključevala širitve predvsem s področja splošnih ambulant, zobozdravstva, dispanzerja za ženske in fizioterapije, pri čemer nekatere od njih še niso realizirane.

Ugotavljamo, da so pogodbeno priznani timi pri izvajalcih v večji meri zasedeni kljub prisotnemu pomanjkanju nekaterih profilov zdravnikov. Trenutno je najbolj pereč problem na področju osebnih zdravnikov, kjer zdravstveni domovi ne uspejo več zagotoviti nadomestnih zaposlitev. Težave pa imajo tudi občine, ki imajo neuspešne razpise za koncesije. Glede na selitvene trende znotraj regije bi nujno potrebovali postavljene kriterije zdravstvene mreže, s čimer bi zajezili tudi pogosto nerealne želje lokalnih skupnosti.

Zavod je pristojen tudi za nadzor izvajanja pogodb z izvajalci. Pri zavarovalniško medicinskih nadzorih se ciljno preverja pravilnost obračunavanja zdravstvenih storitev (pretežno jih izvajajo zdravniki, ki imajo vpogled tudi v medicinsko dokumentacijo), pri zavarovalniških pa pravilnost finančnih obračunov in postopkov uresničevanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

5. OBMOČNA ENOTA ZZZS MARIBOR

Območna enota Maribor izvaja zdravstveno zavarovanje na območju podravske regije in je s 325.000 zavarovanimi osebami druga največja enota. Poleg sedeža v Mariboru ima izpostave na Ptuj, v Slovenski Bistrici, Ormožu in Lenartu. Izhodišče dela Zavoda je, da z zbranimi sredstvi zavarovanim osebam omogoča enake možnosti dostopa do zdravstvenih storitev in drugih pravic iz OZZ, ob ohranjanju finančnega poslovanja brez zadolževanja.

Tabela 3: Število zavarovanih oseb brez osebnega zdravnika
– stanje na dan 30. 11. 2019, 30. 11. 2022, 30. 4. 2023 in 30. 6. 2024

	Družinska medicina, otroški in šolski dispanzerji				Ginekologija				Zobozdravstvo			
	30.11.2019	30.11.2022	31.1.2024	30.6.2024	30.11.2019	30.11.2022	31.1.2024	30.6.2024	30.11.2019	30.11.2022	31.1.2024	30.6.2024
SKUPAJ	124.065	132.185	141.414	141.827	212.192	221.422	225.356	231.823	499.430	547.264	574.383	557.905
OE CELJE	10.963	10.655	9.369	11.471	15.699	19.987	19.940	20.201	44.546	56.426	55.805	55.503
OE KOPER	12.416	8.600	11.228	10.587	18.656	17.595	20.452	19.627	36.283	39.343	44.071	42.818
OE KRŠKO	2.851	2.322	3.319	3.212	5.355	5.697	5.566	6.343	16.921	23.283	23.393	22.629
OE KRANJ	9.828	9.414	10.772	13.649	22.155	21.443	23.248	22.543	48.053	49.414	55.730	52.812
OE LJUBLJANA	40.330	49.784	59.759	53.180	77.932	78.952	79.317	85.786	173.817	182.160	196.357	189.498
OE MARIBOR	15.935	17.912	16.969	17.924	29.229	31.986	30.340	31.181	75.251	82.602	85.609	84.751
OE M. SOBOTA	4.800	3.681	3.954	3.805	11.398	15.496	15.013	13.819	23.292	24.732	23.252	22.734
OE NOVA GORICA	4.707	6.142	5.198	5.484	7.487	8.961	8.450	8.401	21.731	24.718	23.632	22.714
OE NOVO MESTO	5.273	7.076	7.216	8.256	7.808	8.009	7.916	9.390	29.831	32.774	33.895	32.210
OE RAVNE NA K.	16.962	16.599	13.630	14.259	16.473	13.296	15.114	14.532	29.705	31.812	32.639	32.236

Tabela 4: Realizacija odhodkov ZZZS in OE Maribor v letu 2023 v EUR

ODHODKI	ZZZS 2023	Str.	OE MARIBOR 2023	Str.
1. Osnovno zdravstveno varstvo	763.886.395	17,4	118.264.597	17,0
2. Specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje	2.008.893.807	45,7	353.117.906	50,9
3. Dejavnost socialnih zavodov	213.354.510	4,9	39.890.563	5,7
4. Dejavnost obvezne socialne varnosti	14.411.563	0,3	2.138.017	0,3
5. Odhodki za zdravila, med. pripomočke, cepiva	648.135.509	14,7	81.850.404	11,8
6. Zdravljenje v tujini - napotitve	6.991.249	0,2		0,0
7. Mednarodno zavarovanje	73.928.931	1,7	11.883.135	1,7
8. Denarne dajatve	609.226.265	13,9	82.616.376	11,9
9. Odhodki za delo ZZZS	55.529.184	1,3	4.467.738	0,6
10. Obresti od zadoževanja	372.452	0,0		0,0
SKUPAJ ODHODKI (1-10)	4.394.729.865	100,0	694.228.737	100,0

V preglednici (Tabela 4) je razvidna struktura odhodkov za Zavod kot celoto in OE Maribor v letu 2023. Odhodki za zdravstvene storitve predstavljajo 74 % vseh odhodkov, znotraj teh odpade na bolnišnično in specialistično zdravljenje 51 %, na osnovno zdravstveno varstvo 17 % in na socialne zavode 6 % odhodkov. Odhodki za zdravila in medicinske pripomočke znašajo 12 %, odhodki za denarne dajatve oziroma nadomestila pa 12 % vseh odhodkov.

Pri tem je treba opozoriti, da odhodki za OE Maribor predstavljajo plačila izvajalcem, ki imajo pogodbo sklenjeno z našo območno enoto in niso odvisni od tega, iz katere območne enote so zavarovanci, ki so jim bile opravljene zdravstvene storitve oz. izdani materiali.

Odhodki za zdravljenje v tujini, torej napotitve, se ne vodijo po območnih enotah, zato na tej postavki pri OE Maribor ni vrednosti.

Odhodki za delo službe OE Maribor predstavljajo zgolj 0,6 % vseh odhodkov. Zaposleni pri svojem delu sledimo cilju, da smo učinkoviti pri zagotavljanju pravic, ki jih imajo zavarovanci iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Se pa tudi v OE Maribor soočamo s problemi pri zaposlovanju novih sodelavcev.

6. LITERATURA IN VIRI

- https://sl.wikipedia.org/wiki/Podravska_statisti%C4%8Dna_regija
- <https://www.stat.si/obcine/sl/Region/Index/2>
- <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Letno poročilo za leto 2023, marec 2024, podatkovne baze ZZZS

BELEŽKE

[illegible]

Tatjana Jevševar
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



Razlike med javnimi zavodi in koncesionarji

Povzetek

Združenje že vsaj dve leti opozarja na neenake pogoje delovanja med javnimi zdravstvenimi zavodi in koncesionarji, čeprav oboji sodijo v javni zdravstveni sistem, delujejo v okviru javne mreže in so pretežno financirani iz javnih sredstev, ki jih zbira in razporeja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Razlike v poslovanju izhajajo iz različnih zakonskih podlag, ki jih morata upoštevati oba dela javnega zdravstva. Poslovanje javnih zdravstvenih zavodov (JZZ) temelji na Zakonu o javnih financah, ki velja za javni sektor, medtem ko koncesionarji poslujejo po Zakonu o gospodarskih družbah, ki ureja delovanje gospodarskih subjektov. JZZ je v lasti države ali lokalne skupnosti, medtem ko so koncesionarji lastniki premoženja pravnih oseb, v okviru katerih delujejo.

V skladu z zakonodajo so JZZ neprofitne organizacije, saj so ustanovljeni z namenom zagotavljanja javnih dobrin, medtem ko so koncesionarji profitni del javnega zdravstva, kar dokazujejo njihovi poslovni rezultati, izkazani v letnih poročilih. Posledično imata oba segmenta različne motive delovanja, kar vpliva na zagotavljanje zdravstvenih storitev. Posledice teh razlik vključujejo: odhajanje kadra iz JZZ h koncesionarjem, porast sklepanja civilnopravnih pogodb z zelo visokimi cenami storitev, povečan obseg »odposlovanja« zdravnikov v JZZ in delne zaposlitve pri koncesionarjih, bistveno višjo produktivnost izvajanja zdravstvenih storitev pri koncesionar-

Abstract

For at least two years, the Association has been drawing attention to the unequal operating conditions between public healthcare institutions (PHI) and concessionaires, even though both are part of the public health care system, operate within the public network and are mainly financed by public funds collected and distributed by the Health Insurance Institute of Slovenia. The differences in their operations are due to the different legal bases that both parts of the public health system have to comply with. The operation of PHIs is based on the Public Finance Act, which applies to the public sector, while concessionaires operate under the Companies Act, which regulates the operation of economic entities. PHIs are owned by the State or the local community, while concessionaires own the assets of the legal entities within which they operate.

According to the legislation, PHIs are non-profit organisations as they are established to provide public goods, while concessionaires are the for-profit part of the public health system, as evidenced by their business results reported in their annual reports. As a result, the two segments have different motives for operating, which has an impact on the provision of health services. The consequences of these differences include: the migration of staff from PHIs to concessionaires, the increase in the conclusion of civil law contracts with very high prices for services, the increase in the number of doctors working part-time for PHIs

jih v primerjavi z JZZ, pospešeno ustanavljanje s.p.-jev in d.o.o.-jev ter prodajo teh tudi tujemu kapitalu. Posledice neenakih pogojev delovanja in poslovanja so tudi visoki dobički koncesionarjev (v letu 2023 tudi do 40 %) in hude težave JZZ, ki se soočajo z zapiranjem oddelkov, ukinjanjem nekaterih dejavnosti ter težavami pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, kar vse negativno vpliva na njihovo poslovanje.

Menim, da je končno napočil čas za uveljavitev navedenih sprememb, ki bodo pomembno pripdale k ohranitvi in izboljšanju delovanja javnega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Ta je naša tradicija in vrednota z izjemnimi dosežki, ki nam jih zavidajo ter se po nas zgledujejo številne bolj razvite države.

and part-time for concessionaires, the significantly higher productivity of the provision of health services by the concessionaires compared to the PHI, accelerated establishment of sole proprietorships and limited liability companies, as well as their sale to foreign capital. The unequal operating and business conditions also result in high profits for concessionaires (up to 40% in 2023) and serious problems for PHIs, which are faced with the closure of departments, the abolition of some activities and difficulties in ensuring the continuity of healthcare, all of which have a negative impact on their business.

I believe that the time has finally come to implement the above-mentioned changes, which will significantly contribute to maintaining and improving the functioning of the public health system in Slovenia. This is our tradition and value, with outstanding achievements that are the envy and example of many more developed countries.

1. RAZLIKE MED JAVNIMI ZDRAVSTVENIMI ZAVODI IN KONCESIONARJI

Zdravstvena dejavnost se v Sloveniji opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe in s strani zasebnikov, ki predstavljajo ponudbo zdravstvenih storitev. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so:

- javni zdravstveni zavodi (zdravstveni domovi, bolnišnice, klinike, lekarne), javne agencije in inštituti,
- pravne osebe zasebnega prava (zasebni zdravstveni zavodi, gospodarske družbe) s koncesijo,
- fizične osebe (zasebniki) s koncesijo in
- zasebni izvajalci (fizične osebe, zasebni zavodi in gospodarske družbe), ki se financirajo izključno s plačili uporabnikov kot samoplačnikov (»iz žepa«) in ne sodijo v mrežo javne zdravstvene službe.

V okviru mreže javne zdravstvene službe se zdravstvena dejavnost opravlja kot javna služba. Merila za postavitve mreže javne zdravstvene službe se določijo s planom zdravstvenega varstva, ob upoštevanju enakih pogojev za uporabo zdravstvenih storitev glede na demografsko socialno strukturo prebivalstva in gostoto naseljenosti ter gospodarske možnosti.

Izvajalci javne zdravstvene službe so pri opravljanju in načrtovanju svoje dejavnosti dolžni zagotavljati pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja. Javno zdravstveno službo lahko pod enakimi pogoji kot JZZ opravljajo tudi druge pravne in fizične osebe, in sicer na podlagi koncesije. Koncesija oziroma javno pooblastilo za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti se podeli, če JZZ ne more zagotoviti opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma v primeru, da JZZ ne more zagotoviti potrebne dostopnosti zdravstvenih storitev.

Kljub temu da so zavodi ustanovljeni za opravljanje javne službe kot nepridobitne dejavnosti, Zakon o zavodih (v nadaljevanju ZZ) v 48. členu predvideva pridobivanje sredstev za delo (poleg sredstev ustanovitelja in plačil za storitve) tudi s prodajo blaga in storitev na trgu ter drugih virov, vendar na način in pod pogoji, določenimi z zakonom in aktom o ustanovitvi.

Sredstva od prodaje blaga in storitev na trgu (t. i. »tržna dejavnost«) javni zavod pridobi bodisi z opravljanjem negospodarskih dejavnosti, zaradi katerih je bil ustanovljen, lahko pa tudi z opravljanjem gospodarskih dejavnosti. Vendar mora biti nastopanje na trgu njegova »stranska« oz. dopolnilna dejavnost, kajti namen ustanovitve javnega zavoda ni pridobivanje presežka, ampak uresničevanje javnega interesa. Bistvenega pomena pa je, da lahko opravlja dopolnilne tržne dejavnosti le v primeru, ko ima na razpolago proste kapacitete, tako materialne kot človeške, in nikakor ne na škodo opravljanja javne službe. Ko nastopa na trgu, pa mora to dejavnost izvajati tako, da ne posluje z izgubo, ker bi se ta sicer morala pokrivati iz javnih sredstev, kar pa je nedopustno. Na podlagi 49. člena ZZ pa ustanovitelj (poleg javnega zavoda) subsidiarno odgovarja za obveznosti javnega zavoda, če ni z zakonom drugače določeno. Kot dober gospodar si mora javni zavod prizadevati, da ustvari presežek prihodkov nad odhodki pri izvajanju javne službe, pri izvajanju tržne dejavnosti pa mora poslovati s presežkom in po pogojih kot gospodarska družba.

Posebnost trga zdravstvenih storitev je, da na njem obstaja veliko oblik tržnih nepopolnosti: monopoli znanja, javna dobrina, nepopolne informacije, prenos nakupne odločitve, negotovost, neprofitnost, kartelni dogovori, močni sindikati ipd. Tržna nepopolnost je posledica nepopolnosti delovanja tržnih instrumentov, ki je za javni sektor značilna in predstavlja oviro pri doseganju ustrezne učinkovitosti. Prav zaradi zagotavljanja učinkovitega, kakovostnega in dostopnega javnega zdravstvenega sistema je zato potrebna okrepljena vloga države, ki s pomočjo predpisov (zakoni, podzakonski akti) regulira tako področje ponudbe kot tudi povpraševanja.

2. UČINKOVITOST JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Zdravstveni sistem postane učinkovit, ko država vzpostavi učinkovit sistem izvajanja javne službe, preko izvajalcev v javni mreži, saj bi sicer v tržnih razmerah na strani ponudbe zdravstvenih storitev nastali monopoli. Pomembno je, da izvajalci v javni mreži delujejo po nepridobitnih načelih ter dosegajo količinske in kakovostne učinke, ne pa profitnih. Na ta način dosežemo v družbi stanje, ko koristi posameznika ni mogoče povečati, ne da bi zmanjšali koristi drugih. Če pa ni pridobitnih izvajalcev, ne nastane tržna ponudba, kar pomeni, da ponudbe ne more koordinirati trg, temveč ga mora regulirati država tako, da na eni strani določi obseg pravic, t. i. »zdravstveno košarico«, na drugi pa mrežo izvajalcev zdravstvenega varstva. Izvajalci so v tem primeru JZZ in koncesionarji. Učinkovit sistem zdravstvenega varstva nastane torej v tem primeru, ko vsi izvajalci v javni zdravstveni mreži delujejo neprofitno!

V praksi se praviloma dogaja, da so JZZ neprofitne ustanove, koncesionarji pa delajo profitno, torej za svoj dobiček. Njihova usmerjenost v dobiček, ob odsotnosti ustrezne regulacije, jim omogoča, da si na račun javnega denarja, lahko tudi brez večje učinkovitosti, pridobijo višje prihodke, kar pa je mogoče le zaradi nudenja manjšega obsega, kakovosti ali manjše zahtevnosti zdravstvenih storitev svojim uporabnikom. Neprofitnost javnih zavodov na eni in profitna usmerjenost koncesionarjev na drugi strani je glavni, ne pa edini dokaz, da enotni javni zdravstveni sistem razpada na neprofitni in profitni del, katerih skupna značilnost je samo ta, da sta oba financirana z javnim denarjem pod enakimi pogoji.

Omeniti velja tudi pomembno neenakost v pogojih delovanja in poslovanja med izvajalci v javni zdravstveni mreži, saj zasebnikom koncesionarjem ni treba spoštovati zakonodaje s področja plač, ki velja za javne uslužbenke, torej JZZ (Zakon o plačah javnih uslužbencev – ZSPJS), ni jim treba upoštevati zakonodaje s področja javnega naročanja in s svojo prosto izbiro dobaviteljev na trgu praviloma dosegajo finančno ugodnejše cene ter na ta način prihranijo sredstva, ki jih prejmejo iz istega vira in pod enakimi pogoji kot JZZ. Prav tako nimajo omejitev pri plačilih storitev zunanjih izvajalcev, saj lahko delujejo v različnih statusnih oblikah po določenih Zakona o gospodarskih družbah, za katere veljajo ugodnejše davčne obveznosti, kar pomeni, da ne poslujejo pod enakimi pogoji kot JZZ. Koncesionarji zaposlene izvajalce plačujejo po učinku, javni zavod pa po prisotnosti oziroma skladno z določili ZSPJS, ki velja za javne uslužbenke, za katere so plače določene; pri koncesionarjih le-te niso določene.

Navedene neenakosti med JZZ in koncesionarji so se, predvsem v letih 2022 in 2023, pokazale v največjem obsegu, in sicer na področjih, kjer je bilo uvedeno »neomejeno« financiranje, torej plačilo po realizaciji. Posledice neenakosti so bile predvsem:

- odliv zaposlenih iz JZZ h koncesionarjem ali k čistim zasebnikom (za poln delovni čas ali krajši delovni čas – »odposlovanje«),
- povečano število podjemnih pogodb z lastnimi zaposlenimi oziroma z zaposlenimi v drugem JZZ, kar povečuje stroške JZZ in s tem poslabšuje njihove poslovne rezultate,
- pritisk na izdajo soglasij »matičnih delodajalcev« za delo pri drugem izvajalcu in posledično tudi povečanje števila zahtev po izdaji dovoljenj za opravljanje zdravstvene dejavnosti,
- možnost fleksibilnejšega delovanja in nagrajevanja izvajalcev pri koncesionarjih;
- v JZZ zaposleni delavci pri opravljanju svojega dela praviloma upoštevajo s strani stroke določene kadrovske in časovne normative (npr. modra knjiga), česar pa ne upoštevajo, ko izvajajo delo preko pogodb civilnega prava,

- v JZZ se strogo upoštevajo določbe kolektivnih pogodb v delu, kjer določajo dodatne dni dopusta in krajši delovni čas zaradi pogojev dela,
- zaradi kadrovskega deficita se povečujeta izgorelost in bolniški stalež zaposlenih v JZZ, kar povzroča kadrovske in organizacijske težave,
- nerealiziran pogodbeni plan v JZZ in podaljševanje čakalnih dob.

Iz podatkov o realiziranih storitvah in številu razpoložljivih kapacitet npr. na področju izvajanja MR preiskav v letih 2022 in 2023 lahko ugotovimo, da je sistem financiranja po realizaciji povečal ponudbo teh storitev, saj se je pri koncesionarjih povečalo število MR aparatov, pa tudi število izvedenih preiskav je izjemno naraslo. Prav tako je zanimiva tudi struktura izvedenih preiskav v JZZ in koncesionarjih, ki kaže, da so koncesionarji izvajali le 26 vrst preiskav od 112 najpogostejše izvedenih, in sicer manj zahtevne, ki trajajo krajši čas. Iz teh podatkov je mogoče sklepati, da se sistem, kadar je motiv dobiček, izogiba zahtevnih in podcenjenih storitev. Navedeno potrjujejo tudi podatki o poslovanju koncesionarjev za leto 2023, iz katerih je razvidna izjemna profitabilnost, tudi več kot 40 %, in sicer pri koncesionarju, ki je prejel kar 78,9 % celotnih prihodkov iz javne blagajne, torej od ZZZS. JZZ pa se soočajo z zapiranjem oddelkov, ukinjanjem nekaterih dejavnosti ter težavami pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, kar vse negativno vpliva tudi na njihovo delovanje in poslovanje.

3. PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Glede na navedeno je nujno pristopiti k ize-
načitvi pogojev delovanja obeh delov javnega
zdravstva, zato je treba za vse izvajalce v javni
zdravstveni mreži uveljaviti najmanj naslednje
spremembe:

- vsi izvajalci naj delujejo neprofitno, za kar
je potreben nadzor nad porabo pridobljenih
javnih sredstev pri vseh izvajalcih,
- uveljavitev enotnega ločenega vodenja in
poročanja o poslovanju za izvajanje javne
službe, ki je financirana iz javnih sredstev,
pri vseh izvajalcih v javni mreži,
- zagotavljanje enakih kadrovskih zahtev pri
izvajanju dejavnosti pri vseh izvajalcih,
- zagotavljanje in upoštevanje standardov ter
normativov stroke pri vseh izvajalcih,
- zagotavljanje enakih pogojev za zaposlova-
nje pri vseh izvajalcih,
- zagotovitev enakih možnosti nagrajevanja
zaposlenih glede na obseg in učinkovitost
dela pri vseh izvajalcih,
- omejitev izvajanja programa storitev glede
na število priznanih timov po pogodbi, skle-
njeni s plačnikom,
- financiranje mora slediti dejanskim stro-
škom izvajalca (diferenciacija cen).

Seveda pa je treba ob vsem tem uveljaviti tudi
primerno nagrajevanje in opolnomočenje ma-
nagementa v JZZ.

4. LITERATURA IN VIRI

1. *Zakon o zdravstveni dejavnosti* Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPO-PDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US in 84/23 – ZDOsk-1).
2. *Zakon 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).
3. *Zakon o javnih financah* (Uradni list RS, št. št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo, 14/13 – popr., 101/13, 55/15 – ZFisP, 96/15 – ZIPRS1617, 13/18, 195/20 – odl. US, 18/23 – ZDU-10 in 76/23).
4. *Zakon o obnovi, razvoju in zagotavljanju finančnih sredstev* (Uradni list RS, št. 131/23 in 81/24).
5. *Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema* (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS).
6. *Zakon o preglednosti finančnih odnosov in ločenem evidentiranju različnih dejavnosti* (Uradni list RS, št. 33/11).
7. *Zakon o zdravniški službi* (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18, 66/19, 199/21, 136/23 – ZIUZDS in 35/24).
8. Korpič Horvat, Etelka: *Pravilnost in smotrnost poslovanja javnih zavodov, Lex localis, letnik II, številka 2, 2004, stran 135–148.*
9. Rebernik, Miroslav; Širec, Karin: *Ekonomika podjetja*, GV Založba, 2017.
10. Tajnikar, Maks: <http://efnet.si/2013/09/>; V zdravstvu ne moreš biti samo manager, ampak je potrebno razumeti celotni sistem delovanja zdravstvene ustanove.
11. Podatki o realizaciji zdravstvenih storitev v letu 2022 in 2023 na spletni strani ZZZS, <https://www.zzzs.si/>
12. Podatki o poslovanju izvajalcev zdravstvene dejavnosti v letu 2023 na spletni strani AJPes za leto 2023, <https://www.ajpes.si/>



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, 25. Maribor, oktober 2024