

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA UPRAVO**

**DIPLOMSKO DELO  
UNIVERZITETNEGA PROGRAMA I. STOPNJE**

**MANAGEMENT V ZDRAVSTVU**

**Gregor Kurnik**

**Ljubljana, oktober 2010**

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA UPRAVO**

DIPLOMSKO DELO  
UNIVERZITETNEGA PROGRAMA I. STOPNJE

**MANAGEMENT V ZDRAVSTVU**

Kandidat: Gregor Kurnik

Vpisna številka: 04034138

Mentor:izr. prof. dr Zdravko Pečar

Ljubljana, oktober 2010

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Diplomskega / magistrskega dela

Podpisani/a Gregor Kurnik,

študent/ka z vpisno številko 04034138, sem avtor/ica diplomskega / magistrskega dela z naslovom: Management v zdravstvu

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- sem poskrbel/a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem poskrbel/a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili,
- sem pridobil/a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/a v predloženem delu,
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Ur. list RS št. 21/95), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za upravo v skladu z njenimi pravili,
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo,
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega / magistrskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Diplomsko / magistrsko delo je lektoriral/la: Katja Vidmar

Ljubljana, 12.10.2010

Podpis avtorja/ice: \_\_\_\_\_

## **POVZETEK**

Diplomska naloga obravnava management v zdravstvu na primarni ravni in vlogo managementa pri določanju politike kakovosti v javnem zdravstvenem zavodu.

V uvodnem delu je predstavljen sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji in udeleženci ter njihova vloga v zdravstvenem sistemu. V nadaljevanju je predstavljen razvoj in pomen managementa za organizacijo, sodobna načela managementa ter njihova vpeljava v javni sektor.

Osrednji del naloge predstavlja vlogo managementa v zdravstvu in pravne okvire, ki omejujejo delo managementa v zdravstvenem zavodu. Izpostavljeni so tudi problemi in slabosti managementa v zdravstvenih zavodih.

Zaključek diplomske naloge predstavlja predstavitev posameznih zdravstvenih zavodov in analiza politike kakovosti ter osredotočenosti zavodov na obvladovanje stroškov. Opisal sem dejstva in probleme, s katerimi se sočajo obravnavani zdravstveni zavodi in različen pristop managementa zdravstvenih zavodov k uresničevanju politike kakovosti.

Ključne besede: management, zdravstvo, politika kakovosti, stroški, zdravstveni zavod

## **SUMMARY**

Management in health care:

The thesis deals with the management in the field of primary health care and the role of management regarding the standards of quality in a public health care institute.

Firstly, the participants in the health care system are presented as well as the health system itself. And then the evolution and importance of the management and its modern principles for organisation and implementing in the public domain/sector.

The main part of thesis presents the role and legal regulation of management in health care and discussion on the system's main problems and liabilities.

The conclusion introduces a few of the health care institutes in Slovenia and analyses of their policies on standards of quality and their focusing on cost management/benefit. I have shown the facts and the problems these institutes are facing and the differences in managing the standards of quality.

Key words: management, health care, standards of quality, cost benefit, health care institute

## KAZALO

IZJAVA O AVTORSTVU .....	i
POVZETEK .....	ii
SUMMARY .....	iii
1 <b>UVOD</b> .....	1
2 <b>ZDRAVSTVENO VARSTVO</b> .....	3
2.1 UDELEŽENCI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	6
2.1.1 Država .....	7
2.1.2 Zdravstveno zavarovanje in uporabniki .....	8
2.1.3 Izvajalci zdravstvenih storitev .....	9
2.2 TRIPARTITNI SISTEM VODENJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA .....	10
2.3 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST .....	11
2.3.1 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni .....	13
2.3.2 Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni .....	13
2.3.3 Zdravstvena dejavnost na tericarni ravni .....	14
3 <b>MANAGEMENT</b> .....	16
3.1 MANAGERJI .....	17
3.2 TEORIJE MANAGEMENTA .....	20
3.2.1 Znanstveni management .....	20
3.2.2 Procesna teorija managementa .....	21
3.2.3 Druge klasične teorije managementa .....	21
3.2.4 Moderne teorije managementa .....	22
3.2.5 Sodobna načela managementa .....	23
3.3 MANAGEMENT V JAVNEM SEKTORJU .....	23
4 <b>MANAGEMENT V ZDRAVSTVU IN PRAVNI OKVIRI</b> .....	26
5 <b>MANAGEMENT V ZDRAVSTVENIH ZAVODIH</b> .....	34
5.1 OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE IN ZDRAVSTVENI DOM RADOVLJICA .....	34
5.2 ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE .....	38
5.3 ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR .....	40
5.4 PRIMERJAVA POLITIK ZDRAVSTVENIH ZAVODOV .....	43
5.5 MERJENJE KAKOVOSTI .....	47
5.6 VODSTVENI MANAGMENT ZDRAVSTVENIH ZAVODOV .....	49
6 <b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LITERATURA .....	54
VIRI .....	54

## KAZALO PONAZORITEV

### KAZALO SLIK

Slika 2: Piramida odnosov med subjekti v sistemu zdravstvenega varstva .....	6
Slika 3: Postopek sprejema Splošnega dogovora .....	11

Slika 4: Ravni javne zdravstvene službe.....	12
Slika 5: Dejavnosti managementa v organizaciji .....	17
Slika 6: Ključne sestavine uspešnega managementa .....	18
Slika 7: Ravni managementa v organizacijah.....	19

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Podatki o obravnavanih zavodih .....	34
Tabela 2: Delež izdatkov za osnovno zdravstveno varstvo .....	44
Tabela 3: Primerjava obravnavanih zdravstvenih zavodov .....	45
Tabela 4: Primerjava zdravstvenih zavodov z vidika osredotočenosti na kakovost.....	46

# 1 UVOD

V zadnjem času smo priča poslabšanju razmer, ki napoveduje poslabšanje razmer na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva. Globalna kriza, ki svoje posledice širi tudi v zdravstveno blagajno, in manjši prihodki zdravstvenih zavodov so vodstva javnih zavodov postavila pred težko nalogo, ki terja uspešno vodenje tako pomembnih institucij. Sistem zdravstvenega varstva je sistem, ki se po svoji zgradbi in upravljanju šteje med najbolj kompleksne in zapletene sisteme družbe. Njegovo upravljanje je partnersko tristrano in terja sodelovanje vseh strani. Trenutne razmere in zaostrovanja s strani izvajalcev zdravstvenih storitev napovedujejo črno prihodnost zdravstvenega sistema. Vzdržnost sistema, ki obsega tri dimenzije, temelji na doseganju pravega ravnotežja med vsemi partnerji, ki upravljajo sistem zdravstvenega varstva.

Zdravje je v razvitih družbah univerzalna vrednota in človekova pravica. Slovenija ima javni sistem zdravstvenega varstva, ki temelji na dolgi tradiciji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na drugi strani se soočamo z vedno večjimi potrebami in zahtevami po zdravstvenih storitvah, ki močno bremenijo zdravstveno blagajno.

Sistem zdravstvenega varstva je organiziran v obliki javne zdravstvene mreže, ki zagotavlja izvajanje zdravstvene dejavnosti na treh ravneh, ki skupaj tvorijo celoto zdravstvene oskrbe. Diplomsko delo je v svojem bistvu osredotočeno na primarno raven, ki uporabnikom zdravstvenih storitev predstavlja prvi stik z zdravstvenim varstvom. Vodenje zdravstvenih domov in organizacijska struktura temelji na zakonodaji, ki je stara več kot devetnajst let in ne ustreza današnjemu času in razmeram, zato so nujne spremembe, ki bodo managementu zdravstvenih zavodov dodelile več pooblastil, odgovornosti in avtonomnosti za vodenje zavodov.

Namen pisanja diplomskega dela temelji na preverjanju dveh postavljenih hipotez, in sicer:

H1: Politika kakovosti v zdravstvenem domu ni jasno opredeljena.

H2: Politika zavoda je usmerjena predvsem v zmanjševanje stroškov.

Obe postavljeni hipotezi sta povezani z organizacijsko strukturo zdravstvenih zavodov, ki temelji na Zakonu o zdravstveni dejavnosti, zato je analizirana tudi vodstvena struktura zdravstvenih zavodov, ki je odgovorna in usmerja poslanstvo in politiko zdravstvenega zavoda. Namen diplomskega dela je pregledati in proučiti teoretična spoznanja o sistemu zdravstvenega varstva ter jih povezati z obstoječo prakso managementa v zdravstvenih zavodih na primarni ravni.

Teoretičen del diplomske naloge temelji na proučevanju zakonodaje in domače ter tuje strokovne literature s področja zdravstvenega varstva in na znanju, pridobljenem tekom študija na Fakulteti za upravo. Na podlagi teoretičnih izhodišč in spoznanj sem pripravil vprašalnik in z vsemi direktorji obravnavanih zavodov opravil intervju ter pridobil dokumente, ki se nanašajo na obravnavano tematiko diplomskega dela. S proučevanjem, analizo in primerjavo dokumentov, poslovnih in strokovnih poročil zavodov, statutov, ter na podlagi pridobljenih podatkov, ki so rezultat intervjuja, sem obravnaval postavljene hipoteze, izsledke pa sem interpretiral na podlagi znanstvene deskripcije.

V prvem poglavju je predstavljen sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki temelji na tristranem upravljanju sistema zdravstvenega varstva in predstavlja teoretična izhodišča



za nadaljevanje diplomske naloge. Predstavljen je sistem zdravstvenega varstva, njegovo upravljanje in udeležence v sistemu. Prav tako je predstavljena zdravstvena dejavnost in njeno izvajanje na vseh treh ravneh njenega delovanja, ki skupaj tvorijo celoto javno zdravstvene mreže.

V nadaljevanju so obravnavana teoretična izhodišča managementa, ki predstavljajo njegov razvoj in različne pristope managementa. Predstavljena so sodobna načela in opredelitve potrebnih znanj, ki jih potrebujejo sodobni managerji pri vodenju organizacij. V četrtem poglavju je predstavljen management v zdravstvu, ovire s katerimi se srečuje in značilnosti managementa v zdravstvu, ki so slika obstoječe zakonodaje. Obravnavani so pravni okviri managementa zdravstvenih zavodov in primeri organizacijskih struktur obravnavanih zavodov v diplomski nalogi.

Peto poglavje prinaša vpogled v vodstvene in organizaijske strukture obravnavanih zavodov, ter njihove značilnosti, ki se odražajo v oblikovanju prevladujoče politike posameznega zavoda. Obravnavana in analizirana je politika kakovosti in obvladovanje stroškov posameznega zavoda. Nadalje so primerjani vsi trije obravnavani zavodi in njihove značilnosti vodstvenih struktur in njihov odnos do politike kakovosti in njenega uresničevanja. Podane so ugotovitve zakaj so obravnavani zavodi v primarni vlogi usmerjeni v obvladovanje stroškov, racionalizacijo poslovanja in varčevalne ukrepe. Podani so tudi predlogi za uvajanje in merjenje kazalnikov kakovosti, ter utemeljitev zakaj je potrebno spremeniti zakonodajo, ki določa management v zdravstvenih zavodih.

Sklepni del prinaša strnjene ugotovitve in potrditev hipotez ter lastna spoznanja, ki sem jih pridobil tekom pisanja diplomskega dela.

## 2 ZDRAVSTVENO VARSTVO

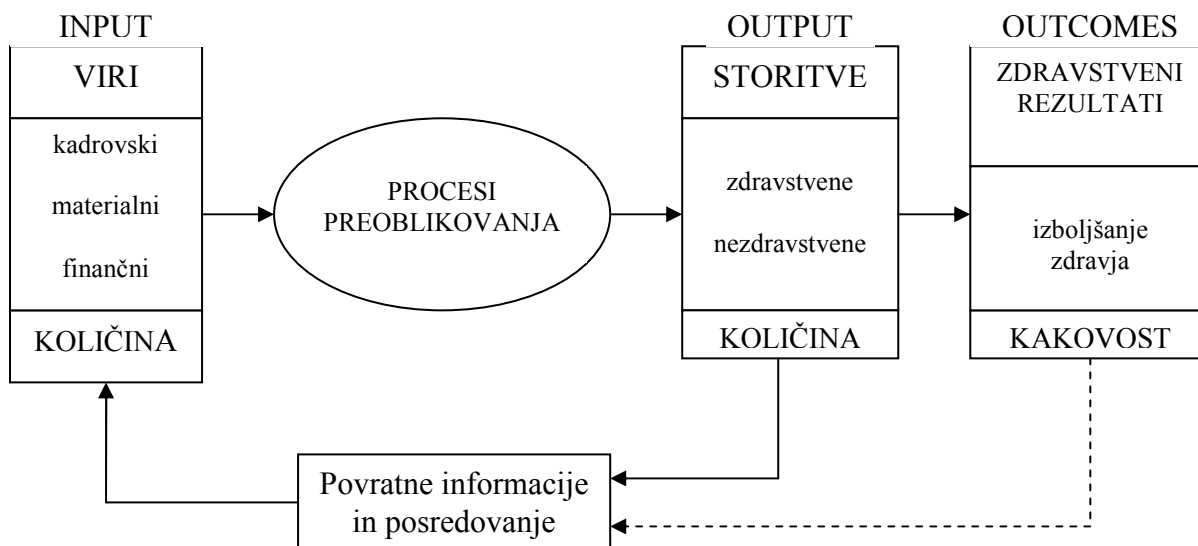
Zdravstveno varstvo je temeljna človekova pravica, opredeljena v 51. členu Ustave Republike Slovenije, ki določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakonodaja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju opredeljuje zdravstveno varstvo kot »sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti«. (Uradni list RS, št. 72/2006)

Sistem zdravstvenega varstva je eden največjih in organizacijsko najzahtevnejših sistemov zaradi svoje razvejanosti in obsega, saj aktivnost poteka neprekinjeno 24 ur na dan, vse dni v letu. Organiziranost zdravstvenega varstva je odvisno od ekonomske zmožnosti, socialne naravnosti in stopnje razvoja medicinske znanosti.

Bolj ekonomska opredelitev opredeljuje sistem zdravstvenega varstva kot »družbeni mehanizem, ki spreminja splošne vire – inpute (človeške, materialne, finančne) v specializirane učinke – outpute (zdravstvene storitve in prave učinke zdravstvenih aktivnosti – outcome (zdravstvene rezultate), ki so usmerjeni v zdravstvene probleme dane družbe«. (Česen, 1998, str. 33)

**Slika 1: Učinki delovanja zdravstvenega sistema**



Vir: Česen (1998, str. 14)

Tako lahko sistem zdravstvenega varstva opredelimo bolj splošno, in sicer kot sistem, ki vključuje vse organizacije, ureditve in vire, namenjene izvajanju zdravstvenih aktivnosti, ki predstavljajo vsak napor v smislu zdravstvene oskrbe posameznika, dejavnosti javnega zdravja ali medsektorske vzpodbude, katerih primarni cilj je izboljšanje zdravja. »Zdravstveno varstvo je sistem, ki predstavlja splet družbenih, skupinskih in individualnih

ukrepov ter aktivnosti, ki prispevajo h krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja posameznika, skupine ali družbe.« (Ceglar, 2006, str. 22)

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na socialnem modelu zdravstvenega varstva, ki opredeljuje zdravje kot javno dobrino. Sistem zdravstvenega varstva izhaja iz Bismarckovega modela oziroma modela socialnega zdravstvenega zavarovanja, ki je bil razvit v Nemčiji in predstavlja prvi organiziran sistem zdravstvenega varstva na svetu. Bismarckov model so poleg Slovenije uvedle še nekatere druge države, na primer Avstrija, Francija, Belgija, Nizozemska in Japonska.

»Dostopnost do ustreznega zdravstvenega varstva je ena izmed državljskih pravic, ki se zagotavlja vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na njihovo zdravstveno, socialno ali ekonomsko stanje.« ( Ministrstvo za zdravje, 2003, str. 55)

Skladno z načeli Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva in hkrati tudi dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi.

Sistem zdravstvenega varstva je zelo specifičen, saj ga opredeljuje mnogo značilnosti, saj ljudje zdravju predpisujemo velik pomen, vendar zdravje pridobi visoko vrednoto šele takrat, ko nastopijo težave, zdravju pa je težko določiti ekonomsko vrednost na podlagi definicije, da je proizvod ali storitev vredna toliko, kolikor je uporabnik pripravljen plačati zanj/zanjo. Zato se cena oblikuje preko zavarovalnic, ki se z izvajalci zdravstvenih storitev dogovori o ceni in obsegu storitev.

Pravica do zdravstvenega varstva izhaja že iz členov Ustave Republike Slovenije, hkrati pravico dostopa do zdravstvenega varstva urejajo tudi pravni dokumenti Evropske unije, ki jo opredeljujejo kot univerzalno pravico. Temeljni akti o pravicah državljanov Evropske unije določajo, da ima vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja.

Ustava Republike Slovenije opredeljuje naslednje pravice za področje zdravstvenega varstva:

- Pravica do zdravstvenega varstva (51. člen),
- Pravica do zdravstvenega zavarovanja ( 50. člen v okviru pravic do socialne varnosti),
- Pravica do svobodnega odločanja o rojstvih otrok ( 55. člen),
- Pravica do ugovora vesti ( 46. člen ).

Poleg zgoraj navedenih pravic se na področje zdravstvenega varstva nanašajo tudi druge pomembne človekove pravice in temeljne svoboščine za področje zdravstvenega varstva kot so prepoved medicinskih poskusov brez privolitve, varstvo osebne svobode, pravica do osebnega dostojanstva in varnosti, varstvo zasebnosti in osebnostnih pravic ter varstvo osebnih podatkov.

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji vključuje načelo dostopnosti, ki zagotavlja pravico do osnovne zdravstvene varnosti in oskrbe vsem (univerzalna dostopnost), socialna komponenta zdravstvenega varstva pa terja, da tisti, ki imajo večje potrebe, dobijo več kot tisti, ki potrebujejo manj, ljudje z enakimi potrebami pa dobijo enako (pravična dostopnost). Načelo enakosti naj bi zagotavljal, da imajo vsi državljani ne glede na svoje plačilne zmožnosti pravico do enake zdravstvene oskrbe in obravnave. Prisotno je tudi načelo pravičnosti, ki pa opredeljuje, imajo državljani ne glede na plačilne

možnosti, pravico do takšne zdravstvene oskrbe, ki jo potrebujejo glede na njihovo zdravstveno stanje.

Odnos med uporabnikom in ponudnikom zdravstvene storitve, kjer kot posrednik in upravljaec sistema zdravstvenega varstva nastopa država, ki ohranja zdravstveno varstvo kot kolektivno dobro, bi lahko v nereguliranih okoliščinah privedel do podrejenosti uporabnika, saj slednji pogosto ne ve, kakšno zdravljenje potrebuje in v primeru nujne pomoči tudi ne izbira zdravnika ali zdravstvenega zavoda. Vloga države v takšnih primerih obsega zaščito uporabnikov in izničuje njegovo podrejenost z uvajanjem solidarnosti, ki jo nekateri vidijo kot ključ za doseg pravične družbe. Bolezen nastopi proti volji posameznika in ga lahko onesposobi za nadaljnje delo. Stroški zdravljenja pa so pogosto previsoki, da bi jih lahko posameznik v celoti kril iz svojega žepa. Delovanje zdravstvene dejavnosti v povsem tržnih razmerah povečuje nepravilnost in javno nezadovoljstvo, saj prinašajo prednosti zgolj lastnikom, dobaviteljem in izvajalcem, na drugi strani pa so plačniki in uporabniki v slabšem položaju. Zato je kolektivno zadovoljevanje zdravstvenih potreb racionalnejše, hkrati pa boljše zdravstveno stanje vpliva na faktor produktivnosti posamezne družbe, zato je v interesu države, da so ljudje zdravi. Zato je potrebno v zdravstveni dejavnosti uspešno združiti temeljne človekove pravice po zdravstvenem varstvu in metode dobrega upravljanja in vodenja sistema s spoznanji sodobnega managementa.

Pomembna lastnost sistema zdravstvenega varstva je tudi podsistemska delitev sistema, saj je sam sistem tako velik, da znotraj njega najdemo določene manjše zaokrožene celote (glej Oder, 2008, str. 4):

- podsystem, ki služi za zadovoljevanje potreb po zdravstvenih storitvah;
- podsystem, ki vpliva na socialno varnost posameznika, kot so pravica do denarnih nadomestil zaradi spremembe v zdravstvenem stanju, ki zmanjšuje sposobnost za pridobivanje prihodkov za preživljanje.

Drugi podsystem je ključnega pomena z vidika posameznikove socialne varnosti, po drugi strani pa je podsystem precejšnja obremenitev za delodajalca, za daljše časovno obdobje pa za zdravstveno blagajno ZZZS, zato se že dlje časa skuša zmanjšati višino nadomestil za odsotnost od dela, predvsem za poškodbe izven dela ob tveganih dejavnostih.

Z vidika udeležencev v zdravstveni dejavnosti in glede na procese, v katerih sodelujejo, lahko zdravstveni sistem razdelimo na dva dela:

- medicinski del sistema, v katerem se opravljajo storitve, neposredno povezane z zdravjem in krepitevijo zdravja ljudi;
- nemedicinski del sistema, ki obsega vsa področja, ki so nujno potrebna za nemoteno funkcioniranje sistema zdravstvenega varstva kot celote in tudi njenih posameznih delov.

V strukturi zdravstvenega varstva je prisotna negotovost, saj je potreba po zdravstveni oskrbi navadno nepredvidljiva, zato se ljudje raje dodatno zavarujejo. Mehanizem zavarovanj skrbi za prenos sredstev od tistih, ki jih potrebujejo manj, do tistih, ki jih potrebujejo več.

Za zdravstveni sektor je značilen monopol na ponudbeni strani, kar je posledica storitev, ki potrebujejo visoko tehnologijo za manjšo skupino uporabnikov. Zato država usmerja in regulira delovanje sistema zdravstvenega varstva.

Zdravstveni sistem je soočen z izzivi naraščajočih stroškov zdravstvene oskrbe, ki so posledica dragega tehnološkega razvoja, daljše življenjske dobe ljudi in večjih potreb po

zdravstvenih storitvah. Reforme zdravstvenega sistema so nujno potrebne za finančno vzdržnost in stabilnost sistema zdravstvenega varstva.

Sistem zdravstvenega varstva sestavlja več elementov (Česen, 1998, str. 46):

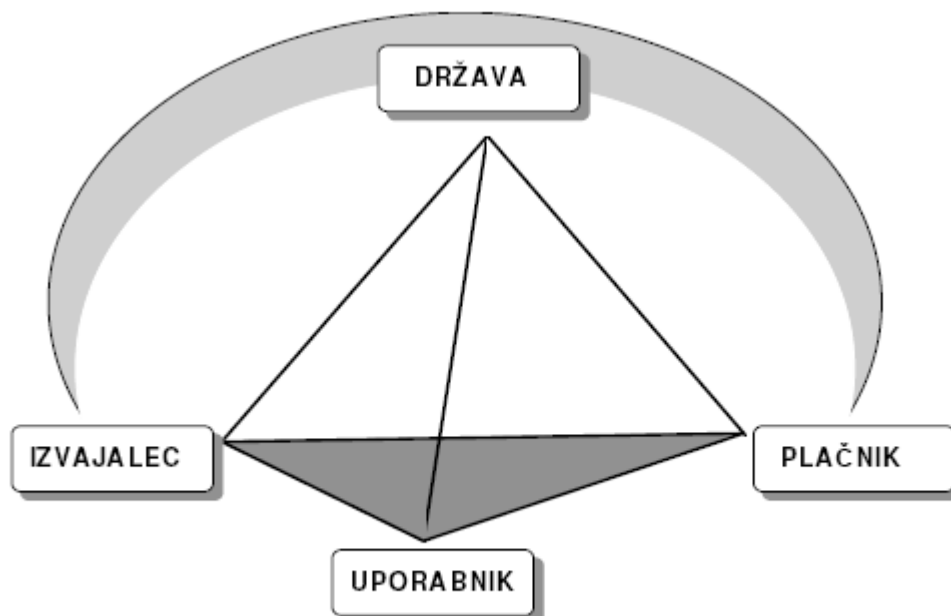
- Zdravstvena politika,
- Zdravstvena dejavnost,
- Zdravstveno zavarovanje,
- Izobraževanje in usposabljanje,
- Medicinska znanost in zdravstvene tehnologije.

»Vsa elementarna področja zdravstvenega sistema so pomembna z vidika celovitosti sistema, saj le preko uresničevanja vseh elementov sistem deluje kot celota. Prvi trije elementi predstavljajo samo jedro oziroma temelje zdravstvenega varstva, med tem ko sta zadnja dva elementa podporna stebra, brez katerega bi celoten sistem izgubil ravnotežje in bi se sesedel sam vase. Po načelu funkcionalnosti zgradbe mora imeti vsak element sistema točno določeno mesto (naloge, pristojnosti, odgovornosti) in vlogo v sistemu zdravstvenega varstva, v nasprotnem se kot rezultat slabo postavljene strukture, izraža slabo in moteno delovanje sistema ter prihaja do motenj v upravljanju in opravljanju zdravstvene dejavnosti.« (Česen, 1998, str. 46)

## 2.1 UDELEŽENCI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji sestavljajo zdravstvena politika (država), zdravstvena dejavnost (izvajalci), zdravstveno zavarovanje (plačniki), ki zastopa uporabnike.

**Slika 2: Piramida odnosov med subjekti v sistemu zdravstvenega varstva**



Vir: Cerkvenik (2003, str. 105)

Sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji temelji na tripartitnem sistemu upravljanja, ki vključuje vse tri skupine akterjev in je zasnovan tako, da kar najbolj povezuje in usklajuje interese vseh treh skupin. Vsi trije partnerji so med seboj organizacijsko ločeni, sistem pa vodijo z medsebojnim dogovarjanjem in pogajanjem, z namenom zagotoviti kakovostno zdravstveno varstvo in učinkovito, racionalno in gospodarno porabo vseh virov.

Vendar se tako kot večina Evropskih držav Slovenija srečuje s pritiski za dodatna sredstva v javnem zdravstvu zaradi porasta cen zdravil in novih bioloških zdravil, uvajanja novih tehnologij za diagnostiko in zdravljenje, hkrati pa država kljub podaljševanju življenjske dobe znižuje sredstva namenjena za zdravstveno varstvo.

Hkrati je Sloveniji čutiti pomanjkanje zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja ter s pomanjkljivostmi v znanju vodenja in upravljanja na področju zdravstva. Vsa navedena dejstva postavljajo vse tri partnerje v položaj, ki od vseh terja poglobljeno sodelovanje in iskanje ustreznih rešitev oziroma dogovorov o upravljanju sistema zdravstvenega varstva. Iskanje konsenza je še toliko bolj pomembno v času gospodarske krize, ki sili državo v varčevanje finančnih sredstev.

### **2.1.1 Država**

Zdravstveno politiko oblikuje in uresničuje Republika Slovenija ter hkrati prevzema javno odgovornost za zdravstveno varnost prebivalcev. Država uresničuje izvajanje zdravstvenega varstva in ustvarja pogoje za njegovo delovanje in razvoj z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike. Njene temeljne naloge so, da načrtuje zdravstveno varstvo in določa strategijo razvoja, sprejema predpise in ukrepe, ki spodbujajo krepitev in varovanje zdravja, zagotavlja zakonodajno politiko ter druge naloge in pristojnosti, določene z različnimi zakoni in predpisi. Organiziranost zdravstvenega varstva posamezne države je odvisna od njene ekonomske zmožnosti, socialne naravnosti in stopnje razvoja medicinske znanosti.

Za uresničevanje nalog in obveznosti skrbi Vlada Republike Slovenije z resornim Ministrstvom za zdravje, ki ima glavno vlogo pri skrbništvu nad celotnim sistemom. Inštitut za varovanje zdravja (IVZ) pa predstavlja ključno organizacijo, ki ima podporno funkcijo resornemu ministrstvu. Na nacionalni ravni IVZ s svojimi aktivnostmi razvija doktrino javnega zdravja v skladu z evropskimi usmeritvami. Aktivnosti IVZ-ja zajemajo razvijanje stabilnega sistema spremljanja zdravja, opravljanje naloge zbiranja, analiziranja in posredovanja primerljivih podatkov o zdravstvenem stanju, organiziranosti sistema zdravstvenega varstva, pomembna pa je tudi vloga IVZ-ja na lokalni ravni, saj s svojimi območnimi zavodi, ki pokrivajo več občin, na podlagi poznavanja zdravstvene problematike in specifičnih dejavnikov, ki so pomembni za zdravje lokalnega prebivalstva, nudijo lokalnim oblastem strokovna izhodišča za sprejemanje politik in ukrepov varovanja in krepitve zdravja.

Pomembno vlogo ima tudi Svet za zdravje vlade Republike Slovenije, ki spremlja vplive okolja in življenjskih navad na zdravje ljudi in predlaga primerne ukrepe, ocenjuje razvojne načrte in zakonske osnutke z vseh področij, ki vplivajo na zdravje ljudi ter obravnava tudi druga vprašanja s področja zdravstvenega varstva.

Zdravstveno politiko in sistem v določenih merilih uravnavajo tudi druga ministrstva, katerih področja pokrivajo določene sklope zdravstvene politike. Zdravje je sestavni del

vseh politik, predvsem politike varovanja okolja, kmetijstva in pridelave hrane, izobraževanja, športa in socialnih zadev, zato mora država v sistem zdravstvenega varstva vključiti vsa področja svojega delovanja z namenom zagotoviti najboljše zdravstveno varstvo za svoje prebivalce.

Republika Slovenija planira razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotrno delitev dela.

Prav tako je Republika Slovenija zadolžena za vzpostavitev in investicije v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je država. V prihodnosti bodo z ustanovitvijo pokrajin določene pristojnosti in odgovornosti, vključno z investicijami za sekundarni nivo, prešle na pokrajine, pristojnosti in odgovornosti terciarnega zdravstva pa bodo še naprej ostale v pristojnosti države, kot tudi celovita pravna ureditev, kadrovska, finančna in izobraževalna politika.

### **2.1.2 Zdravstveno zavarovanje in uporabniki**

Sistem zdravstvenega zavarovanja je vpet v celovit sistem zdravstvenega varstva Republike Slovenije in predstavlja pomembno komponento v tripartitem sistemu zdravstvenega varstva. V Sloveniji imamo obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Posamezniki imajo dolžnost, da se zavarujejo (obvezno zavarovanje). Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi.

Izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je javna služba, ki jo opravlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) kot javni zavod, ki zastopa interese uporabnikov zdravstvenih storitev in v njihovem interesu ureja odnose z izvajalci zdravstvenih storitev. ZZZS zbira in razporeja zbrana finančna sredstva, ki izhajajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v izvajanje zdravstvenega varstva iz tega naslova pravic.

Z obveznim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki jih določa ZZVZV (Ur.l. RS, št. 9/1992) :

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela,
- pogrebna in posmrtnina,
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Podrobneje pa obseg in vrsto pravic določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pristojnosti in naloge Zavoda za zdravstveno zavarovanje obsegajo (Ur.l. RS, št. 9/1992):

- izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- dogovarjanje in sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zdravstvenimi delavci,
- izvajanje mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju,
- dajanje pravne in druge strokovne pomoči zdravstvenim osebam.

Dopolnilno zavarovanje predstavlja javni interes Republike Slovenije in se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci

dopolnilnega zavarovanja. Skupaj z obveznim zdravstvenim zavarovanjem dopolnilno zavarovanje predstavlja del socialne varnosti zavarovanih oseb po ZZVZV.

Zaradi finančne vzdržnosti in stabilnosti ZZZSja pa se v zadnjem času obseg pravic iz obveznega zavarovanja vedno bolj krči. Predvsem na področju pogrebnine in posmrtnine se poraja vrsto vprašanj, ki so vedno bolj aktualna ob vse večjih pritiskih na zdravstveno blagajno. Vprašanje zadeva, če pogrebnina in posmrtnina izhajata iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj bolj sodita med socialne pravice in ne v zdravstveni sistem.

### **2.1.3 Izvajalci zdravstvenih storitev**

Zdravstvena dejavnost je v zakonu o Zdravstveni dejavnosti opredeljena kot »ukrepi in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev«. (Ur.l. RS, št. 36/2004)

Zdravstvena dejavnost kot javna služba se opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe, ki temelji na planu zdravstvenega varstva Republike Slovenije. Mreža javne zdravstvene službe se organizira glede na zdravstveno stanje, število, starostne in socialne strukture prebivalcev ob upoštevanju stopnje urbanizacije območij, specifičnosti poselitve, stanje onesnaženosti okolja ter gospodarskih možnosti. Vsem pa je potrebno zagotoviti enake pogoje in možnosti uporabe zdravstvenih storitev. Vloga in pomen mreže javne zdravstvene dejavnosti je predvsem v tem, da omogoči enakomerno in potrebam prebivalstva prilagojeno razporeditev zdravstvenih zmogljivosti po območjih države in usklajen razvoj vseh vrst dejavnosti in specialnosti.

Zdravstvena dejavnost je možna tudi izven mreže javne zdravstvene službe in je plačljiva.

Za opravljanje zdravstvene dejavnosti v okviru mreže javne zdravstvene službe mora zasebni izvajalec pridobiti koncesijo, ki jo za dejavnosti na primarni ravni podeljujejo občine, s soglasjem Ministrstva za zdravje. Občina oziroma več občin hkrati na primarni ravni določa in zagotavlja izvajanje zdravstvene dejavnosti na svojem teritoriju. Koncesijo za zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni pa podeljuje in določa država. Koncesija pomeni pooblastilo za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe. Zdravstvene storitve, opravljene v okviru javne zdravstvene mreže na podlagi podeljene koncesije zasebniku, se prav tako plačujejo preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zasebno delo se opravlja na podlagi podeljene koncesije zasebniku (»kvaziprivatizacija«), možno je tudi opravljane zasebne zdravstvene dejavnosti brez koncesije (»čisti zasebnik«), vendar se v tem primeru opravljene storitve ne plačujejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ampak jih mora uporabnik v celoti plačati sam oziroma si mora urediti ustrezno prostovoljno zavarovanje. Zasebnik koncesionar sklene pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, v kateri so opredeljena vrsta zdravstvene dejavnosti, cene in obseg storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določa, da mora ustanovitelj zdravstvenega zavoda (na primarni ravni občina ali mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa država) zagotoviti ustrezne materialne pogoje za delo zavoda.



V Sloveniji na primarni ravni deluje osemindeset javnih zdravstvenih zavodov, dvanajst splošnih bolnišnic in trinajst specialnih bolnišnic. Mrežo javnih zdravstvenih zavodov sestavlja še dvanajst Zavodov za zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja, Zavod za transfuzijsko medicino ter zavod Slovenija transplant. (www.mz.gov.si, 2010)

Izvajalce zdravstvenih storitev pri upravljanju zdravstvenega varstva predstavljata Zdravniška zbornica in Lekarniška zbornica. Članstvo je v obeh zbornicah obvezno za vse izvajalce zdravstvene dejavnosti. Namen združenj je, da z medsebojnim povezovanjem in sodelovanjem članov ter zastopanjem njihovih interesov, obveščanjem in svetovanjem, zagotavljajo boljše pogoje za njihovo delovanje. Zdravniška zbornica je odgovorna tudi za podeljevanje in podaljševanje veljavnosti licenc za opravljanje zdravniške dejavnosti. Hkrati je tudi nadzorni organ nad delom izvajalcev zdravstvenih storitev. Po zadnjih medijsko odmevnih aferah želi Ministrstvo za zdravje z reformo prevzeti del nadzorne funkcije nad delom izvajalcev zdravstvenih storitev.

## **2.2 TRIPARTITNI SISTEM VODENJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Vodenje sistema zdravstvenega varstva je tristrano in osnovni dokument dogovarjanja med vsemi partnerji je vsakoletni Splošni dogovor, ki ga na posameznih ožjih področjih dopolnjujejo področni dogovori (Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost, Področni dogovor za lekarniško dejavnost, Področni dogovor za dejavnost naravnih zdravilišč, itd.). Splošni dogovor je rezultat pogajanj med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ministrstvom za zdravje in predstavnikom izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice, Lekarniške zbornice, itd.).

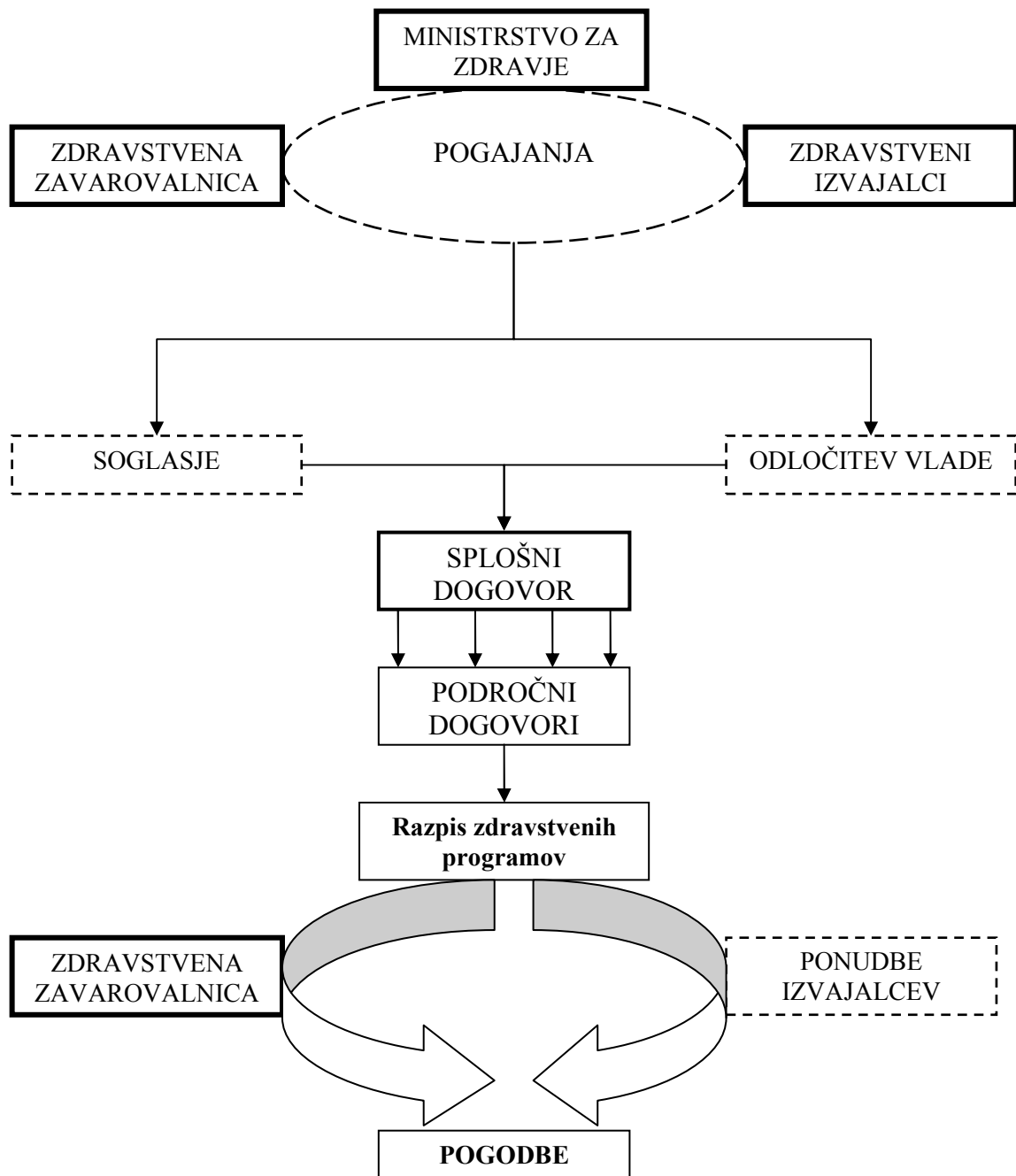
Splošni dogovor podrobneje določa (ZZZS, 2008, str. 71):

- program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zmogljivosti, ki so potrebne za izvedbo dogovorjenega programa;
- obseg sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za financiranje zdravstvenih dejavnosti;
- globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih opredeljenih v Splošnem dogovoru;
- izhodišče za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev;
- druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev.

Po opravljenih pogajanjih in sprejetem Splošnem dogovoru Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izvede javni razpis, na katerega se prijavijo izvajalci zdravstvenih storitev. Po izbiri Zavod za zdravstveno zavarovanje z izvajalci sklene letne pogodbe o obsegu storitev, v katerih je določena vrsta, obseg in cena storitve, način plačevanja ter nadzor nad izvajanjem sklenjenega dogovora oziroma pogodbe, ki natančneje opredeljuje obveznosti določene s pogodbo. (glej Česen, 2003, str. 87)

Proces sprejemanja in implementacije Splošnega dogovora je podrobneje prikazan v spodnji sliki.

**Slika 3: Postopek sprejema Splošnega dogovora**



Vir: Česen (2003, str. 88)

### 2.3 ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

»V zdravstveni dejavnosti so združene tiste zdravstveno usmerjene aktivnosti, za katere država na določeni stopnji ekonomske in socialne razvitosti presodi, da morajo biti ljudem na voljo za zadovoljevanje zdravstvenih potreb. Z opravljanjem zdravstvene dejavnosti želi doseči dva cilja:

- vzdrževati delovno sposobnost prebivalstva (predvsem aktivnega) na ravni, ki omogoča nemoten potek proizvodnih procesov;

– prispevati k blaginji in kakovosti življenja posameznika.« (Česen, 1988, str. 56)

Zdravstvena dejavnost je v Slovenji organizirana v okviru mreže javne zdravstvene službe, ki se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost. Na sekundarni ravni zdravstvena dejavnost obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost.

Opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov in drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov spada pod terciarno raven zdravstvene dejavnosti. Za celovitost zdravstvenega varstva v Sloveniji in za uspešnost delovanja javne zdravstvene mreže kot celote je nujno potrebno, da so vse tri ravni medsebojno usklajene in pravilno organizirane.

Organiziranost zdravstvene dejavnosti najlažje predstavimo s piramido.

**Slika 4: Ravni javne zdravstvene službe**



Vir: Toth (2003, str. 20)

Spodnji del piramide predstavlja primarna raven, ki po obsegu in količini zajame največji del zdravstvenih storitev, zdravstvenih zavodov ter izvajalcev zdravstvenih storitev in jo lahko označimo kot temeljni kamen zdravstvenega sistema. Nad primarno ravno je sekundarna raven, ki je bolj specializirana in zajema manjši del zdravstvenih storitev, ki pa so bolj zahtevne in hkrati terjajo boljšo medicinsko tehnologijo. Vrh piramide predstavlja terciarna raven, kjer so opravi najmanjše število zdravstvenih storitev, ki pa so najzahtevnejše storitve v zdravstveni dejavnosti.

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje tudi opravljanje drugih zdravstvenih dejavnosti:

- zdraviliško zdravstvena dejavnost,
- lekarniška dejavnost in preskrba z ortopedskimi ter drugimi pripomočki,
- preskrba s krvjo in krvnimi pripravki ter z organi za presajanje,
- socio-medicinsko, higiensko, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost.

V nadaljevanju se bom osredotočil le na izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

### **2.3.1 Zdravstvena dejavnost na primarni ravni**

Zdravstvena dejavnost je na primarni ravni dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanj drugih zdravstvenih zavodov oziroma posrednikov. Zdravstveno varstvo na primarnem nivoju opravljajo zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, ginekologi in zobozdravniki.

Osnovno zdravstveno dejavnost na primarni ravni opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci, in sicer v obsegu, ki najbolj ustreza potrebam lokalnega prebivalstva, ki omogoča hitro in enostavno dostopnost, pri čemer je upoštevana geografska razporeditev oziroma gravitacijsko območje zdravstvenega zavoda, razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezno časovno dostopnost zdravstvene službe.

Opravljanje zdravstvene dejavnosti na primarni torej obsega opravljanje storitev, ki po strukturi in količini najbolj ustreza lokalnim potrebam in možnostim ter predstavlja prvo raven stikov prebivalstva z zdravstveno službo.

Zdravstveni dom je zdravstveni zavod, ki ima organizirano najmanj preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, nujno medicinsko pomoč, splošno medicino, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, patronažno varstvo in laboratorijsko ter drugo diagnostiko.

V zdravstveni postaji se izvaja najmanj nujna medicinska pomoč, splošna medicina in zdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma družinska medicina ter osnovne diagnostične preiskave.

Zdravstvena dejavnost na primarni ravni po Zakonu o zdravstveni dejavnosti obsega (Ur.l. RS, št. 36/2004):

1. preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
2. zdravstveno vzgojo in svetovanje za ohranitev ter krepitev zdravja;
3. preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo;
4. zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
5. patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
6. nujno medicinsko pomoč in reševalno službo, če ta ni organizirana pri bolnišnici,
7. zdravstvene preglede športnikov in nabornikov;
8. ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo.

Naloge in pristojnosti zdravstvene dejavnosti na primarni ravni obsegajo tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialnovarstvenimi, vzgojnoizobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja.

### **2.3.2 Zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni**

Zdravstvena oskrba na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti obravnava zahtevnejše zdravstvene primere, ki jih na primarni ravni niso sposobni rešiti ali pa je potrebno

uporabiti zahtevnejše posege oziroma je za zdravljenje potrebna zahtevnejša medicinska tehnologija. Uporabnik zdravstvenih storitev je na sekundarni nivo napoten s strani osebnega zdravnika, ki oceni, ali je posameznikovo stanje, bolezen ali poškodba potrebna zahtevnejše obravnave.

Mreža na sekundarni ravni je vzpostavljena razpršeno po regijskem načelu, a v skladu z zakonodajo so pristojnosti in odgovornosti za organizacijo sekundarne ravni zdravstvenega varstva v rokah države, v prihodnosti pa bodo z ustanovitvijo pokrajin določene pristojnosti in odgovornosti, vključno z investicijami, ki so zdaj v pristojnosti države, prešle na pokrajine.

Sekundarno zdravstvo sestoji iz dveh dejavnosti, in sicer iz specialistične ambulantne dejavnosti in iz specialistične bolnišnične dejavnosti.

Specialistična ambulantna dejavnost je kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti. Obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj in izvajanje ambulantne rehabilitacije.

Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok.

Specialistična bolnišnična dejavnost obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah. Te dejavnosti opravlja bolnišnica, ki mora imeti v svoji sestavi poleg posteljnih zmogljivosti enote za specialistično ambulantno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč, anesteziološko dejavnost z reanimacijo, laboratorijsko, rentgensko in drugo diagnostiko v skladu s svojo strokovno usmeritvijo, preskrbo z zdravili.

Bolnišnice se po namenu ločijo v splošne in specialne. Splošna bolnišnica je zdravstveni zavod, ki je prilagojen za zdravljenje več vrst bolezni, specialna bolnišnica pa je prilagojena za specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje določene bolezni ali določene skupine prebivalcev. Bolnišnica mora imeti tudi zagotovljeno reševalno službo, ambulantno medicinsko rehabilitacijo, preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki (če to zahteva narava njenega dela) ter patoanatomsko dejavnost.

### **2.3.3 Zdravstvena dejavnost na terciarni ravni**

Terciarno zdravstvo obsega dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, ki se ukvarjajo z znanstvenoraziskovalnim in vzgojno-izobraževalnim delom za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole ter opravljajo najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni možno niti ni smotrno opravljati na nižjih ravneh.

V okviru svoje dejavnosti klinike, klinični inštituti ali klinični oddelki opravljajo najzahtevnejše specialistično ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikujejo doktrino stopenjske diagnostike in zdravljenja na svojem področju ter jo posredujejo drugim bolnišnicam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Sodelujejo tudi z visokošolskimi zavodi in drugimi strokovnimi organizacijami pri oblikovanju in izvajanju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja zdravnikov, zobozdravnikov, drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev z visoko iz-obrazbo.

Zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni, določi ministrstvo, pristojno za zdravje, in sicer vsako leto v Splošnem dogovoru in Področnem

dogovoru za bolnišnice, ki zajema tudi določeno število posebno zahtevnih posegov letno (transplantacije, operacije na odprtem srcu itd.) in druge zahtevne zdravstvene storitve.

### 3 MANAGEMENT

Izvor besede management je v angleškem glagolu »to manage«, sam prevod besede management pa pomeni obvladovati, nekateri besedo management prevajajo tudi kot vodenje oziroma usmerjanje, vendar se v praksi najbolj pogosto pojavlja kot tujka »management«.

Pojem management ima veliko različnih definicij, kar je predvsem posledica, da so se preučevanja managementa lotevali avtorji, ki si prihajali iz različnih strok. Običajno management pomeni vodstvo in vodenje podjetja ali drugih organizacij.

Novejše opredelitve definirajo management kot koordiniranje poslovnih aktivnosti, ki zagotavljajo uspešno in učinkovito poslovanje organizacije. Ta dva cilja managerji dosegajo z usmerjanjem in vodenjem zaposlenih, njihovih znanj, veščin in sposobnosti. (www.sl.wikipedia.org, 2010)

»Management je na splošno rečeno planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji oziroma vseh nalog in aktivnosti, ki jih zaposleni opravljajo. Cilji organizacije dajejo pobude in vodila za te naloge in aktivnosti. Management je v bistvu usklajevanje nalog in dejavnosti za doseg ciljev.« (Možina, 2002, str. 12)

Dejavnosti managementa morajo biti usmerjene v učinkovito in uspešno doseganje ciljev organizacije, ki jih z načrtovanjem, organiziranjem, usmerjanjem oziroma vodenjem in usklajevanjem ter nadziranjem, dosegajo za to usposobljeni menedžerji, ki imajo ustrezna strokovna znanja, ki jih pridobijo z izobraževanjem, vseživljenjskim učenjem in izkušnjami.

Pojem management lahko opredelimo tudi kot reševanje problemov, ki se pojavljajo pri planiranju, organiziranju, vodenju in kontroliranju dela na ustvarjalen in celovit način, da dosežemo cilje organizacije. (glej Možina, 2002, str. 13)

Management je torej proces vodenja podjetja k izidom, ki zajema planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje oziroma obvladovanje organizacije, da učinkovito in uspešno dosega zastavljene cilje.

Hkrati management opredeljuje tudi vedo in znanost, ki preučuje in se ukvarja z delovanjem managementa. Management kot stroka se začenja razvijati pred približno 235 leti, njene temelje pa je postavil Adam Smith z delitvijo dela.

Znanost managementa je v začetku obsegala predvsem upravna in organizacijska področja znanosti, vendar se veda razvija v celovito družboslovno področje, ki v svojo sistemsko strukturo vključuje tudi elemente s področja ekonomije in prava. Management kot veda se je razvil v interdisciplinarno področje, ki zajema znanje iz ekonomije, prava, organizacijskih ved, informacijskih znanosti, sociologije, psihologije, etike in tehnologije. Management je torej uporabna znanost ali veda, ki gradi na spoznanju cele vrste drugih znanosti. (glej Možina, 2002, str. 13)

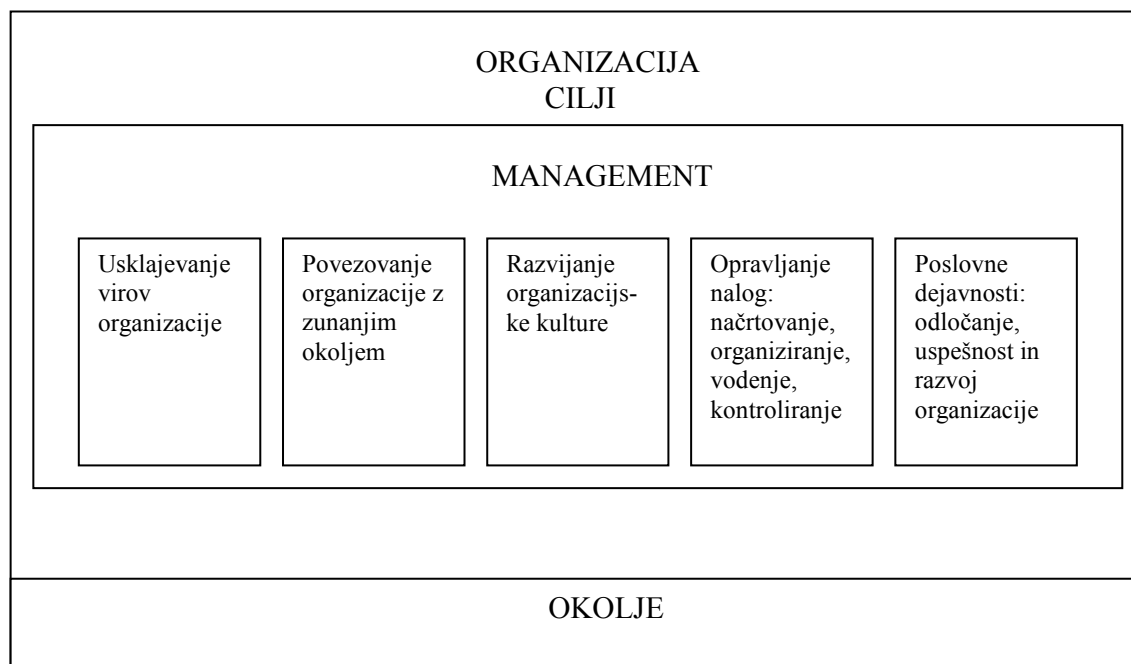
Management se pojavlja v vsaki organizaciji in je ključni podsistem v vsaki organizaciji, saj povezuje in usmerja vse druge podsisteme.

Management koordinira človeške, materialne in finančne vire s cilji organizacije, skrbi za povezovanje organizacije z zunanjim okoljem ter se z ukrepi in aktivnostmi odziva na potrebe družbe.

Naloge managementa zajemajo tudi zahtevo po razvijanju organizacijskega razpoloženja, ki je ključ za doseganje individualnih in skupinskih ciljev.

Management zajema tudi pravico in dolžnost sprejemanja pravih odločitev, ki so nujno potrebne za vodenje in doseganje ciljev organizacije.

**Slika 5: Dejavnosti managementa v organizaciji**



Vir: Možina (2002, str. 17)

»Management se sooča z izzivi v notranjem okolju organizacije, prav tako tudi z zunanjim okoljem, ki je močno prepleteno z izzivi organizacije. Uspešen management prepozna te izzive in jih je zmožen premagati na način, da procese znotraj organizacije prilagaja ciljem in izzivom. Naloge managementa so, da prepozna vse dejavnike, ki vplivajo na organizacijo, notranji in zunanji dejavniki, ter jih zna obvladovati in medsebojno povezati v celoto, ki omogoča organizaciji doseganje zastavljenih ciljev.« (Možina, 2002, str. 17)

### 3.1 MANAGERJI

Menedžer je človek, ki usmerja človeške, materialne in finančne vire ter vodi organizacijo, je torej oseba, ki načrtuje, organizira, usmerja in nadzoruje delovanje organizacije.

Menedžerji so odgovorni za doseganje ciljev organizacije in morajo prepoznati različne sposobnosti in znanja ljudi ter jih uskladiti z zahtevami dela, da uresničijo cilje organizacije. Od njih se terja strokovnost, vodstvene sposobnosti in etičnost. (Možina, 2002)



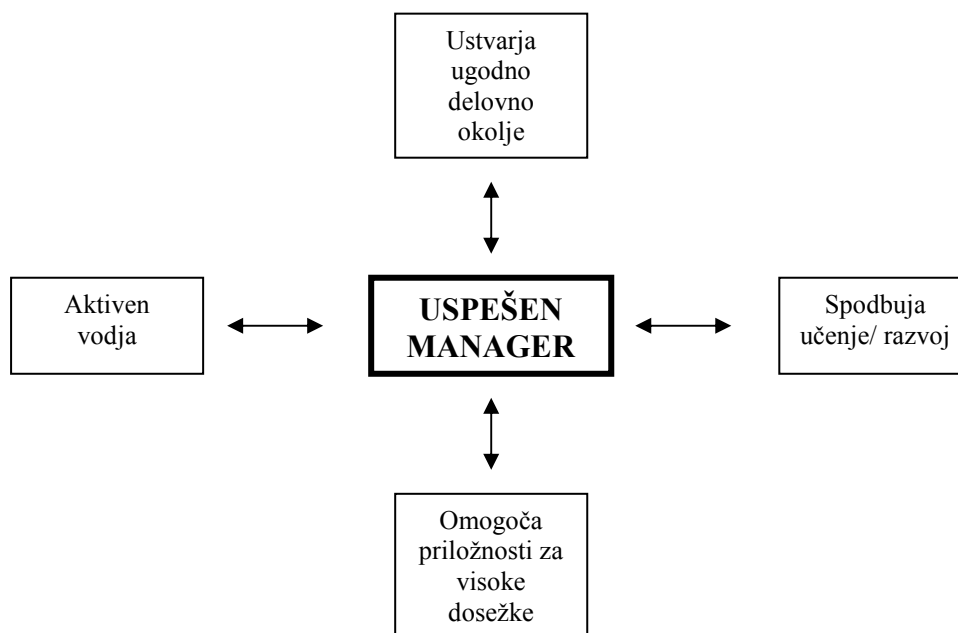
Menedžer mora obvladati in uporabljati strokovna znanja in veščine, zato je pomembno vseživljensko učenje in poznavanje strokovnih znanj večih področij, kot so ekonomija, psihologija, tehnologija, pravo, informacijska znanja.

»Vodstvene sposobnosti so nujno potrebne za ravnanje s človeškimi viri, znati in obvladovati morajo voditi sodelavce, jih motivirati in spodbujati k učenju in osebnemu razvoju. Naloge managementa presegajo samo dirigiranje, menedžer je tudi mentor in reševalec osebnih konfliktov, ki nastajajo med posamezniki znotraj organizacije.« (Cimerman, 2003, str. 14)

Menedžer na eni strani zastopa interese lastnikov, na drugi strani pa opravičuje zaupanje drugih udeležencev v organizaciji, zato so etičnost in vrednote nujno potrebne za uspešno krmarjenje med dvema skupinama v organizaciji. Etičnost omogoča, da znotraj organizacije ne pride do konfliktov med zaposlenimi in lastniki. Menedžer mora uspešno uskladiti različne interese in jih medsebojno povezati, da lahko organizacija kot celota uspešno dosega svoje cilje. Zato mora poznati znanja o medsebojnih odnosih in vrednotah, ki mu omogočajo komuniciranje in sodelovanje z ljudmi.

Okolje, v katerem deluje posamezna organizacija, je dinamično, zato delovanje managementa ne more biti statično, ampak mora management prepoznavati izzive v okolju in na njih pravilo reagirati. Nenehne spremembe dajejo managementu dinamične razsežnosti. Uspešen menedžer se zna pravočasno prilagoditi spremembam, še več, uspešen menedžer zna predvidevati, s kakšnimi izzivi se bo organizacija soočala v prihodnosti, zato zna pripraviti organizacijo in delovne procese znotraj nje. Za menedžerje je nujno potreben analitičen način razmišljanja, ki omogoča managementu reševanje kompleksnih problemov z uporabo konceptualnih znanj. (Možina, 2002, str. 32)

**Slika 6: Ključne sestavine uspešnega managementa**

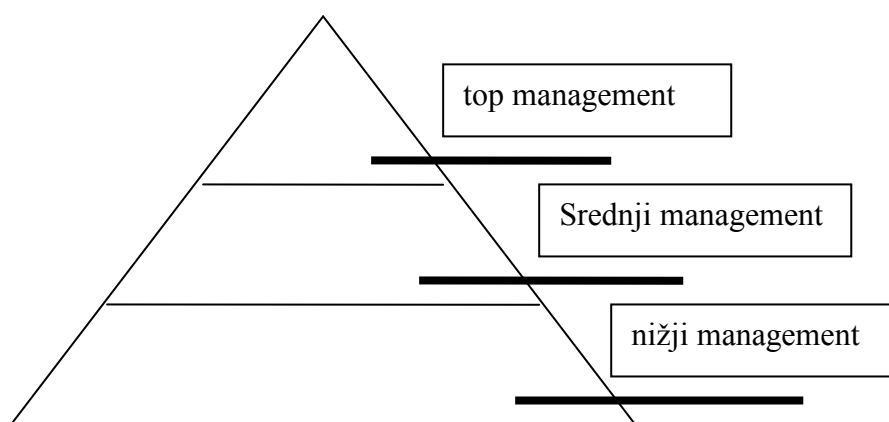


Vir:Možina (2002, str. 32)

Menedžer kot aktiven vodja v procesih organizacije sodeluje pri vseh dejavnostih, ki se ga tičejo, njegova vloga je aktivna in ni le zgolj odmaknjen opazovalec, ki nadzira procese iz pisarne. Menedžer mora ustvarjati ugodno delovno okolje za vse sodelujoče. Spodbujati jih mora in skupaj z njimi ustvarjati pozitivno delovno okolje. Na posamezna delovna mesta razporeja točno določene posameznike, ki bodo svoja znanja in izkušnje uporabili na najboljši možni način. Ugodno delovno okolje je nuja za uspešno delo in visoke dosežke, zato zna dober menedžer pritegniti zaposlene k načrtovanju in oblikovanju načina opravljanja dela. Njegova naloga je, da nenehno opazuje delovne razmere in procese, išče ustrezne poti in omogoča zaposlenim učenje in osebni razvoj. Z razvojem organizacije je nujno, da se razvijajo tudi zaposleni, zato jim je potrebno omogočiti dostop do vseživljenjskega učenja in pridobivanje izkušenj, ki jih zaposleni nato uporabljajo znotraj svojega dela. Menedžer mora redno komunicirati s svojimi sodelavci in skupaj z njimi reševati probleme. Prav tako mora omogočiti dostop do informacij o dosežkih organizacije. Z različnimi spodbudami, finančnimi ali strokovnimi, mora nagrajevati dosežke svojih zaposlenih in jih motivirati za delo v prihodnosti. (glej Možina, 2002, str. 32)

Management v organizacijah je ponavadi sestavljen iz večih ravneh, kar je posledica dejstva, da nimajo vsi enakih odgovornosti in da delujejo na različnih delovnih procesih, zato struktura managementa v organizaciji ne more biti enodimenzionalna. V organizacijah obstajajo hierarhične ravni, ki določajo vplivno raven delovanja menedžerjev, kar terja tudi različna potrebna znanja in poznavanje vsebinskih področij, ki jih s svojim delom pokriva posamezni menedžer.

**Slika 7: Ravni managementa v organizacijah**



Vir: Možina (2002, str. 41)

Nižji management je neposredno odgovoren za proizvodnjo izdelkov ali storitev. Govorimo o managementu prve ravni, ki predstavlja neposredno povezavo med izvajalci, specialisti in operativci s preostalim delom organizacije. Menedžerji na tej ravni porabijo največ časa za usklajevanje dela svojih sodelavcev.

Srednjo raven managementa predstavljajo menedžerji poslovnih funkcij, ki usklajujejo poslovne funkcije vezane na krajše časovno obdobje. Pri svojem delu usklajujejo poslovne prvine, naprave in zaposlene v okviru poslovnih funkcij.

Top oziroma vrhovni management predstavljajo menedžerji, ki so zadolženi za splošno usmerjanje dejavnosti v organizaciji. Usklajujejo predvsem poslovne funkcije: nabavno,

kadrovsko, finančno, proizvodno, ki skupaj tvorijo poslovno in ekonomsko celoto. Top management opredeljuje in uresničuje vizijo, poslanstvo, politiko, cilje in strategije organizacije in jih hierarhično posreduje navzdol, da doseže vse zaposlene. (glej Možina, 2002, str. 41)

Glavne naloge managementa so (Dimovski, 2003, str. 22):

- **Planiranje** je funkcija managementa, ki opredeljuje cilje organizacije za doseganje rezultatov in za odločanje o nalogah, ki jih je potrebno uresničiti. Potrebno je opredeliti, katere vire in resurse bomo potrebovali v ta namen. Funkcija planiranja zajema opredeljevanje ciljev organizacije in korakov za njihovo uresničenje.
- **Organiziranje** je funkcija managementa, ki dodeljuje naloge in jih združuje v organizacijske enote. Je proces ustvarjanja sestave medsebojnih organizacijskih razmerij med zaposlenimi, ki omogoča izvajanje planov in doseganje organizacijskih ciljev.
- **Vodenje** kot funkcija managementa vključuje uporabo vpliva za motiviranje zaposlenih, da bi dosegli cilje organizacije. Vodenje pomeni ustvarjanje skupne organizacijske kulture in vrednot, zadeva komuniciranje z zaposlenim po celotni organizaciji in vnašanje volje zaposlenim po zasledovanju čim boljših dosežkov. Zajema aktivnosti sprožanja akcij, komuniciranje, motiviranje in kadrovanje.
- **Kontroliranje** zadeva nadziranje aktivnosti zaposlenih, preverjanje uresničevanja zadanih ciljev, popravljanje odstopanj od ciljev. Je proces, v katerem člani organizacije zavestno pregledujejo dosežke in ob njih izvajajo ustrezne ukrepe.

Delitve managementa so različne, nekatere se nanašajo na vsebino dela menedžerjev, druge upoštevajo samo hierarhično strukturo odgovornosti in zadolžitve.

Z združitvijo hierarhičnega in vsebinskega vidika (Gomez-Mejia v: Kenk, 2005, str. 9) lahko menedžerje oziroma management delimo tudi na:

- Strateški management - ki zajema najvišje upravne organe in vodilne delavce, ki so primarno odgovorni za določanje vizije, ciljev in strategije organizacije. Skrbijo za rast in učinkovito delovanje organizacije, zanj pa je značilen dolgoročni vidik odločanja.
- Taktični management – njihova naloga je, da cilje in strategije, ki jih je zastavil strateški management, pretvarjajo v konkretne aktivnosti in dejanja, ki vključujejo koordinacijo človeških, finančnih in materialnih virov.
- Operativni management – nadzoruje konkretne delovne procese in operacije ter se direktno povezuje z izvajalci.

## 3.2 TEORIJE MANAGEMENTA

Resno preučevanje managementa se je začelo še le v 20. stoletju, vendar se je management pojavil že mnogo prej in se je razvijal skupaj z družbo, zlasti z razvojem gospodarstva. Vsa kasnejša spoznanja v managementu se pojavljajo že v zgodnjih egipčanskih zapisih, ki pričajo o določenih temeljnih načelih kot so avtoriteta, odgovornost in specializacija. Skozi celotno zgodovino se dokazuje, da je management prisoten, pa čeprav zgolj kot posamične ugotovitve in napotki. Resno preučevanje in razvoj managementa kot znanosti se začne v 20. stoletju. (glej Pečar, 2004, str. 4-5 )

### **3.2.1 Znanstveni management**

O znanstvenem managementu govorimo kot o klasični šoli preučevanja managementa, ki temelji predvsem na uporabi znanstvenih spoznanj.

Med glavne začetnike preučevanja managementa uvrščamo Fredericka Winslowa Taylorja (1856-1915), ki je leta 1911 napisal delo »The Principles of Scientific Management«, ki je temeljilo na rezultatih njegovih preučevanj.

Menedžerji naj bi zbirali vsa tradicionalna znanja, ki jih imajo delavci, jih razvrščali in iz njih oblikovali zakonitosti, pravila in formule. Znanstveni management je temeljil na tem, da je potrebno razviti standardne metode za vsako delo, da je potrebno izbrati ustrezne delavce za določeno delo in jih usposobiti po standardnih postopkih. Delo je potrebno planirati in se izogibati prekinitvam, zaposlene pa je potrebno nagraditi glede na učinek. Za uvajanje sprememb je zlasti pomembno razmerje med menedžerji in delavci. Taylor je menil, da so menedžerji tisti, ki morajo z ustrezno obliko dela in spodbudami pripraviti delavca, da bo bolj učinkovit.

Spoznanja znanstvenega managementa so vplivala na povečanje produktivnosti in pripeljala vrsto ugotovitev o vlogi managementa v organizacije.

### **3.2.2 Procesna teorija managementa**

Procesna teorija managementa se osredotoči na preučevanje uravnavanja podjetja kot celote in ne na posameznika.

Utemeljitelj je bil Henry Fayol (1841-1925) s svojim delom »Splošni industrijski management« (1916) in se je osredotočil na ločitev funkcije managementa od drugih funkcij v organizaciji (poslovna, tehnična, računovodska, komercialna in varnostna funkcija). Funkcijo managementa pa je razčlenil na pet sestavin:

- planiranje,
- organiziranje,
- ukazovanje ali usmerjanje,
- koordiniranje,
- kontrola.

Funkcija managementa je usmerjena v usklajevanje drugih funkcij organizacije in zagotavljanje njihove smotrnosti. Fayol ugotavlja, da je management enak v vseh organizacijah in da se ga je mogoče naučiti.

Zanimiva je tudi izjava, ki je pomembna tudi za nadaljevanje diplomskega dela, da je za ravnanje podjetja boljši vodja tisti, ki je dober menedžer, pa morda slabši v tehničnem znanju, kot pa odličen tehnik in hkrati povprečen menedžer. Direktor zdravstvenega doma je namreč običajno zdravnik.

### **3.2.3 Druge klasične teorije managementa**

Pomembnejši predstavniki klasične šole managementa so tudi Max Webber in njegova teorija birokracije, Elton Mayo, ki se je v svojih raziskavah predvsem orientiral na vplive socialnih odnosov in človeških dejavnikov, in drugi, ki so izhajali iz spoznanj drugih velikih teoretikov (Fayol, Taylor).

Max Webber (1864-1920), ki je zagovarjal, da je birokracija način, kako lahko podjetje posluje podjetno, racionalno, sistematično in etično. Načela birokracije so predpostavljala, da :

- morajo biti delitev dela, avtoriteta in odgovornost natančno opredeljena za vsak položaj;
- položaji morajo biti organizirani hierarhično;
- zaposleni so razporejeni na delovna mesta na podlagi tehnične ustreznosti in formalnega preverjanja in izkazujejo znanja in sposobnosti;
- zaposleni naj dosledno upoštevajo natančna pravila, disciplino in kontrolo pri izvajanju svojih zadolžitvev.

George Elton Mayo (1880-1949) je predstavnik teorije medčloveških odnosov, ki temelji na prepričanju, da managerji, ki razvijajo dobre odnose s podrejenimi in sodelavci, dosežejo njihovo zadovoljstvo in s tem tudi večjo učinkovitost. Za njegova preučevanja je značilna sociološka komponenta razumevanja pojavov v managementu. Sodeloval je tudi pri enem izmed najbolj znanih eksperimentov na področju organizacije in managementa »Hawthorne experiment«, ki je močno vplival na razvoj teorije o medčloveških odnosih. Elton Mayo je sodeloval v drugem delu eksperimenta, ki je proučeval vpliv delovnih razmer na storilnost.

### **3.2.4 Moderne teorije managementa**

Moderna teorija managementa se začne razvijati po drugi svetovni vojni, kjer je predvsem za prvo obdobje značilen velik razmah literature o managementu in pojav številnih različnih pristopov k proučevanju managementa.

Členitev teorij managementa v zaokrožene miselne šole je zaradi številčnosti in raznolikosti pristopov k razumevanju managementa težko. Obstajajo pa določene korelacije, ki povezujejo določene teorije in pristope, ki jih delimo na več skupin in predstavnikov (Pečar, 2004):

- Teorije managementa, ki temeljijo na osnovi izkušenj, z namenom povečati stopnjo sistematičnosti in urejenosti. Predstavnik te veje preučevanja managementa sta Peter Drucker in Louis Allen.
- Drugi pristop v povojnem času je skušal razumevanje managementa osvetljevati s pomočjo humorja in satire. Sem spadajo C. Northcote Parkinson, John Murray, Robert Townsend in Antony Jay.
- Funkcionalna načela, ki se ukvarjajo le z enim področjem, ne pa s celoto managerskih nalog, so zagovarjali avtorji načel marketinga, Levitt in Kotler ter predstavniki načel kadrovskega managementa in strateškega planiranja.
- Raziskovalci managementa, predvsem industrijske psihologije in sociologije, predstavljajo četrto vejo teoretikov managementa, ki je gradila svoja spoznanja na temeljih, ki jih je postavil Elton Mayo v svojih empiričnih in primerjalnih vedenjskih raziskavah v industrijskih organizacijah.

Preučevanja se znotraj te veje delijo na:

- Proučevanje posameznika (industrijskega delavca) in njegove motiviranosti. Predstavnik sta Herzberg in Maslow, ki je postavil teorijo potreb in temelji na predpostavki, da večino ljudi motivira želja po zadovoljitvi specifičnih skupin potreb (fiziološke potrebe, potrebe po varnosti, socialne potrebe, statusne potrebe in samoizpolnitev). Herzberg pa je teorije motivacije razvil v smeri dvofaktorske motivacijske teorije, ki deli motivacijske dejavnike na dve skupini (higieniki in motivatorji);

- Vedenjske raziskave delovnih skupin v proizvodnji (Guldner in Lipton);
- Proučevanje dejavnikov, ki vplivajo na organizacijsko učinkovitost (Likert in Woodward). Likertov prispevek je predvsem v sistemu vodenja, kjer je Likert razvil štiri sisteme vodenja (sistem 1, 2, 3 in 4.);
- Vedenjske raziskave managementa in vodenja (Mintzberg).

- Razvijanje in proučevanje managementa, z uporabo znanstvenih metod in matematičnih tehnik reševanja problemov z operacijskimi raziskavami, uporabo računalnikov (March in Simon) in s področjem kibernetike (Weiner), so značilne za zadnjo skupino teoretikov. Glavni prispevek te struje je bil v oblikovanju razvoja in uporabe matematičnih tehnik – operacijskih raziskav pri reševanju določenih vrst poslovnih problemov. Osredotočeni so bili predvsem na ekonomsko-tehnične vidike in manj k psihosociološkim.

### **3.2.5 Sodobna načela managementa**

Kljub nenehnemu preučevanju, razvoju managementa kot vede in različnih pristopov k tematiki, pa lahko za management določimo skupne točke, ki opredeljujejo sodobna načela managementa (Pečar, 2004, str 6):

- Organizacija je kompleksen sistem;
- Ima tehnične in socialne podsisteme;
- Organizacija je odprt sistem;
- Ključno bogastvo vsake sodobne poslovne organizacije je znanje;
- Naloga managementa je, da zagotovi obstoj organizacije s pomočjo ustreznih in stalnih izboljšav;
- Management je proces doseganja ciljev z delitvijo dela;
- Management je generična aktivnost, čeprav se v različnih situacijah pojavlja v drugačnih oblikah;
- Za organizacijo ne obstaja le en najboljši način poslovanja (vsaka dejavnost mora stalno prilagajati svojo organiziranost in se odzivati zahtevam spremenjenih pogojev);
- Management je proces, ki uporablja racionalno logično odločanje in aktivnosti pri reševanju problemov ter intuitivne aktivnosti presojanja (je znanost in umetnost).

Ob pregledu zgodovine razvoja in proučevanja managementa je opaziti, da ne obstaja ena celovita veja ali teorija managementa, ki bi prevladovala, ampak se teorije povezujejo in dopolnjujejo, izključevanje posameznih teorij pa ne prinaša celovitega pogleda na obravnavano tematiko.

Na področju managementa se znotraj celovite vede pojavljajo nova področja in usmeritve, kot so strateški management, ki se osredotoča na vlogo managementa v dolgoročnem obdobju, druga smer se razvija v smeri operativnega managementa, ki ima svoj vir spoznanj in dognanj v tehničnih vedah. Predvsem z nastankom svetovne gospodarske krize, ki je posledica dolžniških razmerij, je v zadnjem času v porastu krizni management. Pojavljajo se tudi posebni poudarki, ki managementu nalagajo večjo odgovornost pri zagotavljanju kakovosti, tudi znotraj delovnih procesov, tako imenovan management celovite kakovosti in pa z gledovanja »bench-marking«, ki išče zgleda in primerjave v podobnih organizacijah v podobnem okolju.

## **3.3 MANAGEMENT V JAVNEM SEKTORJU**

Spoznanja in usmeritve, ki so nastale in se razvijajo z vedo o managementu se odraža v zasebnem sektorju in njihovem managementu organizacij. Spoznanja številnih razvitih

držav pa odražajo stanje, da se v javnem sektorju spoznanja o managementu ne uporablja celovito, sam sistem pa deluje preveč zaprto in samozadostno. Management v povezavi z javno upravo se pojavlja šele v novejši literaturi, kar močno odraža zaostanek o spoznanju managementa v javnem sektorju.

Javne organizacije imajo povsem normativno določene okvire delovanja, ki posamezni organizaciji nalagajo, da opravljajo le naloge in pristojnosti, ki jim jih določa zakonodaja. Management v javnih organizacijah je tudi delno omejen, saj njihove programe pogosto oblikujejo ustanovitelji (oziroma plačniki) in so pogosto v nasprotju z managerskimi cilji. Mnogokrat ustanovitelj v javnih organizacijah uveljavlja prisilo, čeprav se ji skuša izogibati z dogovarjanjem. Pogosto programe poslovanja oblikujejo ustanovitelji, ki pa so v nasprotju z managerskimi cilji.

Pomemben vidik managementa v javnem sektorju je povezan tudi z vlogo delodajalca, saj so javne organizacije omejene z dokaj togimi normativnimi predpisi, ki urejajo zaposlovanje, napredovanje, nagrajevanje in odpuščanje, kar se odraža predvsem v današnjem času, ko je ogrožena finančna stabilnost javnih financ in so reforme ter znižanje stroškov javne uprave nujno potrebni, predpisi in toga zakonodaja pa povečujejo moč sindikatov javnega sektorja.

Prav tako je management vezan predvsem na odločitve v krajšem časovnem obdobju, saj jim pogosta menjava politične oblasti, ki se reformira po volitvah, pogosto spreminja strateške in dolgoročne usmeritve.

Delovanje managementa v javnih organizacijah poteka tudi v mnogo bolj kompleksnem okolju, zato so tudi menedžerji javnih organizacij vključeni v številnejše transakcije. (glej Trunk - Širca, 2003, str. 15-16)

Delovanje javnih organizacij je naravnana na enaki dostopnosti in pravičnosti do javnih storitev in ne dovoljuje izključevanje posameznih skupin. Torej je potrebno upoštevati, da ima management v javni upravi številne dodatne dimenzije vključevanja družbene skupnosti, politike, zakonodaje, uporabnikov itd.

Novi pristopi k reševanju in vodenju javnega sektorja, ki vključujejo spoznanja in tehnike managementa, so privedle do preobrazbe klasičnega birokrata, ki se vedno bolj razvija v sodobnega menedžerja po zgledu zasebnega sektorja, ki izkazuje vedno več znanj in izkušenj s področja managementa. V javni sektor se vnaša spoznanja spodobnega managementa, kar mu omogoča boljši napredek, razvoj, večjo učinkovitost in boljšo izrabo finančnih ter drugih sredstev.

Tako se je v drugi polovici osemdesetih let izoblikovala nova ideologija o managementu v javnem sektorju »Novi javni management«, ki naj bi z uporabo številnih spoznanj in tehnik sodobnega managementa v javni sektor implementirala več tekmovalnega duha. Uporaba spoznanj in tehnik managementa v javnem sektorju je bila dobra priložnost za razvoj javnega sektorja, ki je v preteklosti izgubil stik z zasebnim sektorjem, ki se je razvijal sočasno s preučevanjem managementa. Novi javni management je strmel k povečanju učinkovitosti javnega sektorja in njegovemu boljšemu delovanju, ki je s svojim modelom omogočal, da se izvajanje javnih storitev po kakovosti in učinkovitosti približa tistim, ki jih že dolgo pozna zasebni sektor. (glej Pečar, 2004, str. 16)

Novi javni management se usmerja predvsem na razvijanje tekmovalnosti, ki naj bi onemogočila izkoriščanje monopolnega položaja ponudnikov javnih storitev, združevanje

prevelikih upravnih birokracij, saj so veliki sistemi znotraj javnega sektorja nepregledni in neučinkoviti, ter spodbujanje večje učinkovitosti po vzoru privatnega sektorja, ki naj bi v javni sektor vnesla več motivacije in spodbud za uspešno delo.

Proces modernizacije managementa javnega sektorja je odvisen od uvajanja metod novega javnega managementa s spremljanjem učinkovitosti, oblikovanjem primernih spodbud za uspešno delo, večja managerska in finančna fleksibilnost, kar od menedžerjev terja tudi večjo odgovornost in pristojnost za sprejemanje odločitev, kar se odraža tudi v zahtevi po decentralizaciji pristojnosti in odgovornosti od centralnih k nižjim nivojem oblasti.

Modernizacija javne uprave je kontinuiran proces, sam javni sektor pa si ne more privoščiti postanka na sredini poti, ampak je potrebno novim spoznanjem in dogajanju v okolju prilagajati zakonodajo, strateške usmeritve javnega sektorja in druge procese, ki so povezani z boljšim in učinkovitejšim delovanjem in razvojem javnega sektorja.



## 4 MANAGEMENT V ZDRAVSTVU IN PRAVNI OKVIRI

»Delovanje javnih zdravstvenih zavodov je v osnovi neprofitna dejavnost, vendar trditev, da se management neprofitnih organizacij razlikuje od managementa profitnih organizacij, že dolgo ne drži več.« (Hauc, 2001, str. 14)

Slovenski zdravstveni sistem in zdravstvena blagajna sta pod velikimi pritiski, stroški naraščajo, vedno več je starejših prebivalcev, zdravstvena stroka ima kadrovske težave s primanjkljajem zdravstvenih delavcev in zdravnikov, obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa se krči. Zato je management v zdravstvu nujno potreben, še več, management v zdravstvu se bo v prihodnosti moral soočiti s spremembami, ki jih terja vedno bolj nestabilna zdravstvena finančna blagajna.

V vodenje zdravstvenega sistema bo potrebno vnesti več tekmovalnosti, boljšo učinkovitost in s tem posledično tudi merjenje dela zdravstvenih delavcev, ki zagovarjajo tezo, da se v zdravstvu določenih storitev enostavno ne da normirati, zato je tudi merjenje in uvajanje različnih kazalnikov v zdravstveni dejavnosti na zelo nizki ravni oziroma lahko govorimo kar o področju, ki je bilo precej zanemarjeno v primerjavi z zdravstvenimi sistemi v Evropski uniji. Ne gre samo za kazalnike medicinske kakovosti, ampak v enaki meri za kakovost drugih procesov v zdravstvu, za interni nadzor poslovanja, spoštovanje internih razvojnih aktov in podobno.

Raziskava »Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljavsko raven v bolnišnici« (Robida, 2009) je pokazala, da je usposobljenost srednjega managementa v bolnišnicah na precej nižji ravni, kot je to značilno za razvitejše države. Potrebna znanja in kompetence managementa v bolnišnicah niso jasno opredeljene, ravni managementa pa v zdravstvenih organizacijah niso dovolj dobro medsebojno povezane pri celovitem upravljanju bolnišnic. Za vse ravni organizacije je potrebno odpravljanje deficitov znanja na področju zdravstvenega managementa.

Management v zdravstvu se torej na eni strani sooča s pritiski financerjev, ki terjajo zniževanje stroškov in manjšo porabo finančnih sredstev, na drugi strani pa uporabniki zdravstvenih storitev zahtevajo hitro in kvalitetno opravljeno storitev. Zato management zdravstvene organizacije, podobno kot organizacije zasebnega prava, želi maksimirati prihodke za svojo dejavnost. V preteklosti so bili cilji odgovornih za zdravstvo usmerjeni v obvladovanje stroškov, v prihodnosti pa bodo morali biti cilji in z njimi povezane aktivnosti usmerjene v izboljševanje kakovosti zdravstvenih storitev.

Management v zdravstvu mora krmariti med ekonomskimi in zdravstvenimi vidiki zdravstvene oskrbe, vendar mora upoštevati načela pravičnosti in dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zato je za management zdravstvenih organizacij nujno potreben ustrezen nabor znanj in kompetenc, vodenje organizacij pa mora biti v rokah kompetentnih strokovnjakov, ki poznajo zakonitosti managementa. Potrebno se je uspešno soočiti z ekonomskimi in socialnimi vidiki zdravstvene oskrbe porabnikov zdravstvenih storitev, vključno z upoštevanjem načel do dostopnosti in pravičnosti zdravstvenega varstva. Zato je na temu področju nujno potrebno izoblikovanje profesionalizma in kakovostnega managementa, ki temelji na sistematičnemu izobraževanju in usposabljanju izvajalcev managerskih nalog v zdravstvu.

Zdravstvo zahteva profesionalno managersko strukturo in razvoj profesionalnega managementa, s poudarkom na procesih vodenja. Vodenje v zdravstvu mora upoštevati

celovitost zdravstvene organizacije in značilne dejavnike, ki so vključeni v zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev (Firth-Conzens v: Robida, 2009, str. 45).

Za management na vrhovni ravni je v zdravstvenem sektorju prisoten dualizem, namreč Zakon o zdravstveni dejavnosti določa, da mora javni zavod imeti strokovnega vodjo, če poslovodna in strokovna funkcija nista ločeni, kar se v praksi odraža kot precejšnje težave. Razmejitev obeh funkcij in njuno prepletanje onemogoča učinkovitost vodenja. Prav tako ima management javnih zavodov premajhna pooblastila za vodenje in poslovodenje javnega zavoda, saj so preveč odvisni od odločitev sveta ali ustanovitelja, slednji pa tudi niso bili dovolj učinkoviti v svoji vlogi, ko bi morali skrbeti, da bodo javni zdravstveni zavodi delovali v javnem interesu, za dobro ljudi in v okviru razpoložljivih materialnih možnosti.

Analiza stanja, ki je bila potrebna za nov predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si), 2010), je pokazala, da se pojavlja veliko zavodov s finančnimi primanjkljaji, brez strateških in razvojnih načrtov ter zaposlovanja preko finančno sprejemljivih okvirjev. V nekaterih primerih so javni zdravstveni zavodi ohranili značilnosti samoupravljanja iz preteklih časov, le redki med njimi so v zadnjih letih poslovali kot sodobni avtonomni poslovni subjekti, kar bi sicer vsak javni zavod moral biti, kljub svoji nepridobitni dejavnosti.

Na določenih točkah pa je management v zdravstvu povsem odpovedal, saj obstajajo tudi zdravstveni zavodi, ki zaradi slabega vodenja ne izpolnjujejo normativov, ki jim jih nalaga zakon. Tako se dogaja, da določeni zdravstveni domovi ne opravljajo dejavnosti in funkcij, ki bi jih po zakonu morali za prebivalce na svojem območju.

Potrebno se je zavedati, da planiranje kot funkcija managementa delno pripada oziroma je dolžnost države. Naloga države je, da dolgoročno planira in kreira politiko zdravstvenega varstva. Zato bi v zdravstvenem sistemu potrebovali močan zdravstveni management, ki bi znal prepoznati dolgoročne strateške usmeritve na področju zdravstvenega varstva na vseh ravneh njegovega izvajanja in ga ustrezno voditi skozi dolgoročne plane na nivoju države in njenih dolžnostih, ki jih ima kot skrbnica sistema zdravstvenega varstva. Slabo stanje sistema in težave na področju izvajanja zdravstvene dejavnosti so tudi odraz in posledica dejstva, da država ni imela jasno opredeljene strategije razvoja zdravstvenega varstva, kar je oteževalo načrtovan razvoj dejavnosti. Posledica tega je premalo racionalno organizirana zdravstvena dejavnost in s tem manjša uspešnost in učinkovitost.

Problem, s katerim se sooča management v zdravstvu, je merljivost zastavljenih ciljev in doseženih rezultatov. Pomanjkanje informacij izničuje možnost ustreznega dolgoročnega planiranja na vseh nivojih zdravstvenega varstva, zato je nujno potrebno v zdravstveni sektor vnesti merljivost dela. Samo s celovitimi informacijami je mogoče voditi zdravstveni sektor učinkovito in racionalno. Situacija, v kateri je slovenski zdravstveni sistem, ki se sooča s pomanjkanjem kadra v zdravstveni dejavnosti, terja od managementa učinkovito uporabo človeških virov in naprav za opravljanje zdravstvenih storitev. Mnogokateri javni zdravstveni zavod se sooča s pomanjkanjem kadra, zato v sistemu prihaja tudi do anomalij na področju dežurstev in visokih zaslužkov. Potrebno je urediti sistem do te mere, da bodo lahko menedžerji zdravstvenih zavodov kreirali in svetovali pri planiranju izobraževanja zdravstvenih izvajalcev, država pa mora omogočiti zadostno število diplomantov iz zdravstvenega področja.

Management v zdravstvu se sooča z mnogimi problemi in zelo kompleksnim okoljem, zato je nujno potrebno, da se za vodje zdravstvenih zavodov uvede profesionalizem, ki od

vodij terja poznavanje managementa in medicinskega znanja, in ne zgolj le slednjega. Le na ta način bo lahko management zaživel tudi v zdravstvenem sektorju in ga preoblikoval v sistem, ki bo nudil kvalitetne zdravstvene storitve, ki bodo dostopne vsem in bo sam zdravstveni sistem finančno vzdržen.

Celoto normative ureditve zdravstvenega varstva urejajo Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravniški službi, Zakon o lekarniški dejavnosti in še nekateri drugi (Zakon o pacientovih pravicah, Zakon o zdravilih, Zakon o zbirkah podatkov v zdravstvu, itd.), ki predstavljajo zaokroženo in neuničljivo celoto. Edine resnejše spremembe v celotni zakonodaji so se zgodile leta 1999, ko je bil sprejet Zakon o zdravniški službi, ki ureja delo zdravnikov in zobozdravnikov, pogoje za opravljanje dejavnosti teh dveh poklicev, njihove specializacije, pravice in obveznosti zdravnikov, njihov delovni čas in organiziranje v zbornico.

Pravne okvire in omejitve organizacijske strukture javnih zdravstvenih zavodov opredeljuje Zakon o zavodih (ZZ) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZD), tako da sistem zdravstvenega varstva temelji na več kot osemnajst let stari zakonodaji, z manjšimi spremembami. Bivši minister za zdravje, dr. Borut Miklavčič, si je v svojem mandatu kot glavni cilj zadal nalogo sprejeti nov sodoben Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki je bil skorajda spisan v celoti in medresorsko usklajen, čeprav je bil deležen mnogo kritik, predvsem v zdravniških krogih. Zaradi zdravstvenih težav je dr. Miklavčič odstopil (marec 2009), njegov naslednik dr. Dejan Marušič pa je njegov zakon umaknil v dodelavo do nadaljnjega, kljub temu da se sedanja ureditev izkazuje kot neustrezna, pomanjkljiva in problematična. Po Marušičevem mnenju naj bi bil predlog zakona o zdravstveni dejavnosti še vedno preveč centralistično naravnano, sam pa zagovarja večjo decentralizacijo dejavnosti in več avtonomije za izvajalce in management v zavodih. Spremembe na področju zdravstvene dejavnosti so nujne, zato bo v prihodnje zdravstvena reforma, ki bo zajela Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter ostali podzakonski akti in predpisi, uredila in redefinirala naloge, pristojnosti ter obveznosti sistema zdravstvenega varstva pri nas. Reforma zdravstvenega varstva bo vključevala kakovostno javno zdravstveno varstvo, univerzalnost in solidarnost, pravično dostopnost, upoštevanje potreb posameznika ter bo temeljila na ekonomski vzdržnosti.

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje način in formalne postopke za ustanovitev zdravstvenega zavoda, hkrati tudi določa organizacijsko strukturo upravljanja. Zakon o zdravstveni dejavnosti kot najvišji organ upravljanja v zdravstvenih zavodih določa svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanovitelja, delavcev zavoda ter predstavniki zavarovancev oziroma drugih uporabnikov. Slednja ureditev velja za zdravstvene zavode na primarni ravni.

Organizacijska struktura vodstva zdravstvenih zavodov na primarni ravni so si po večini podobne, saj Zakon o zdravstveni dejavnosti določa natančno vodstveno strukturo.

Organe zavoda v večini predstavljajo:

- Svet zavoda,
- direktor zavoda,
- Strokovni svet zavoda,
- strokovni vodja.

V Zdravstvenem domu Maribor je strokovni vodja obvezni del vodstva zavoda, čeprav Zakon o zdravstveni dejavnosti določa, da mora imeti zdravstveni zavod strokovnega

vodjo le v primeru, če direktor zavoda nima univerzitetne izobrazbe zdravstvene smeri. V Zdravstvenem domu Trbovlje in v Osnovnem zdravstvu Gorenjske pa je strokovni vodja neobvezen del vodstva v primeru, da ima direktor zavoda vsa zahtevana znanja, ki zajemajo tudi strokovno vodenje dela v zavodu.

V Zdravstvenem domu Maribor statut določa še dodatni organ zavoda, in sicer Kolegij zdravstvene nege zavoda je kolegijski strokovni organ, ki spremlja, načrtuje in oblikuje programe dela, razvoja, ter izobraževalne in raziskovalne dejavnosti na področju zdravstvene nege. Sprejema strokovne standarde za postopke, posege in pripomočke zdravstvene nege. Kolegij sestavljajo glavna medicinska sestra zavoda, glavne medicinske sestre organizacijskih enot in na podlagi sklepa kolegija tudi drugi strokovni delavci v zavodu.

Svet zdravstvenega zavoda na sekundarni ravni sestavljajo tudi predstavniki občin, na teritoriju katerih zavod opravlja svojo dejavnost. V praksi se izkazuje, da sveti zavodov niso nikakršni organi upravljanja, niti ne opravljajo funkcije nadzora oziroma jo opravljajo neučinkovito.

Direktorja zdravstvenega zavoda, za mandatno obdobje štirih let imenuje in razrešuje svet zavoda, ki je po zakonu kolegijski organ upravljanja zavoda. Po Zakonu o zavodih ima svet zavoda naslednje naloge:

- sprejema statut in pravila ali druge splošne akte zavoda;
- sprejema program dela in razvoj zavoda ter spremlja njihovo izvrševanje;
- določa finančni načrt in sprejema zaključni račun zavoda;
- podaja mnenja in predloge o posameznih vprašanjih;
- opravlja druge naloge v skladu z zakonom, aktom, statutom ali pravili zavoda.

Po drugi strani pa Zakon o zdravstveni dejavnosti v nobenem od členov bolj podrobno ne določa in opredeljuje nalog sveta zavoda, zgolj navaja, da svet zavoda imenuje in razrešuje direktorja. Tako se v praksi delo sveta zavoda nanaša na vsakoletno sprejemanje zaključnega računa, določanje finančnega plana, ugotavljanje uspešnosti direktorjev in potrjevanje ali imenovanje direktorja zavoda praviloma vsake štiri leta. Delo sveta zavoda je torej skrčeno na minimalne dolžnosti in ga ne potrjuje kot dobrega in aktivnega upravljavca, ki učinkovito izvaja nadzor nad poslovanjem zavoda.

Kot kolegijski strokovni organ zdravstvenega zavoda nastopa še strokovni svet, njegova sestava pa je odvisna od statuta zavoda, Zakon o zdravstveni dejavnosti pa mu ne nalaga nobenih organizacijskih pristojnosti, v večini primerov pa je strokovni svet posvetovalni organ direktorja oziroma strokovnega vodje javnega zdravstvenega zavoda. Zakon o zavodih pa strokovnemu svetu daje naslednje pristojnosti:

- obravnavanje vprašanj s področja strokovnega vodenja zavoda,
- odločanje o strokovnih vprašanjih v okviru pooblastil določenih v statutu ali pravilih,
- določanje strokovnih podlag za program dela in razvoja zavoda,
- dajanje mnenj in predlogov svetu zavoda, poslovnemu in/ali strokovnemu menedžerju,
- dajanje predhodnih mnenj svetu zavoda pri imenovanju strokovnega vodje.

Pomanjkanje oziroma nedorečenost konkretnih pristojnosti in nalog strokovnega sveta zdravstvenega javnega zavoda ter le načelna ureditev nalog strokovnega sveta je gotovo velika pomanjkljivost, saj se v praksi izkazuje, da strokovni sveti v marsikaterem javnem zdravstvenem zavodu dejansko obstajajo le na papirju, njihovo delovanje pa je brez pravega pomena.

V primerjanih zdravstvenih zavodih ZD Maribor, ZD Trbovlje in Osnovno zdravstvo Gorenjske (ZD Radovljica) statut zavodov podrobneje opredeljuje naloge in pristojnosti strokovnega sveta. Strokovni svet je kolegijski strokovni organ in hkrati tudi posvetovalni organ, ki oblikuje in usmerja strokovno delo, z upoštevanjem ekonomskih in finančnih zmožnosti, daje soglasje k predlogom za spremembo, razširitev ali ukinitvev strokovne dejavnosti, potrjuje standarde kakovosti dela, ter določa prioritete na področju nabave opreme. Na sejah strokovnega sveta se obravnava vprašanja s področja medicinskega strokovnega dela v zavodu in vprašanja glede organizacije dela, predlaga ustrezne rešitve in priporočila s tega področja, odloča o posameznih strokovnih vprašanjih, določa strokovne podlage za program dela in razvoj zavoda ter daje svetu zavoda, strokovnemu direktorju in direktorju zavoda mnenja in predloge glede organizacije dela in pogojev za razvoj dejavnosti zavoda.

Zakon o zdravstveni dejavnosti glede vodenja zdravstvenega zavoda določa, da če poslovodna funkcija in funkcija vodenja strokovnega dela zavoda nista ločeni, mora imeti direktor visoko strokovno izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri. V primeru, da sta poslovodna funkcija in funkcija strokovnega vodenja ločeni, zakon določa, da v zdravstvenem zavodu strokovno delo vodi strokovni vodja, ki mora imeti visoko izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri in najmanj pet let delovnih izkušenj. Vendar pri ureditvi, kjer sta poslovna in strokovna funkcija ločeni, Zakon o zdravstveni dejavnosti nikjer ne določa razmerja oziroma ločnice med poslovnim in strokovnim delom upravljanja. To določilo je v praksi povzročalo precej težav in dualizem v vodenju javnih zavodov se ni dobro obnesel.

Formalno ločnico med poslovno in strokovno funkcijo določa Zakon o zavodih, ki opredeljuje, da je del poslovodnega organa le poslovni direktor (poslovni menedžer), strokovni del vodenja zavoda pa vodi strokovni vodja, v primeru zdravstvene dejavnosti je prevladujoči strokovni del opravil in področij.

Direktor je torej menedžer zdravstvenega zavoda, njegove naloge pa zajemajo organiziranje in vodenje dela, uresničuje poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod ter je odgovoren za strokovno in poslovno vodenje ter zakonitost dela zavoda.

Pristojnosti direktorja so predvsem:

- zastopanje in predstavljanje javnega zdravstvenega zavoda,
- vodenje poslovanja javnega zdravstvenega zavoda,
- organiziranje in usklajevanje dela zavoda,
- sklepanje pogodb,
- druge naloge v skladu s statutom in ustanovitvenim aktom zavoda.

Direktor zavoda je poslovodni organ, ki vodi delo in poslovanje zavoda. Hkrati je tudi predstavnik in zastopnik zavoda in je odgovoren za zakonitost dela zavoda. Pogoji za mesto direktorja so skladni z Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

Naloge direktorja so določene s Statutom zavoda in zajemajo organiziranje in poslovanje zavoda, predstavljanje in zastopanje zavoda, odgovornost za poslovni uspeh in zakonitost poslovanja, predlaganje temeljne politike in načrt razvoja zavoda, pogajanja z ZZS-jem, ter druge naloge s področja vodenja zavoda.

Direktor tako predlaga temeljne poslovne politike in načrt razvoja zavoda, svetu zavoda predlaga finančni načrt in letno poročilo. Direktor zavoda predlaga imenovanje strokovnega vodje svetu zavoda in v soglasju z ustanoviteljico imenuje in razrešuje direktorje OE oziroma vodje posameznih služb. Direktor zavoda sprejema odločitve in akte, ki implementirajo sprejeto zakonodajo, kolektivne pogodbe in splošne akte s

področja delovnih razmerij in plač ter organizacije dela in poslovanja. Prav tako določa letni plan zaposlenih in skrbi za racionalno in učinkovito organiziranost dela ter odloča o izvajanju notranjega nadzora nad delom zaposlenih in hkrati odloča o disciplinski odgovornosti zaposlenih. Svoje pristojnosti direktor zdravstvenega zavoda izvaja neposredno ali posredno s prenosom pooblastil na strokovnega vodjo in druge vodstvene delavce.

Na strokovnega vodjo kot izvršilec strokovne funkcije vodenja, ki ga določa Zakon o zdravstveni dejavnosti in je umeščen v organe zavoda, bi se moralo prenašati del objektivne odgovornosti za celotno delovanje in poslovanje zdravstvenega zavoda. Za strokovnega vodjo Zakon o zdravstveni dejavnosti določa, da mora imeti visoko strokovno izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri, kar se v praksi izkazuje tako, da mesto strokovnega vodje zasedajo zdravniki. Strokovni vodja vodi strokovno delo zavoda in zanj tudi neposredno odgovarja. Strokovnega vodjo, na predlog direktorja zavoda, imenuje in razrešuje svet zdravstvenega zavoda. Strokovni vodja je neposredno odgovoren za svoje delo direktorju zavoda. Njegove naloge in pristojnosti pa zajemajo planiranje, organiziranje, usmerjanje in vodenje strokovnega dela v zavodu. Strokovni vodja sodeluje pri organizaciji dela in preko direktorjev organizacijskih enot ali služb usmerja strokovno delo v zdravstvenem zavodu. Strokovni vodja strokovnemu svetu predlaga temeljne strokovne usmeritve in načrte razvoj ter izvaja notranji strokovni nadzor, individualno svetovanje, druge oblike nadzora in dejavnosti za zagotavljanje kakovosti dela. Koordinira izvajanje pritožnega sistema, ugotavlja zadovoljstvo bolnikov in obremenjenost ter zadovoljstvo zaposlenih in predlaga celovit načrt izobraževanja za vse kadre v zavodu.

Na drugi strani za poslovno funkcijo oziroma poslovnega menedžerja smer in stopnja izobrazbe nista predpisani, tako da v praksi veliko zdravnikov zaseda tudi mesto poslovnega menedžerja.

Prav tako v zdravstvenem zavodu, kjer sta pa poslovna in strokovna funkcija združeni, mesto direktorja zavoda zaseda človek, ki ima prav tako visoko strokovno izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri.

Neustreznost oziroma anomalije v vodenju zdravstvenih zavodov se pojavljajo v primerih, kjer sta poslovna funkcija in strokovna funkcija ločeni, obe mesti pa zasedata zdravnika. Smiselnost takšne ureditve še boljše načrta dejstvo, da je kot obvezni organ zdravstvenega zavoda opredeljen strokovni svet, ki bi lahko opravljal naloge in pristojnosti strokovnega menedžerja. Tako se pokaže pomanjkljivost Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki ne opredeljuje nalog in pristojnosti strokovnega sveta zdravstvenega zavoda.

Slabosti in pomanjkljivosti vodenja zdravstvenih zavodov izkazuje tudi dejstvo, da v primeru, ko sta poslovna in strokovna funkcija združeni, in tudi dejstvo, da v številnih primerih, ko sta funkciji ločeni, delo poslovnega menedžerja v večini opravljajo zdravniki. Njihovo znanje je na področju managementa in ekonomije pomanjkljivo in nezadostno, saj se v času svojega izobraževanja le redko srečujejo z managementom in tudi ne posedujejo potrebnih kompetenc za vodenje zavoda. Potrebno je tudi dodati, da večina direktorjev hkrati »polovično« opravlja še delo zdravnika, delno zaradi pomanjkanja kadra v manjših zavodih in so v to skoraj prisiljeni, delno pa zaradi želje po ohranitvi stika s stroko in poklicem. Vsa navedena dejstva onemogočajo strokovno izvajanje vodenja zdravstvenega zavoda, saj v večini primerov poslovni menedžerji oziroma direktorji zdravstvenih zavodov ne posedujejo potrebnih znanj za vodenje in so razpeti med dvema funkcijama. To področje bi moralo biti ustrezno urejeno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti, ki bi moral vodenje zdravstvenih zavodov prepustiti menedžerjem z ustreznimi znanji in

kompetencami, zdravniki pa bi morali opravljati delo, za katerega so se izobraževali. Zdajšnja ureditev pa narekuje, da zavod vodijo zdravniki, ki nimajo ustreznih znanj na področju vodenja.

Stanje zdravstvenega sistema, finančna vzdržnost sistema in situacija, ki terja od celotnega javnega sektorja maksimalno racionalizacijo dela, narekuje nujne spremembe na področju zdravja, ki jih bo država morala doseči z zdravstveno reformo brez nepotrebne odlašanja in z vključitvijo vseh udeležencev v zdravstvenem sistemu. Reforma bo morala jasno opredeliti in določiti upravljalvske naloge vseh organov javnega zavoda ter opredelitev njihovih odgovornosti, vodenje zavodov pa prepustiti za to usposobljenim in kompetentnim ljudem, vodstveno strukturo pa prilagoditi dobremu in učinkovitemu vodenju. Potrebno se je zavedati, da mora menedžer zdravstvenega zavoda poznati tudi medicinsko področje in ga ustrezno vključiti v stil vodenja zavoda. Trenutno se situacija, ki od direktorjev terja poznavanje zdravstvenega področja, ne opredeljuje pa potreb po menedžerskih znanjih za vodenje zdravstvenega zavoda, kaže v slabih rezultatih zavodov, pomanjkanju zdravstvenega kadra, izostanku strateških planov zavodov ter v določenih zavodih tudi kot neizvajanje zdravstvenih programov, ki so jih po zakonu dolžni zagotoviti.

Ni razloga, da zdravniki ne bi mogli postati uspešni menedžerji, vendar brez obvladanja potrebnih menedžerskih znanj ni mogoče voditi in sprejemati ključnih odločitev za uspešno krmarjenje zdravstvenega zavoda. Zato bi morali od kandidatov za mesto direktorja zahtevati znanja s področja managementa.

Z Zakonom o zdravstveni dejavnosti je deloma opredeljen tudi nadzor nad delom javnega zdravstvenega zavoda, tako da z namenom zagotavljanja strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov Zakon o zdravstveni dejavnosti določa štiri oblike nadzora (Ur. list RS, št. 36/2004):

- interni strokovni nadzor,
- strokovni nadzor s svetovanjem,
- upravni nadzor,
- nadzor nad izpolnjevanjem pogodb za opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Interni strokovni nadzor izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci s samonadzorom in odgovornim za strokovnost dela v posameznem zavodu.

Strokovni nadzor s svetovanjem kot javno pooblastilo izvaja pristojna zbornica ali strokovno združenje v sodelovanju s klinikami, kliničnimi inštituti, kliničnimi oddelki ter drugimi zavodi, in sicer v skladu s posebnim programom, ki ga sprejme zbornica oziroma strokovno združenje s soglasjem ministra za zdravje.

Nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov izvaja Ministrstvo za zdravje upravni nadzor, in sicer na podlagi triletnega programa, v katerem določi izvajalce, pri katerih se bo v tem obdobju opravil nadzor.

Nadzor nad izpolnjevanjem in izvajanjem pogodb ter nadzor nad obračunavanjem zdravstvenih storitev pa izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri izvajalcih.

Nadzor nad vodenjem javnega zdravstvenega zavoda ima tudi svet zavoda s svojo nadzorno funkcijo, ki mu omogoča imenovanje in razreševanje direktorja zavoda.

Pomemben vidik normativne ureditve je tudi sistem in način financiranja zdravstvenih zavodov, ki ga opredeljuje Zakon o zdravstveni dejavnosti.

Sredstva za delo zdravstveni zavod pridobiva (Ur. list RS, št. 9/1992):

- iz sredstev ustanovitelja v skladu z aktom o ustanovitvi,
- s plačili za storitve,
- po pogodbi z ZZZS (obvezno zdravstveno zavarovanje),
- po pogodbi z ministrstvom, pristojnim za zdravstvo, za naloge, ki se na podlagi zakona financirajo iz proračuna,
- iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom, aktom o ustanovitvi in statutom zavoda.

Potrebno je tudi izpostaviti nejasna razmerja, ki jih postavlja Zakon o zdravstveni dejavnosti, saj zakon na določenih področjih dopušča različne interpretacije. Kadar sta poslovna in strokovna funkcija ločeni, ni povsem jasno, ali strokovni vodja spada v sklop poslovnega organa in je tudi objektivno odgovoren za poslovanje zdravstvenega zavoda ali je zgolj strokovni vodja, brez poslovnih funkcij in pravic odločanja glede vodenja zavoda. Razmerje strokovnega vodje je nakazano tudi v dejstvu, da ga imenuje in razrešuje svet zavoda, kar bi lahko razumeli, da je na nek način del posloводства zavoda in ni zgolj le notranji vodja, ki je odgovoren le poslovnemu menedžerju.

Razmerje med strokovnim svetom in svetom zavoda je opredeljeno le z možnostjo strokovnega sveta, da svetu zavoda daje mnenja in predloge glede organizacije dela ter pogoje za razvoj dejavnosti. Enako velja za razmerje med strokovnim svetom in direktorjem zdravstvenega zavoda.

Potrebno se je zavedati, da je za razvoj managementa v javnih zavodih potrebno področje normativno urediti na način, da bo zakonodaja omogočala optimalno organizacijsko shemo zavodov, ki bo fleksibilna glede na specifične lastnosti posameznih zavodov. Hkrati je potrebno urediti tudi razmerja, ki bodo jasno določala pristojnosti in odgovornosti posameznih organov zdravstvenih zavodov. Vodenje zavodov mora biti v pristojnosti menedžerjev, ki imajo konceptualna znanja s področja vodenja in poznajo zdravstveno in medicinsko delo. Obvladovanje konceptov in tehnik sodobnega managementa je v zdravstvu izrednega pomena.

Zato je zdravstvena reforma, katere izhodišča navajajo korenito spremembo v vodenju zdravstvenih zavodov, ki naj bi upravam zdravstvenih zavodov dodelila več pristojnosti in hkrati tudi več odgovornosti, nujno potrebna, saj mora vsak sistem temeljiti na dobrih temeljih, ki omogočajo učinkovito delovanje sistema.



## 5 MANAGEMENT V ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

V nadaljevanju diplomskega dela sem se lotil analize managementa v treh slovenskih zdravstvenih zavodih, ki opravljajo zdravstveno varstvo na primarni ravni javne zdravstvene mreže.

Analiza je zajela Zdravstveni dom Trbovlje, Osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG) in Zdravstveni dom Maribor. Pri OZG sem analizo razširil na organizacijsko enoto Radovljica, ki po svoji obliki in upravljanju delno spominja na samostojno enoto zdravstvenega doma, ki je avtonomna predvsem v strokovnem delu vodenja zavoda.

**Tabela 1: Podatki o obravnavanih zavodih**

	<b>ZD Trbovlje</b>	<b>OZG</b>	<b>ZD MARIBOR</b>
št. zaposlenih	112	716	904
organizacijska delitev	ambulantne službe	krajevne organizacijske enote	organizacijske enote glede na dejavnost

Vir: Poslovna letna poročila ZD Trbovlje, OZG in ZD Maribor

### 5.1 OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE IN ZDRAVSTVENI DOM RADOVLJICA

Zdravstveni dom Radovljica je del skupnega javnega zavoda Osnovno zdravstvo Gorenjske (OZG), ki opravlja zdravstveno dejavnost na primarni ravni. Ustanoviteljice javnega zavoda Osnovno zdravstvo Gorenjske, s sedežem v Kranju so:

- Občina Bled,
- Občina Bohinj,
- Občina Cerklje na Gorenjskem,
- Občina Gorenja vas–Poljane,
- Občina Jesenice,
- Občina Jezersko,
- Občina Kranjska Gora,
- Mestna občina Kranj,
- Občina Naklo,
- Občina Preddvor,
- Občina Radovljica,
- Občina Šenčur,
- Občina Škofja Loka,
- Občina Tržič,
- Občina Železniki,
- Občina Žiri,
- Občina Žirovnica.

Organi Osnovnega zdravstva Gorenjske so:

- Svet OZG,
- Direktor zavoda,
- Strokovni vodja (če direktor zavoda nima univerzitetne izobrazbe zdravstvene smeri)
- Strokovni svet.

OZG je organizacijsko razdeljen na Upravo OZG-ja in območne organizacijske enote OE Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Bohinj, s sedežem na Bledu, OE Zdravstveni dom Jesenice z dislociranimi enotama Zdravstvena postaja Kranjska Gora z ambulanto v Mojstrani in Zdravstvena postaja Žirovnica, OE Zdravstveni dom Kranj z dislociranimi enotami Zdravstvena postaja Stražišče, Zdravstvena postaja Cerklje, Zdravstvena postaja Šenčur, Zdravstvena postaja Preddvor, Zdravstvena postaja Jezersko in Ambulanta

splošne medicine Naklo, OE Zobna klinika Kranj, OE Zdravstveni dom Radovljica z dislocirano enoto Zdravstvena postaja Kropa, OE Zdravstveni dom Škofja Loka z dislociranimi ambulantami v Gorenji vasi, Žireh in Železnikih ter OE Zdravstveni dom Tržič.

Posamezna organizacijska enota je avtonomna na naslednjih področjih delovanja:

- vodenje kadrovske politike,
- samostojno vodenje disciplinskega postopka,
- odgovornost za strokovno delo v OE v skladu z zakoni,
- odgovornost za druga področja, ki jih določa interni pravilnik v OZG,
- sklepanje poslov za nabavo materiala in storitev do višine, za katero se javno naročilo izvaja v skladu s pravili za naročanje malih vrednosti,
- sklepanje poslov v zvezi z investicijskim vzdrževanjem do višine, za katero se javno naročilo izvaja v skladu s pravili za naročanje malih vrednosti,
- nabava osnovnih sredstev v okviru letnega zneska razpoložljivih lastnih sredstev enote in sprejetega plana do višine, za katero se javno naročilo izvaja v skladu s pravili za naročanje malih vrednosti,
- prodaja odpisanih osnovnih sredstev na podlagi predhodnega soglasja občine ustanoviteljice, kjer je sedež organizacijske enote, oziroma občine, ki je predmetna osnovna sredstva dala v upravljanje OE.

Posamezno organizacijsko enoto (OE) sestavljajo direktor OE, glavna sestra OE in strokovni kolegij OE.

Direktor posamezne OE organizira in vodi poslovanje OE in je neposredno odgovoren za zakonitost poslovanja, strokovnost dela ter poslovni uspeh enote. Direktor OE mora imeti univerzitetno izobrazbo medicinske smeri in najmanj pet let delovnih izkušenj v zdravstvu, ter ga na podlagi internega razpisa imenuje in razrešuje direktor zavoda v soglasju z ustanoviteljico, kjer je sedež organizacijske enote.

Pristojnosti in naloge direktorja OE zajemajo imenovanje in razreševanje zaposlenih na vodstvenih mestih OE, imenuje glavno sestro OE, vodi in odgovarja za zakonitost in strokovnost dela v OE, poročanje o vodenju OE direktorju OZG ter strokovnemu vodji OZG. Direktor OE je avtonomen pri načrtovanju kadrovske in izobraževalne politike v svoji OE. Prav tako pripravlja plane nabav opreme in investicijskega vzdrževanja za OE ter je odgovoren za doseganje realizacije storitev v OE.

Glavna sestra OE organizira in vodi dejavnosti zdravstvene nege v OE in je neposredno odgovorna za strokovnost dela v organizacijski enoti. Njene naloge zajemajo načrtovanje, vodenje, organiziranje in nadziranje dejavnosti zdravstvene nege ter načrtuje kratkoročne in dolgoročne razvojne smernice zdravstvene nege. Glavna sestra usklajuje in koordinira izvajanje zdravstvene nege z vsemi strokovnimi službami in dejavnostmi OE ter zagotavlja strokovno povezovanje zdravstvene nege z drugimi dejavnostmi OE. Odgovarja za učinkovito, kakovostno in smotrno delovanje zdravstvene nege ter ocenjuje rezultate dela zdravstvene nege in predlaga ustrezne spremembe ter aktivno sodeluje pri izbiri kadrov na področju zdravstvene nege.

Strokovni kolegij OE je posvetovalni organ, ki ga sestavljajo vodje služb v OE in glavna sestra OE, ter obravnava strokovna, organizacijska in poslovna vprašanja OE.

Analiza politike kakovosti v OZG je bila razdeljena na dva dela, in sicer je zajemala osredotočenost na politiko kakovosti, ki jo uresničuje uprava OZG, ter na uresničevanje politike kakovosti v OE Radovljica. Pri tem gre poudariti dejstvo, da je sicer OE v

določenih delih poslovanja avtonomna, vendar če izhajamo iz dejstva, da organizacijsko enoto vodi direktorica, ki je po izobrazbi zdravnik, je to vodenje orientirano predvsem na strokovno vodenje organizacijske enote.

V upravi OZG vsi zaposleni poznajo poslanstvo zavoda in ga uresničujejo skozi procese dela. Poslanstvo zavoda OZG je opredeljeno v letnih poslovnih poročilih, ki zajemajo tudi tekoče cilje samega zavoda. Direktor zavoda se strinja, da bi lahko bila politika kakovosti bolje opredeljena v strateških in drugih dokumentih.

Trenutno politiko kakovosti opredeljuje le Pravilnik o internih strokovnih nadzorih, ki pa temelji predvsem na določilih Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki ta instrument strokovnega nadzora opredeljuje kot obvezni element zdravstvenih zavodov.

Delno področje kakovosti nadzirajo tudi z notranjo revizijo, ki jo delno opravi zunanja presoja, pri čemer gre za nadzor s strani Zdravniške zbornice in Ministrstva za zdravje.

Zagotavljanje kakovosti je dolžnost vsakega zaposlenega znotraj zavoda OZG in jo preverjajo v skladu z zakonodajo, ki predvideva različne oblike notranjega nadzora.

Vodstvo OZG spodbuja svoje zaposlene k uvajanju kakovosti na vseh ravneh in omogoča zaposlenim, da podajajo predloge izboljšav delovnih procesov ter omogočajo, da zaposleni prispevajo svoja znanja in kompetence.

Pri tem je potrebno izpostaviti, da nadrejeni svoje zaposlene redno ocenjujejo, vendar nimajo izoblikovanih kazalnikov, ki bi podajali neko realno oceno dela posameznega zaposlenega, ampak je ocenjevanje bolj kot ne subjektivna ocena nadrejenega. S tem dejstvom je ocenjevanje zaposlenih bolj stvar srednjega managementa OZG, na višji vodstveni ravni pa splošnih ocen zaposlenih ne obravnavajo.

Za uresničevanje politike kakovosti je pomembno, da se zavod zaveda trenutnega stanja kakovosti delovnih procesov in njihovih rezultatov. V upravi OZG ne obstaja oddelek za kakovost, ki bi imel opredeljene naloge, cilje in usmeritve za razvoj le-te. Prav tako ne obstajata opis in ocena stanja na področju kakovosti znotraj zavoda, ki bi vodstvu omogočala celovit pogled na trenutno stanje in pomanjkljivosti, kar se odraža pri pomanjkljivih ciljih zavoda in strateških usmeritvah. Izostanek uresničevanja politike kakovosti se izkazuje tudi na področju zaznavanja kakovosti v zavodu. Kot edini mehanizem kakovosti dela, ki se odraža na uporabnikih oziroma na pacientih, je pritožbeni sistem, ki omogoča uporabnikom, da opozorijo na slabo kakovost opravljene zdravstvene storitve. Vendar se pritožbeni sistem v zavodu ne izkazuje kot realna ocena, ki bi vsaj v večji meri odražala stanje na področju zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev OZG. Uveden imajo pritožbeni sistem v OE Radovljica, ki pa prav tako ne izkazuje realnih povratnih informacij zadovoljstva uporabnikov, saj v ZD Radovljica obravnavajo zgolj tri do štiri pritožbe letno.

Organizacijska enota Radovljica je pri vodenju strokovnega dela deloma avtonomna, kar pomeni, da direktor OE odgovarjata za strokovnost dela v OE, kar zajema tudi uresničevanje politike kakovosti v delovnih procesih. Že v teoretičnem delu sem izpostavil dejstvo, da pri vodenju zdravstvenih zavodov obstaja dualizem, ki pa se na primeru OZG izkazuje v še večji meri. Zavod kot celota in OE imata razpršeno vodstvo na tri ravni, ki nekako nastopajo v hierarhiji. Direktor OZG skrbi za zavod kot celoto, pri strokovnem vodenju mu pomaga strokovni vodja, za uresničevanje zdravstvene dejavnosti pa v OE nastopa še direktor OE, ki prav tako nastopa bolj v smeri strokovnega vodenja zavoda.

Pomembno dejstvo je, da direktorica OE Radovljica opredeljuje Strokovni kolegij OE kot del oddelka, ki naj bi skrbel in nadzoroval kakovost delovnih procesov v OE Radovljica, čeprav nastopa le kot posvetovalni organ brez neposrednih pristojnosti in možnosti ukrepanja. Prav tako v OE Radovljica izvajajo le pritožbeni sistem. Pomanjkanje osredotočenosti na uporabnike močno vpliva na zavedanje o kakovosti opravljenega dela.

Potrebno je tudi izpostaviti, da posamezna organizacijska enota zavoda OZG nima lastnega dokumenta, ki bi opredeljeval cilje in smernice razvoja posamezne OE. Za celotno OZG obstaja skupni Statut zavoda in Poslovna poročila za pretekla leta, v katerih so opredeljeni cilji zavoda kot celote. Ob dejstvu, da je OZG razdeljen na precejšnje število OE, bi bilo smotno za vsako organizacijsko enoto vzpostaviti in določiti cilje in strateške usmeritve, saj se celotna gorenjska regija precej razlikuje po razvitosti in drugih okoliščinah, ki zadevajo organiziranje zdravstvenega varstva na primarni ravni. OE Radovljica bi morala vzpostaviti lastne razvojne cilje in usmeritve glede na potrebe lokalnega prebivalstva in jih vključiti in prilagoditi smernicam, ki jih pripravi Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske.

Direktor OZG kot nosilce odgovornosti za stanje in izboljševanje kakovosti v zavodu opredeljuje vodje posameznih služb, direktorja OE in strokovnega vodjo OZG. Vendar v zavodu ne obstaja lestvica odgovornosti, ki bi natančno določala odgovornosti in zadolžitve posameznih odgovornih za izvajanje kakovosti. Iz opredelitev temeljnih dokumentov bi lahko kot nosilca odgovornosti šteli strokovnega vodjo, ki je zadolžen za strokovno izvajanje zdravstvene dejavnosti v zavodu, ki svoje pristojnosti s pooblastili prenaša na nižje organizacijske ravni in njihove vodje (OE), ki naj bi skrbeli za uresničevanje kakovosti na nižjih ravneh zavoda.

Na drugi strani direktorica OE Radovljica odgovornost za uvajanje, izvajanje in kontrolo kakovosti prenaša na direktorja OZG, vendar se zaveda, da se mora izvajanje in osredotočenost na kakovost prenesti na vse procese dela in zaposlene.

Iz analiz virov in poročil OZG in OE Radovljica je razvidno, da se uprava zavoda osredotoča predvsem na finančne kazalnike, ki omogočajo nadzor nad obsegom odhodkov. Direktor OZG in zaposleni v upravi OZG so pri svojem delu predvsem osredotočeni na finančno poslovanje zavoda in v zvezi s tem sprejemajo odločitve za vodenje zavoda. Direktor OZG opredeljuje finančno vzdržnost kot najpomembnejši cilj, ki ga mora zavod doseči. Osredotočenost na kazalnike odhodkov omogoča vodstvu in ostalim zaposlenim v upravi, da pripravljajo ustrezne ukrepe na področju zmanjševanja stroškov. S tem namenom mesečno pripravljajo bilance uspeha in mesečni pregled stroškov. Direktor OZG navaja, da je uvedba novega plačilnega sistema v državni upravi privedla do še močnejše potrebe po dodatnih varčevalnih ukrepih.

V OZG in OE Radovljica so v letu 2009 sprejeli dodatne varčevalne ukrepe, in sicer na področju strokovnega izobraževanja, kjer so zmanjševali obseg te dejavnosti, investicijsko vzdrževalnih delih, ki so se prestavila v prihodnje obdobje, nabava zdravstvenega materiala, omejitve zaposlovanja ter znižanje stroškov laboratorija. Razlogi za večjo usmerjenost k obvladovanju stroškov so predvsem posledica, da se obseg finančnih sredstev namenjenih za primarno raven zdravstvenega varstva krči. Posebno težko leto je bilo leto 2009, deloma tudi leto 2008, saj je gospodarska kriza močno oslabilo zdravstveno blagajno, kar je vodilo tudi k sprejemu aneksa k splošni pogodbi, ki je zmanjšal že dogovorjena finančna sredstva in obseg storitev za leto 2009. Zaradi poslabšane finančne situacije se je morala OZG še bolj osredotočiti na obvladovanje stroškov, kar se odraža

tudi na dejstvu, da OZG ni mogel razširiti določenih programov, kar bi bilo nujno potrebno za nemoteno in kakovostno opravljanje zdravstvene dejavnosti.

Na celotni organizacijski ravni OZG se največ pozornosti nameni obvladovanju stroškov, s tem so povezani tudi vsi pravilniki in navodila izvajalcem storitev, ki vsebujejo določila o čim bolj racionalnem izvajanju delovnih procesov. Vsa odstopanja od planirane rabe sredstev in s tem povezani ukrepi, ki so usmerjeni v ponovno uravnoteženost sredstev, se obravnavajo na višji organizacijski ravni. Vodstvo posebno pozornost k obvladovanju stroškov prepisuje trenutni gospodarski situaciji, ki pogojuje prilive za zdravstveno varstvo in s tem povezanimi ukrepi države in ZZZS-ja. Sprejete ukrepe na področju zniževanja že dodeljenih sredstev za nazaj vodstvo OZG opredeljuje kot neprimerne in ogrožajo finančno stabilnost predvsem manjših zdravstvenih zavodov. Vodstvo OZG finančno stanje zavoda v trenutnih razmerah ocenjuje kot stabilno z manjšimi rezervami na področju materialnih stroškov.

Direktorica OE kot odgovornost za obvladovanje stroškov navaja Upravo OZG, sama OE pa naj bi bila v pretežnem delu bolj usmerjena v strokovni del opravljanja zdravstvenega varstva. Tako je tudi večina dokumentov le delno opredeljena z navodili za dodatne ukrepe na področju zniževanja stroškov. Direktorica OE Radovljica je mnenja, da ima sama OE še precej rezerv za zniževanje stroškov, kar po drugi strani ne uresničuje mnenja direktorja OZG, ki je mnenja, da obstajajo le še minimalne rezerve za znižanje stroškov. Finančne kazalnike in rezultate se obravnava zgolj na višjih organizacijskih ravneh in dvakrat do trikrat letno uprava vodi ter pripravi finančno poročilo.

## **5.2 ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE**

Zdravstvene dejavnost je v Zdravstvenem domu organizirana po načelu organizacijskih enot, ki zaokrožujejo določena sorodna področja dela:

- splošna medicina z nujno medicinsko pomočjo in reševalnimi prevozi,
- zdravstveno varstvo žena,
- zdravstveno varstvo otrok, šolskih otrok in mladine s psihološko in logopedsko dejavnostjo,
- zobozdravstveno varstvo otrok in mladine z ortodontijo,
- zobozdravstveno varstvo odraslih,
- dispanzer medicine dela, prometa in športa,
- mentalno higienski dispanzer s psihološko službo za odrasle,
- patronaža z zdravstveno nego na domu,
- specialistične ambulante (okulistična, otorinolaringološka, dermatološka, onkološka in pedopsihiatrična),
- referat za zdravstveno vzgojo.

Posamezno službo oziroma organizacijsko enoto vodijo vodje služb, ki jih imenuje in razrešuje direktor zavoda.

Zdravstveni dom Trbovlje sestavljajo naslednji organi zavoda:

- svet zavoda,
- direktor zavoda,
- strokovni svet zavoda,
- strokovni vodja (če direktor zavoda nima univerzitetne izobrazbe zdravstvene smeri).

Svet zavoda sestavlja sedem članov, in sicer štirje predstavniki ustanovitelja, en predstavnik delavcev zavoda in dva predstavnika zavarovancev.

Zdravstveni dom Trbovlje spada med manjše zdravstvene zavode na primarni ravni, in teh zavodov se je slabša gospodarska situacija, ki je narekovala ukrepe in aktivnosti na področju zmanjševanja izdatkov za zdravstveno varstvo, najboljše dotaknila, kar se izraža tudi v negativnem finančnem izidu ZD Trbovlje.

Direktorica ocenjuje, da je poslanstvo zavoda dovolj dobro opredeljeno v Statutu zavoda in se ga zavedajo vsi zaposleni. Analiza dokumentov, ki bi morali vsebovati in določati cilje in dolgoročne usmeritve zavoda, le-teh ne vsebujejo. Vodstvo ZD Trbovlje kot dolgoročne usmeritve in cilje zagovarja izpolnjevanje zakonskih določil, ki urejajo delovanje zavoda. Tako letne cilje predstavljajo predvsem izpolnjevanje delovnih programov za tekoče leto, ki temelji na Splošnem dogovoru. Slabo stanje na področju razvoja zavoda izhaja že iz leta 2006, ko je Računsko sodišče Republike Slovenije naročilo ZD Trbovlje, da v skladu z Zakonom opredeli razvoj ZD Trbovlje. Tako se je v letu 2008 sprejel dokument Strategije in vizije zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v občini Trbovlje, ki pa je zgolj posledica zahtev Računskega sodišča, kot pa dokument, ki bi realno oblikoval cilje in smeri razvoja ZD Trbovlje.

Kot cilje zavoda bi lahko opredelili tudi željo po izboljšani kadrovski sliki, saj se v ZD Trbovlje soočajo s kroničnim pomanjkanjem zdravstvenega kadra. Dejstvo se izkazuje tudi v neizvajanju določenih programov, saj zaradi manjka zdravstvenega osebja določenih programov ne morejo izvesti. Nedorečeni cilji, ki bi usmerjali aktivnosti na tem področju, so slabo opredeljeni in niso povezani z dodatnimi aktivnostmi za izboljšanje stanja na kadrovskem področju. S tem se strinja tudi direktorica ZD Trbovlje, ki se strinja, da bi lahko bila politika kakovosti boljše opredeljena v strateških dokumentih in pravilnikih. Takšno stanje se odraža tudi v praksi, saj v ZD Trbovlje nimajo posebnega oddelka za kakovost, ampak naj bi za uresničevanje kakovosti, ki izhaja iz delovnih nalog posameznega zaposlenega, skrbeli in nadzorovali vodje posameznih služb. Direktorica ZD Trbovlje uresničevanje kakovosti opredeljuje kot odgovornost vodstva, ki mora poskrbeti za izvajanje kakovosti na vseh delovnih mestih v zavodu. V samem zavodu ne obstaja opis stanja na področju kakovosti, ki bi ga opravila zunanja presoja, ampak nadzor kakovosti izvajajo le z izrednimi strokovnimi nadzori, ki jih opredeljuje Zakon o Zdravstveni dejavnosti. Kontrolo nad kakovostjo opravljenih storitev naj bi nadzorstvo opravljali vodje posameznih služb.

Prav tako tudi v Zdravstvenem domu Trbovlje izvajajo pritožbeni sistem, ki služi bolj kot mehanizem za reševanje resnično slabih primerov zdravstvene oskrbe oziroma slabega odnosa med zaposlenimi v ZD Trbovlje in uporabniki njihovih storitev.

Politika ZD Trbovlje je v večji meri usmerjena v obvladovanje odhodkov, ki nastajajo s poslovanjem zavoda. Izvajanje ukrepov in aktivnosti, ki vplivajo na zmanjševanje stroškov poslovanja zavoda, je vezano že na preteklo obdobje in je temeljno izhodišče za pozitivno poslovanje Zdravstvenega doma Trbovlje. Analize poslovanja, ki so opredeljene v poslovnih poročilih, so v večji meri osredotočene na kazalnike, ki prikazujejo finančno poslovanje zavoda in ponavadi prikazujejo razmerje med tekočim poslovnim letom in preteklim letom.

Povečanje aktivnosti na področju zniževanja stroškov je prineslo leto 2009, ki je zaradi spremenjenega plačnega sistema povečal osnovo za plače zaposlenih, pri tem pa je potrebno poudariti, da delež za plače v zdravstvenih zavodih predstavlja od 55% do 70% vseh odhodkov. Prav tako se je v letu 2009 sprejel aneks k Splošnemu dogovoru, ki je posledica gospodarske krize in s tem posledično zmanjšanja finančnih sredstev za

zdravstveno varstvo, ki je zdravstvenemu domu Trbovlje prinesla za 10% manj sredstev. Aneks k splošnem dogovoru je zmanjšal že dogovorjena finančna sredstva in obsege programov. Poleg rednih varčevalnih ukrepov je moral ZD Trbovlje sprejeti dodatne varčevalne ukrepe, ki so vplivali na realizacijo investicij v zavodu, prav tako so dodatne varčevalne ukrepe uvedli na področju blaga in storitev. Ukrepi na področju obvladovanja stroškov v ZD Trbovlje zajemajo racionalizacijo poslovanja na vseh ravneh, in sicer na varčevanju pri porabi materiala, racionalizacijo stroškov dela, zagotovitev polne kadrovske zasedbe na področju nosilcev dejavnosti, s čimer naj bi se izognili plačevanju zunanjih sodelavcev.

Kljub nekaterim ukrepom in aktivnostim za obvladovanje stroškov je ZD Trbovlje v letu 2009 pridelal negativen poslovni izid, zato vodstvo zavoda v letu 2010 sprejelo še več ukrepov in aktivnosti za obvladovanje stroškov na vseh ravneh poslovanja, kar se odraža tudi v manjši osredotočenosti na kakovost.

Direktorica ZD Trbovlje se strinja, da se zavod osredotoča predvsem na obvladovanje in zniževanje stroškov, zato naj bi le-te bili tudi na najnižji možni ravni v danem trenutku, čeprav naj bi majhne rezerve še obstajale, predvsem z vidika polne kadrovske zasedbe, ki bi prekinila drago plačevanje zunanjih zdravstvenih sodelavcev. Organizacija zdravstvenega varstva na primarni ravni in zdravstvena politika naj bi zdravstvenim zavodom onemogočala večjo osredotočenost na uvajanje sistemov kakovosti, predvsem se to dejstvo izkazuje pri manjših zavodih, ki imajo večje težave s finančno stabilnostjo zavoda.

### **5.3 ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR**

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor (ZD Maribor) je neprofiten zdravstveni zavod, ki opravlja zdravstveno dejavnost na primarni ravni. Ustanoviteljice zavoda so mestna občina Maribor, občine Duplek, Hoče-Slivnica, Kungota, Lovrenc na Pohorju, Miklavž na Dravskem polju, Pesnica, Rače-Fram, Ruše, Senica ob Dravi, Straše in Šentilj.

Svet zavoda sestavlja sedemnajst članov, in sicer devet predstavnikov ustanoviteljic, šest predstavnikov delavcev zavoda in dva predstavnika zavarovancev.

Izvajanje zdravstvene dejavnosti zavoda se opravlja v organizacijskih enotah (OE):

- OE Splošno zdravstveno varstvo,
- OE Nujna medicinska pomoč,
- OE Medicina dela, prometa in športa,
- OE Zobozdravstveno varstvo,
- OE Varstvo otrok in mladine,
- OE Varstvo žensk,
- OE Patronažno varstvo,
- Uprava zavoda.

Posamezno OE vodi predstojnik, ki skrbi za organizacijo in strokovno delo OE, pri delu in izvajanju nalog s področja organizacije in strokovnega dela mu pomaga glavna sestra OE. Posamezni predstojnik organizacijske enote imajo pooblastila v okviru svoje enote, ki jih nanj prenese direktor zavoda. Posamezna OE ni krajevno določena, ampak sklop OE zajema dejavnosti na določenem področju.

Vodstvo zavoda predstavlja direktor zavoda, strokovni direktor in ostali delavci s posebnimi pooblastili in odgovornostmi, in sicer: pomočnica direktorja za zdravstveno

nego – glavna medicinska sestra zavoda, predstojniki organizacijskih enot in svetovalci direktorja.

Pristop vodstva in zaposlenih do politike kakovosti je v ZD Maribor presenetljivo pozitiven. Poslanstvo zavoda je dobro opredeljeno v vseh pomembnejših dokumentih, podrobno pa je seznam kratkoročnih in strateških ciljev opredeljen v vsakoletnih poslovnih in strokovnih poročilih. Prav tako se pozitiven odnos vodstva do zavedanja pomena poslanstva zavoda odraža na nižjih ravneh in procesih dela.

Zdravstveni zavod ZD Maribor ima v svojih dokumentih jasno postavljeno vizijo, ki nadaljuje pomen poslanstva zavoda v prihodnje. Zavod ima zastavljene kratkoročne cilje in prav tako strateške dolgoročne cilje, ki opredeljujejo vizijo razvoja zdravstvenega zavoda v prihodnosti.

Vodstvo zavoda daje pomemben poudarek uresničevanju in razvoju kakovosti v zavodu. Zato je zdravstveni zavod Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor uspešno pridobil certifikat kakovosti ISO 9001:2000. Namen vodstva je na področju kakovosti usmerjen v dolgoročni razvoj kakovosti na vseh ravneh poslovanja zavoda, ki temelji na kakovostnem uresničevanju poslanstva zavoda. Vodstvo zavoda je v sodelovanju z vodstvi organizacijskih enot, referatom za kakovost in strokovnim svetom pripravilo dokumente in pravilnike, ki posameznim organizacijskim enotam opredeljuje korake do kakovostnih delovnih procesov in rezultatov.

Vodje organizacijskih enot letno poročajo o sistemu vodenja kakovosti in o rezultatih ter ukrepih notranjih presoj, če se le-ta v posamezni OE izvede. Organizacijske enote izvajajo sistem kakovosti v skladu z internimi pravili in dokumenti. Vodstvo posamezne OE uresničuje politiko kakovosti v skladu s pravili zavoda in po priporočilih, ki jih pripravi notranja ali zunanja presoja. Posamezni oddelek je občasno deležen vodstvenega pregleda na področju kakovosti in pri izvajanju pravilnikov ter drugih dokumentov. Prav tako posamezna OE pripravi anketni sistem, ki podaja povratne informacije uporabnikov zdravstvenih storitev.

ZD Maribor se je vključil v mednarodni projekt o količini in kakovosti zdravstvene nege, ki uvaja metodologijo merjenja kakovosti na sistemu ločitve zdravstvene nege na posredni in neposredni del. Posredni del je usmerjen na merjenje časa in dela, ki se ga porabi za pripravo na delo, neposredne aktivnosti pa predstavljajo procese dela, ki neposredno zadevajo delo s pacientom.

Prav tako imajo dobro izdelan pritožbeni sistem. Zdravstveni zavod ZD Maribor uresničuje politiko kakovosti na način, da z anketnimi vprašalniki pridobivajo informacije od samih uporabnikov njihovih storitev, ki so temelj za nenehne izboljšave na tem področju. Prav tako preverjajo odnos zaposlenih do kakovosti z občasnimi internimi raziskavami.

Uspešno delovanje na področju kakovosti je pomenilo tudi podaljšanje certifikata ISO 9001:2000, ki je bil uspešno podaljšan leta 2008, ko je zunanja presoja s strani Slovenskega instituta za kakovost (SIQ) ugotovila skladnost z vsemi zahtevami ISO standarda. Izvajanje in delni nadzor nad izvajanjem politike kakovosti izvaja posebna služba zavoda Referat za kakovost, ki usmerja aktivnosti, ki so povezane z izboljševanjem kakovosti na celotni ravni zdravstvenega zavoda.

Politika kakovosti je v zavodu dr. Adolfa Drolca Maribor opredeljena s temeljni načeli:



- z razpoložljivimi viri zagotoviti takšno raven zdravstvenega varstva, ki omogoča kar največjo možno korist posamezniku in celotni skupnosti;
- promocija zdravja in razvijanje zdravega življenjskega sloga med prebivalci;
- doseganje čim boljših poslovnih rezultatov;
- načrtovanje, izvajanje, nadzor in izboljšanje delovnih postopkov;
- nenehno strokovno in splošno izpopolnjevanje zaposlenih;
- stalno spodbujanje sodelavcev za boljše delovanje sistema vodenja kakovosti;
- ohranjanje ugleda zdravstvenega doma in dela zdravstvenih delavcev v širši skupnosti;
- okolju prijazno ravnanje z odpadki, ki nastanejo pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v zavodu.

Osredotočenost vodstva Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor na finančno poslovanje zavoda je precejšnja, saj je ZD Maribor v letu 2009 pridela negativni izid, in sicer v višini 494.000 EUR. Direktor razloge za takšno finančno situacijo vidi v uvedbi novega plačilnega sistema, ki je povečal delež odhodkov za plače zaposlenih za 10%, kar znaša 75% delež vseh odhodkov zavoda. Drugi razlog pa je v tem, da se je k že sprejetemu Splošnemu dogovoru za leto 2009 sprejel še aneks, ki je zmanjšal že dogovorjena sredstva. Ob Veljavnem Splošnem dogovoru bi ZD Maribor pridela za skoraj 430.000 EUR manjši negativni izid.

Zaradi negativnega izida je moral ZD Maribor v letošnjem letu uvesti dodatne varčevalne ukrepe, ki so zajemali predvsem zaustavitev investicijskih aktivnosti, nakup osnovnih sredstev, ki niso nujno potrebna za nemoteno izvajanje programov so predstavili v prihodnost, ter zniževanje porabe materiala, kjer je to mogoče. V letu 2010 je torej osredotočenost vodstva zavoda usmerjena predvsem v obvladovanje zaostrenih razmer in uspešno krmarjenje zavoda, ki naj bi na koncu poslovnega leta prineslo pozitiven rezultat. Zaradi varčevalnih ukrepov bo politika zavoda usmerjena predvsem v obvladovanje stroškov, ki bo na koncu vodila v finančno vzdržnost Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor.

Zavod ZD Maribor obravnava finančne kazalnike v mesečnih pregledih poslovanja posameznih organizacijskih enot, poročila pa pripravi finančna služba, ki deluje v okviru uprave zavoda. Končno stanje in finančne kazalnike prikazuje v letnih računovodskih poročilih, ki so del poslovnega poročila in izkazujejo poslovanje zavoda v primerjavi z lanskim letom. Prav tako se kazalniki gospodarnosti primerjajo s povprečjem kazalnikov vseh zdravstvenih zavodov na primarni ravni.

V preteklih letih je bil sam zavod usmerjen v dolgoročni razvoj in uresničevanje poslanstva zavoda, v trenutnih razmerah pa sam zavod po besedah direktorja usmerja aktivnosti predvsem v zniževanje stroškov, ki bodo zagotovili finančno vzdržnost samega zavoda. Dejstva, da je potrebno zagotoviti poslovanje, ki ne bo ogrožalo normalnega poslovanja, bo imelo posledice pri zagotavljanju optimalne kakovostne storitve, saj bodo določeni programi prikrajšani za osnovna sredstva, ki bi pripomogla k boljše opravljeni storitvi.

Direktor zavoda se strinja, da zdravstvena politika v tem trenutku narekuje aktivnosti zdravstvenih zavodov, ki se morajo v trenutnih razmerah boljše osredotočiti na obvladovanje in zmanjševanje stroškov poslovanja, kot pa uvajanje sistemov kakovosti, za katere primanjkuje finančnih sredstev.

## 5.4 PRIMERJAVA POLITIK ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

Organizacija zdravstvene dejavnosti je v vseh treh primerjanih zdravstvenih zavodih različna, kar se odraža v drugačni organizacijski strukturi posameznega zavoda. Vodstvene strukture so si po večini enake, saj izhajajo iz določil Zakona o Zdravstveni dejavnosti in Zakona o zavodih, ki opredeljujeta organe zavoda in njihove naloge ter pristojnosti. Razlike v vodstveni strukturi so predvsem na področju strokovnega vodje, namreč v ZD Maribor je strokovni vodja obvezni del vodstva zavoda tudi v primeru, da splošni direktor zavoda izpolnjuje vse formalne pogoje, da bi sam vodil tudi strokovni del dejavnosti v zavodu. Takšna opredelitev izhaja iz potreb, ki jih narekuje sama velikost in obseg Zdravstvenega zavoda dr. Adolfa Drolca Maribor, saj je ZD Maribor eden izmed največjih zavodov, ki opravljajo dejavnost na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Kljub temu da se zdravstvena dejavnost izvaja na večih lokacijah, ki so razporejene po občinah, ki so ustanoviteljice zdravstvenega zavoda, organizacijske enote povezujejo in združujejo dejavnosti, ki imajo skupne lastnosti oziroma izhajajo iz istega področja zdravstvene obravnave. Takšna struktura omogoča, da posamezni vodja OE vodi in usmerja celotno medicinsko dejavnost posameznega področja in ne prihaja do razlik med različnimi lokacijami in ambulantami, kjer se dejavnost izvaja. Vodenje posamezne organizacijske enote v ZD Maribor tako zajema vodenje in usmerjanje aktivnosti delovanja posamezne OE, ki združuje več različni dislociranih enot zdravstvenega zavoda.

Zdravstveni dom Trbovlje je po svoji velikosti in organiziranosti zelo blizu strukturi, ki je značilna večini zdravstvenih domov v Sloveniji. Gre za manjši zdravstveni zavod, ki nima obsežnega upravnno-administrativnega aparata, ki bi nudil strokovno podporo na ekonomsko-upravnem področju. Poslovanje zavoda je tako v večji meri prepuščeno manjšemu timu, ki usmerja aktivnosti poslovanja v ZD Trbovlje. Sama organiziranost v zavodu temelji na službah oziroma oddelkih, ki pokrivajo določeno zdravstveno področje področje, ki ga vodi vodja oddelka, ki je po izobrazbi zdravnik.

Osnovno zdravstvo Gorenjske se po svoji velikosti zelo približuje ZD Maribor, in sicer gre za tretji največji zavod na področju zdravstvenega varstva na primarni ravni, vendar ima povsem drugačno organizacijsko strukturo. Kot osnovni del OZG nastopa Uprava OZG, ki v večji meri predstavlja upravni aparat OZG in deloma usklajuje ter daje smernice za strokovni del, ki ga izvajajo organizacijske enote, ki pa so v določeni meri avtonomne. Posamezna OE se lahko po svoji velikosti in organiziranosti primerja z ZD Trbovlje. Takšna ureditev je po mojem mnenju slabša od organiziranosti, ki jo ima ZD Maribor, saj lahko prihaja na različnih lokacijah do povsem različnih načinov vodenja in usmerjanja, kar se odraža tudi v tem, da se določene funkcije podvajajo.

Vsaka OE mora imeti vodjo enote, ki organizira dejavnost na določenem področju, medtem ko v ZD Maribor vodje posamezne službe samo skrbijo za izvrševanje navodil, ki jih pripravi vodja celotne organizacijske enote. Avtonomnost posamezne OE v OZG je po drugi strani pozitivna, saj omogoča prilagajanje organiziranja zdravstvene dejavnosti lokalnim potrebam.

Primerjane zdravstvene zavode bi lahko razdelili na dva kriterija, in sicer na zavode, ki imajo v vodstveni strukturi močan upravni aparat, in zavode, ki nimajo močnega upravnega aparata.

Seveda se je potrebno zavedati, da v ZD Trbovlje močnega administrativno-upravnega aparata ne moremo vzpostaviti iz razloga, da je takšen del vodenja predrag za tako

majhen zdravstveni zavod kot je ZD Trbovlje. Na drugi strani je med ZD Maribor in OZG možno povleči vzporednice in tudi močna razhajanja glede upravnega aparata zavoda.

Upravni del v ZD Maribor skrbi in ureja upravne zadeve za celotni zdravstveni zavod. Zaposleni v upravnem delu zavoda so po izobrazbeni strukturi predvsem ekonomisti, organizatorji, pravniki in upravniki, tako da resnično vodstvu zavoda, ki ima zdravstveno izobrazbo, nudijo močno podporo na upravnem delu vodenja zavoda. Takšna urejena struktura se odraža tudi na odnosu zaposlenih do politike kakovosti in drugih ekonomskih kazalnikov v zavodu. Uprava ZD Maribor je uspela organizirati in uvesti politiko kakovosti, ki je ZD Maribor prinesla certifikat kakovosti, zaposleni pa se zavedajo in uresničujejo vsa navodila, ki urejajo in izboljšujejo raven kakovosti v zavodu. Upravni del ZD Maribor v svoji strukturi zajema tudi Referat za kakovost, ki skrbi za uresničevanje in izvajanje politike kakovosti.

Upravni del Osnovnega zdravstva Gorenjske je organiziran kot posebna samostojna enota OZG in skrbi predvsem za finančni in pravni del v zdravstvenem zavodu. Uprava OZG organizacijskim enotam vodi finančni del poslovanja in svetuje na ekonomskem področju. Tako je posamezna OE razbremenjena upravnih zadev in se lahko v večji meri posveti strokovnemu delu zdravstvene dejavnosti. Po mnenju direktorice OE ZD Radovljica je takšna organiziranost smotrna, ker se posamezna OE resnično lahko posveti izvajanju strokovnih nalog v zdravstvenem zavodu.

V vseh treh zavodih je opaziti, da je prevladujoča politika usmerjena na obvladovanje stroškov. Razlog za takšno usmerjenost zdravstvenih zavodov na primarni ravni lahko iščemo v dejstvu, da se obseg finančnih sredstev za primarno raven zmanjšuje, kar prikazuje tudi spodnja tabela, ki vsebuje podatke o deležu izdatkov za primarno raven zdravstvenega varstva.

**Tabela 2: Delež izdatkov za osnovno zdravstveno varstvo v obdobju od 2001 do 2008**

LETO	Delež izdatkov v % za primarno raven
2001	18,2
2002	17,8
2003	17,6
2004	17,5
2005	17,1
2006	17
2007	17,3
2008	16,8

Vir: Poslovno poročilo OZG (2009, str. 7)

Zgornja dejstva in situacija, v kateri se je znašlo svetovno in slovensko gospodarstvo, narekujejo zmanjšanje prilivov za zdravstveno varstvo. Zato se je v letu 2009 vlada RS odločila za varčevalne ukrepe, ki so močno posegli tudi na področje zdravstvenega varstva. Vendar so ukrepi in akcije, ki so sledili, zdravstvenim zavodom precej zamajale finančno vzdržnost zavodov. Že pri sprejetem Splošnem dogovoru za leto 2009 je vlada in ZZZS sprejela Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru, ki je zmanjšal že dodeljena finančna sredstva zavodov in to za nazaj. Takšne akcije so prizadele predvsem manjše zdravstvene zavode, ki so v večini v letu 2009 pridelali negativni izid.

Potrebno je poudariti, da se management zdravstvenih zavodov obvladuje zgolj od 30% do 40% odhodkov zavoda, saj večji del odhodkov predstavljajo plače zaposlenih, ki pa so urejene z zakonodajo na način, ki ne omogoča fleksibilnega sistema plač, kjer bi bili zaposleni plačani po svojem opravljenem delu. Prav tako je sprememba plačnega sistema v letu 2008 zgolj povečala obseg sredstev potrebnih za plače zaposlenih v vseh zavodih. Odprava plačnih nesorazmerij, ki jih skušal urediti Zakon o sistemu plač v javnem sektorju, je močno poslabšal finančno stanje zdravstvenih zavodov. Pri tem je potrebno poudariti, da se je zaradi novega sistema plač delež stroškov za plače zaposlenih v ZD Maribor povečal za 10% in predstavlja kar 75% vseh odhodkov zavoda.

Navedena dejstva so glavni razlog, da so se vsi zavodi predvsem v letih 2009 in 2010 poslužujejo dodatnih varčevalnih ukrepov in še večjo usmerjenost na obvladovanje stroškov. Trenutno je večina aktivnosti v vseh treh obravnavanih zdravstvenih zavodih usmerjena v racionalizacijo poslovanja zavodov in odložitev večino nenujnih investicijskih aktivnosti, saj se vsi zavodi trenutno ukvarjajo predvsem s finančno vzdržnostjo. V vseh treh obravnavanih zavodih ocenjujejo leto 2010 kot eno izmed težjih obdobjih. Zato v vseh zavodih iščejo še zadnje rezerve za zniževanje stroškov na vseh področjih dela v zavodu, predvsem so orientirani na zniževanje porabe materiala in drugih storitev, ki vplivajo na odhodke zavodov.

Ostali del odhodkov in obvladovanje teh je po mnenju vseh direktorjev trenutno na najnižji možni ravni, prav tako zagotavljajo, da večjih rezerv na področju zniževanja stroškov ni več.

Zaradi varčevalnih ukrepov trpijo programi in izvajanje investicijske aktivnosti, ki je na nekaterih področjih precej kritična, saj bi bilo potrebno za določene programe nujno kupiti nova osnovna sredstva. Z namenom zmanjšanja odhodkov so v vseh treh zavodih pomembne investicije prestavili v prihodnost, saj trenutno stanje na področju financ omogoča le izvajanje primarnih funkcij zavoda.

**Tabela 3: Primerjava obravnavanih zdravstvenih zavodov**

zavod	ZD TRBOVLJE	OZG		ZD MARIBOR
		uprava	OE	
izobrazba direktorja	zdravnica	ekonomist	zdravnica	zdravnik
strokovni direktor	NE	DA	NE	DA
poslanstvo zavoda	slabo opredeljeno	opredeljeno	opredeljeno v sklopu OZG	ustrezno opredeljeno
cilji in vizije	minimalno opredeljeno	opredeljeno	opredeljeno v okviru OZG	ustrezno opredeljeno
osredotočenost na stroške	primarno	primarno	primarno	primarno
varčevalni ukrepi	dodatni ukrepi od leta 2008	dodatni ukrepi od leta 2008	dodatni ukrepi od leta 2008	dodatni ukrepi od leta 2008

Vir: lasten

Pristop do kakovosti se v najbolj pozitivni smeri izkazuje v ZD Maribor. Sam zdravstveni zavod se močno zaveda pomembnosti politike kakovosti in njenega uresničevanja, saj kakovost vodi tudi v zniževanje stroškov. Zavod je v letu 2003 pridobil certifikat kakovosti

ISO 9001:2000 in ga je uspešno obnovil v letu 2008. Sam zavod ima v ta namen organiziran tudi Referat za kakovost, ki usmerja in vodi zavod na tem področju.

V primerjavi z ostalima dvema zavoda, in tudi širše, je zavod ZD Maribor na tem področju eden izmed zdravstvenih zavodov, ki postavlja temelje za uvajanje kakovosti v zdravstveni dejavnosti. Pomanjkljivost se predvsem izkazuje na področju merjenja kakovosti, kjer zavod še nima izoblikovanih kazalnikov za opravljeno storitev na področju medicine, v preteklosti pa so uspešno analizirali možnost uvedbe kazalnikov na področju zdravstvene nege. V večji meri pripisujem uspešno soočanje in uvajanje kakovosti v zavodu močnemu upravno-administrativnemu aparatu, ki je v zavodu in nudi celovito podporo pri reševanju ekonomsko-upravnih vprašanj.

Na drugi strani je odnos do uvajanja in merjenja kakovosti v ZD Trbovlje in OZG zelo negativno. Oba zavoda se v precejšnji meri osredotočata na obvladovanje stroškov in finančne kazalnike ter doseganje dogovorjenih obsegov zdravstvenih storitev. V OZG bi lahko glede na veliko upravno-administrativno upravo dali večji poudarek uvajanju in merjenju kakovosti v vseh organizacijskih enotah. V obeh zavodih kot razlog za slabo stanje na področju kakovosti navajajo, da strokovni svet in strokovni kolegiji zadostujejo, da se delovni procesi izvajajo v skladu s načeli kakovosti. Predvsem je pristop k politiki kakovosti dokaj neformalen in izhaja zgolj iz ustnih navodil odgovornih v posameznem oddelku oziroma službi. V obeh primerih interni strokovni nadzor opredeljujejo kot ustrezen mehanizem za uravnavanje in ugotavljanje kakovosti v zdravstvenih zavodih, čeprav je mehanizem internih in izrednih strokovnih nadzorov zgolj zagotavljanje minimalnih strokovnih standardov na področju zdravstvenega varstva. V zadnjem času in odmevnih medijskih primerih, se področje strokovnih nadzorov postavlja pod velik vprašaj, saj naj bi takšni nadzori služili bolj kot ne izogibanju odgovornosti za nekakovostno in napačno zdravstveno delo.

**Tabela 4: Primerjava obravnavanih zdravstvenih zavodov z vidika osredotočenosti na kakovost**

zavod	ZD TRBOVLJE	OZG		ZD MARIBOR
		uprava	OE	
presoja kakovosti	interni notranji nadzor	interni notranji nadzor		interni notranji nadzori, vodstveni pregledi, zunanja presoja SIQ
oddelek za kakovost	NE	NE	NE	Referat za kakovost
Kazalniki kakovosti	NE	NE	NE	število bolnišničnih okužb; število incidentov
anketni sistem	knjiga pritožb/pohval za uporabnike	knjiga pritožb/pohval za uporabnike		anketiranje uporabnikov na posameznih oddelkih; anketiranje zadovoljstva zaposlenih

Vir: lasten

V vseh zavodih so torej aktivnosti vodstva usmerjene predvsem v zniževanje in obvladovanje stroškov, ki z ukrepi racionalizacije poslovanja spodbujajo predvsem nosilce dejavnosti k zniževanju stroškov na vseh ravneh zavoda.

Potrebno se je zavedati, da politika zdravstvenih zavodov izhaja iz temeljnih in splošnih značilnosti posameznega zavoda. Temelj oblikovanja politike predstavlja poslanstvo zavoda, ki opredeljuje smotre in temeljne cilje. Na podlagi poslanstva se v zavodu izkazuje pripravljenost vodstva zavoda za uresničevanje in oblikovanje splošnih politik, ki usmerjajo aktivnosti v posameznih zavodih.

## 5.5 MERJENJE KAKOVOSTI

Osredotočenost vseh treh zavodov, ki temelji predvsem na obvladovanju finančnih razmer v zavodu, na drugi strani kot negativno posledico izkazuje slabo naravnost na razumevanje in obravnavanje kakovosti.

Osredotočenost na finančna poročila, ki izkazujejo samo finančno poslovanje in finančne kazalnike gospodarnosti posameznega zavoda, so z vidika razvoja zavoda, ki ima temeljno poslanstvo predvsem v kakovostni zdravstveni oskrbi, nepopolni.

Kako naj se posamezni zavod zaveda ali ob manjših finančnih prilivih raven kakovosti ostaja na enaki ravni? Predvsem je potrebno zagotoviti kakovostno raven zdravstvene oskrbe tudi v časih, ko se zavodi soočajo s slabo finančno strukturo. Slabe in napačne odločitve, postopki in zdravstvena obravnava, se na drugi strani lahko izkazujejo kot dodatni ter nepotrebni strošek. Zato je iz tega vidika ohranjanje ali celo povečanje kakovosti zdravstvene oskrbe nujno.

Z analizo poročil zdravstvenih zavodov sem prišel do spoznanj, da je stanje na področju kazalnikov kakovosti slabo. V poročilih o poslovanju zavodov sem se s kazalniki, ki obravnavajo kakovost, srečal le v zavodu ZD Maribor, ki na letni ravni obravnava samo dva kazalnika kakovosti, in sicer število bolnišničnih okužb v zavodu in število incidentov (poškodovanje zaposlenih, neposreden stik zaposlenega s krvjo pacienta). Vsem zavodom je skupno, da obravnavajo realizacijo plana zdravstvenih storitev, ki jih v vseh zdravstvenih zavodih analizirajo s pomočjo verižnih indeksov, ki primerja realizacijo zdravstvenega programa za tekoče leto s prejšnjim letom in izkazuje povečanje ali zmanjšanje realizacije programa.

Potrebno je poudariti, da je na ravni bolnišnic uveden sistem obveznih kazalnikov, ki jih mora posamezna bolnišnica voditi, in sicer ([www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si), 2010):

- število padcev s postelje na 1000 oskrbovanih dni odraslih pacientov,
- število preležanin nastalih v bolnišnici na 1000 hospitaliziranih pacientov,
- čakalna doba za računalniško tomografijo,
- čakanje na odpust (dnevi, ko pacienti, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust),
- delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v sedmih dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo,
- bolnišnične okužbe.

Na drugi strani za zdravstvene zavode na primarni ravni ne obstajajo obvezni kazalniki kakovosti in so del poročil samo ob pripravljenosti vodstva, da ocenjuje te kazalnik kot smotrne, ki vplivajo na razvoj kakovostne zdravstvene obravnave.

Za sisteme kakovosti bi bilo potrebno tudi na primarni ravni uvesti kazalnike kakovosti, saj je ravno primarna raven nekakšen »vrtar«, ki ima prvi stik s uporabniki zdravstvenih

storitev in bi morala v odločilni meri vplivati na razvoj kakovostne zdravstvene oskrbe tudi na višjih ravneh zdravstvenega varstva.

V vseh zavodih na primarni ravni bi se morali osredotočiti na uvajanje kazalnikov, ki bi jim omogočali planiranje in organiziranje zdravstvenih storitev za prihodnost. Dejstvo je, da se določene podatke na primarni ravni že zbira, vendar se jih ne obdeluje oziroma se jih ne analizira. Iz rutinskih podatkov bi bilo mogoče vpeljati določene kazalnike, in sicer o preventivnih in kurativnih obiskih.

Čudi me tudi dejstvo, da v zavodih ne vpeljejo spremljanje določenih podatkov, ki se zbirajo na Zavodih za zdravstveno varstvo v okviru zbiranja za Zdravstvene statistične letopise v Zbirki agregiranih podatkov zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT).

Vsi zdravstveni zavodi bi se morali v okviru osredotočenosti na kakovost zavzeti za vpeljavo kazalnikov kakovosti, ki bi bili enostavni, ponovljivi in merljivi. Vpeljava takšnih kazalnikov, ki od organizacije ne zahtevajo velikih zahtev po novih virih in omogočajo večkratno opravljanje enostavnih meritev, in bi podala realno sliko stanja na določenem področju, bi omogočala lažje postavljanje ciljev in organizacije delovnih procesov.

Pri izboru kazalnikov (Robida, 2006, str.13) se moramo orientirati na naslednja vprašanja:

- namen (kaj je cilj kazalnika),
- ozadje (zakaj potrebujemo ta kazalnik, kaj želimo doseči),
- opis (opis glavnih področij, število meril, čas, metode zbiranja, analize),
- uporabniki (kdo je zainteresiran za podatke, ali kazalnik izpolnjuje pričakovanja uporabnikov),
- izvedljivost (ali je merila za kazalnike lahko uporabljati v vsakdanji praksi, ali imamo možnost zbiranja in analize podatkov),
- uporabnost (ali so pridobljeni podatki uporabni za nadaljnjo odločanje ali del zdravljenja),
- merljivost (katera merila so na razpolago, ali zajamejo izid, ki ga želimo izmeriti).

Zato ima ključno vlogo pri uvajanju sistemov kakovosti in s tem tudi ustreznih kazalnikov kakovosti vodstveni management, kar pa se v razmerah, ko zdravstvene zavode po večini vodijo zdravniki, ki nimajo ustreznih znanj in kompetenc, izkazuje v pomanjkanju dobrih sistemov kakovosti.

Pripravljenost vodstva, ki prepozna prednosti, ki jih prinaša osredotočenost na kakovost, se v obravnavanih zdravstvenih zavodih izkazuje zgolj v ZD Maribor, kar prepisujem močnemu upravno-administrativnemu aparatu, ki preko Referata za kakovost skuša uresničevati spoznanja managementa, ki politiko kakovosti opredeljujejo kot pomemben mehanizem za uspešno poslovanje posamezne organizacije.

Prevelika osredotočenost na finančne kazalnike in kazalnike gospodarnosti zdravstvenih zavodov, odvrta pozornost od uporabnikov zdravstvenih storitev, ki so temelj, na katerem je bil vzpostavljen zdravstveni zavod. Zavodi bi se morali orientirati bolj k kakovostni obravnavi uporabnikov in jim za čim manjšo stroškovno vrednost ponuditi največjo zdravstveno oskrbo. S sistematičnim delom in vpeljavo mehanizmov in kazalnikov kakovosti bi se moral soočiti vsak zdravstveni zavod, ki želi svojim uporabnikom zagotoviti kakovostno zdravstveno oskrbo, ki jo izvaja finančno stabilen zdravstveni zavod.

## 5.6 VODSTVENI MANAGMENT ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

Zakon o zdravstveni dejavnosti opredeljuje, da mora strokovni del v zavodu voditi strokovni vodja, ki ima znanja in kompetence iz zdravstvenega področja in ima vodstvena znanja. Na drugi strani pa ne zahteva posebnega znanja za splošni del dejavnosti v zavodu, ki terja poznavanje ekonomskih, pravnih in upravno-administrativnih znanj.

Tako je predvsem v ZD Maribor opaziti dualizem, ki se izkazuje, da sta tako generalni kot strokovni direktor zavoda po izobrazbi zdravnika. Poraja se smotrnost takšnega vodstvenega managmenta, ki sicer ima vsa strokovna znanja, vendar pa je opaziti pomanjkanje managerskih znanj in lastnosti.

V ZD Maribor se to pomanjkanje sicer ne izkazuje v slabem vodenju zavoda, ampak razloge za to lahko iščemo v močnem upravno-administrativnem aparatu, ki nudi vodstvu zavoda precejšno podporo na pravnem in ekonomskem področju. Vendar se dualizem v strokovnem delu vodenja odraža v nejasnih opredelitvah odgovornosti na področju strokovnega dela v zavodu, saj generalni direktor vpliva tudi na strokovnega direktorja zavoda in na njegovo vodenje strokovnega dela v zavodu. Prav tako je potrebno izpostaviti, da ob pomanjkanju kadra generalni direktor del svojega časa nameni tudi opravljanju zdravniške službe, tako da je polovico delovnega časa zdravnik, polovico pa direktor zdravstvenega zavoda. Takšno polovično opravljanje obeh funkcij po mojem mnenju ni na mestu, še posebno, če upoštevamo samo velikost zdravstvenega zavoda ZD Maribor, ki za vodenje potrebuje direktorja, ki svojo funkcijo opravlja v celoti.

Direktor zavoda ocenjuje, da ima vsa potrebna znanja, ki jih zahteva takšna vodstvena funkcija. Skozi dodatna strokovna srečanja se je dodatno izobraževal predvsem na področju vodenja, zato pri svojem delu ne pogaša znanj iz ekonomije in organiziranja. Delno lahko takšno mnenje prepisujemo tudi močnemu upravno-administrativnem aparatu, ki nudi direktorju močno podporo na tem področju.

Na drugi strani pa je direktor Osnovnega zdravstva Gorenjske po izobrazbi ekonomist, ki se je za vodstvene naloge dodatno usposabljal. Pri strokovnem delu vodenja v zavodu pa mu pomaga strokovni vodja, ki ima zdravstveno izobrazbo. V tem primeru ne prihaja do dualizma na najvišji vodstveni ravni, ampak se dualizem odraža na nivoju organizacijskih enot OZG, kjer posamezno organizacijsko enoto vodi direktor enote, ki je po izobrazbi zdravnik in usmerja ter vodi strokovno delo posamezne OE. Z vidika strokovnega vodje OZG, ki deluje v okviru uprave zavoda, je njegova naloga predvsem strokovno usmerjanje vseh OE, ki pa so na strokovnem delu vodenja precej avtonomne, zato se tudi na tem nivoju poraja vprašanje smiselnosti dualizma pri strokovnem vodenju zavoda. Posamezni direktor organizacijske enote je odgovoren za strokovne odločitve v OE, zato se poraja vprašanje, kakšno odgovornost nosi strokovni direktor OZG, ki samo usklajuje vse OE.

Uprava OZG podobno kot uprava ZD Maribor nudi vodstvu zavoda precejšno podporo pri pravnih, ekonomskih in upravno-administrativnih zadevah, ki zajemajo tudi podporo vsem organizacijskim enotam. Uprava OZG kot posebna organizacijska enota je v svojem delu specializirana za vodenje in opravljanje pravnih, ekonomskih in upravno-administrativnih nalog, ki jih terja organiziranje primarne zdravstvene dejavnosti.

V zdravstvenem domu Trbovlje pa sta funkciji združeni, saj direktorica izpolnjuje formalne pogoje Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki omogočajo, da vodi zavod tudi na strokovnem delu vodenja in zanj sprejema tudi popolno odgovornost. Direktorica priznava, da pogaša določena znanja s področja ekonomije in organiziranja, kljub dodatnim usposabljanjem na



temu področju. Zato se tudi večkrat posvetuje z drugimi direktorji zdravstvenih zavodov. Kljub združeni funkciji direktorja in strokovnega direktorja polovično opravlja še delo zdravnice, kar je posledica pomanjkanja zdravniškega osebja v zdravstvenem zavodu.

V umaknjenem predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je bil pisan v času ministriovanja Boruta Miklavčiča, so se obetale precejšnje spremembe na področju vodenja. Predlog zakona je predvideval, da lahko zavod vodi direktor oziroma tričlanska uprava, v primeru, da bi bilo v posameznem zavodu zaposlenih več kot 900 ljudi. Kot formalna zahteva pa je zakon predvideval, da lahko vlogo direktorja opravlja poslovno sposobna oseba, ki izkazuje vodstvene sposobnosti, prejete na podlagi formalne izobrazbe oziroma z izkušnjami na vodstvenih položajih in z izkušnjami na področju upravljanja. Predlog zakona je tako predvideval, da za vodenje ni potrebna izobrazba zdravstvene smeri. Prav tako v primeru, da direktor nima medicinske izobrazbe, zavod ne potrebuje strokovnega direktorja, ampak bi naloge s strokovnega področja prav tako vodil direktor zavoda skupaj s strokovnim svetom zavoda, ki bi nastopal kot kolegijem organ zavoda. Takšna ureditev bi omogočala, da vodenje zavoda prevzame za to usposobljena oseba, ki ima vsa potrebna znanja s področja vodenja in upravljanja, ki mora za svoje delo prevzeti in nositi tudi vso odgovornost za poslovanje celotnega zavoda. Vodstvu zavodov je potrebno omogočiti večjo avtonomnost pri vodenju, nadzornim organom pa prepustiti le nadzorne funkcije in mehanizme, ki regulirajo le napačne aktivnosti direktorja zavoda. Direktor zavoda bi moral vsa znanja s področja vodenja uresničiti in uspešno voditi zavod s pomočjo strokovnih služb, ki morajo nuditi vso podporo pri sprejemanju in organiziranju strokovnega dela v zdravstvenem zavodu.

Vodenje zdravstvenega zavoda terja celega človeka, ki svojo funkcijo opravlja celostno. Primera ZD Trbovlje in ZD Maribor kažeta na veliko pomanjkljivost slovenskega zdravstvenega sistema, ki se odraža v pomanjkanju zdravstvenega kadra, zato v obeh primerih vodstvo zavodov opravlja funkcijo direktorja in na drugi strani tudi zdravniško službo. Predvsem je nepotreben dualizem vodenja, ki se kaže v ZD Maribor, kjer vodstvo zavoda (splošni direktor in strokovni direktor) predstavlja direktorja, ki imata zdravniško izobrazbo in pomanjkljivo znanje managerskih spoznanj. Velik upravno-administrativni aparat, ki nudi direktorjema vso potrebno podporo na področju, ki ga sama ne obvladata najbolje, ni zadosten razlog za napačno strukturo vodstva zavoda, ki neformalno briše meje med odgovornostjo splošnega in strokovnega direktorja. Vodenje zavoda bi moralo biti v rokah menedžerjev, ki imajo vsa potrebna znanja na področju managementa in vodenja ljudi, ter poznajo zakonitosti in lastnosti zdravstvenega sistema.

## 6 ZAKLJUČEK

Obravnavana tematika diplomskega dela se v času pisanja tega diplomskega dela močno zaostre z nekakšno napovedjo zdravstvenih izvajalcev s stavko, ki naj bi močno posegla na področje normalne zdravstvene oskrbe. Pomanjkanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev se v slovenskem zdravstvenem sistemu že dlje časa pojavlja kot lastnost zdravstvenega sektorja. Na drugi strani pa je vodenje zdravstvenih zavodov v rokah zdravnikov, v nekaterih primerih prihaja celo do dualizma vodenja, ki se izkazuje v tej meri, da sta direktor zavoda in strokovni vodja zavoda oba zdravnika, ki ponavadi polovično opravljata tudi delo v ambulanti. V tem pogledu je zdravstveni zavod prikrajšan za enega zdravnika, ki bi ta poklic opravljal polni delovni čas. In če to dejstvo razširimo na celotno primarno raven, ki obsega skoraj šestdeset zdravstvenih zavodov, na primarni ravni tako izgubimo skoraj trideset zdravnikov, ki ne opravljajo dela, za katerega so se šolali. Na nacionalni ravni pa bi se številka močno povečala in ob dejstvu, da Ministrstvo za zdravje navaja, da v Sloveniji na podlagi aktualnih iskanj zdravnikov, le-teh primanjkuje okoli petsto, bi bila ta številka nedvomno manjša ob predpostavki, da bi zdravniki svoje delo opravljali polni delovni čas.

Na drugi strani se postavlja tudi vprašanje o smiselnosti in primernosti direktorja, ki je po izobrazbi zdravnik. Skozi diplomsko delo sem predstavil potrebna znanja in kompetence, ki jih potrebuje menedžer v zdravstvu in zdravniku takšna znanja v večini primanjkujejo. Vodstvene funkcije potrebujejo človeka, ki poseduje vodstvene lastnosti, managerska znanja in seveda tudi poznavanje strokovnega področja dela zdravstvenega varstva. Slednjega dejstva zdravniku ne moremo oporekati, na drugi strani pa se sprašujem, kako naj se zdravnik, ki opravlja vodstveno funkcijo, priuči managerskih znanj?

Dobro in kompetentno vodstvo je ključno za uspešno vodenje tako zapletenih sistemov, kot ga predstavlja zdravstveno varstvo. Organizacija in vodenje dela v zavodih na primarni ravni, kjer se vodstvo neposredno sooča s potrebami lokalnega prebivalstva in prepoznavanje le-teh potreb, ki jih je potrebno vključiti v cilje, ki narekujejo vizijo in razvoj samega zavoda, narekujeta dobro vodstvo in pravilno organizacijsko strukturo.

Preučevani zavodi so si po organizacijski strukturi precej različni, čeprav vsi trije zagotavljajo zdravstveno varstvo na primarni ravni. Za večja zavoda je značilno, da imata v svoji strukturi močan upravno-administrativni aparat, ki nudi celovito podporo vodstvu. Na drugi strani pa se ZD Trbovlje s svojo velikostjo lahko primerja z večino ostalih zdravstvenih domov, ki niso organizirani po regijskem načelu in ponavadi opravljajo zdravstveno varstvo na področju ene upravne enote.

H1: Politika kakovosti v zdravstvenih domovih ni jasno opredeljena

Z analizo pisnih virov in intervjujem z vsemi direktorji preučevanih zdravstvenih domov lahko trdim, da je politika kakovosti opredeljena le v Zdravstvenem zavodu dr. Adolfa Drolca Maribor, ki je tudi uspešno pridobil certifikat kakovosti ISO 9001:2000. V samem zavodu imajo tudi izoblikovana temeljna načela uresničevanja kakovosti. V Osnovnem zdravstvu Gorenjske in v Zdravstvenem domu Trbovlje je odnos do politike kakovosti naravnani v izpolnjevanje zahtev Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki narekuje interne strokovne nadzore.

Slab odnos do kakovosti se predvsem izkazuje v ZD Trbovlje, kjer imajo slabo opredeljene tudi razvojne cilje in vizijo samega zdravstvenega zavoda, pri čemer jih je opozorilo tudi

Računsko sodišče RS. Zato so morali na podlagi mnenja Računskega sodišča v ZD Trbovlje sprejeti tudi dokument Strategije in vizije zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v občini Trbovlje, ki pa je zadostil zgolj zakonskim določilom.

Na podlagi proučevanja hipoteze ugotavljam, da je pristop do politike kakovosti v različnih zavodih lahko različen in je v večji meri odvisen od pripravljenosti vodstva, da prepozna pomen vpliva kakovosti na razvoj zdravstvene oskrbe in celovitega razvoja zavoda. Predvsem pa je opaziti, da so vsi trije zavodi v večji meri osredotočeni na finančno vzdržnost zdravstvenega zavoda, kar potrjuje tudi naslednjo predpostavljeno hipotezo.

H2: Politika zdravstvenih zavodov je usmerjena predvsem v zmanjševanje stroškov

Zato je potrebno z vidika finančne vzdržnosti v vseh zavodih omejiti na nujne izdatke, tako da so v vseh treh zavodih vse nenujne investicije prestavili v prihodnost.

Poslovna poročila vseh zavodov največjo pozornost namenjajo obvladovanju in analiziranju odhodkov zavoda, saj se vsi trije zavodi soočajo s dejstvom, da se prihodki za zdravstveno varstvo znižujejo. Politika vseh zavodov je v večji meri osredotočena predvsem na obvladovanje stroškov, saj se vsi trije zavodi soočajo s težko finančno situacijo. ZD Maribor in ZD Trbovlje sta v letu 2009 pridelala negativni poslovni izid, zato je osredotočenost na stroške v letošnjem letu še večja in terja dodatne varčevalne ukrepe v vseh treh preučevanih zavodih. Razlogi, ki silijo zavode v takšno naravnost, so v spremenjenem režimu plač v javnem sektorju, ki so začele veljati v letu 2008 in so povečale delež plač v vseh odhodkih zavodov za okoli 10%. Na drugi strani je finančno situacijo otežila še gospodarska kriza, ki je od vlade Republike Slovenija terjala korigiranje in varčevalne ukrepe. Zato se je v letu 2009 sprejel aneks k Splošnemu dogovoru, ki je zmanjšal že dogovorjena sredstva in obseg storitev zdravstvenim zavodom.

Na podlagi vseh dejstev trdim, da je politika zdravstvenih zavodov na primarni ravni usmerjena predvsem v obvladovanje stroškov in finančne vzdržnosti zavodov.

Zmanjševanje finančnih sredstev zavodom in vedno večje zahteve uporabnikov po zdravstvenih storitvah terjajo vodstveno strukturo, ki se bo lahko uspešno soočila z vsemi zahtevami, da lahko zdravstveni zavodi preživijo in še naprej zagotavljajo prvi stik uporabnikov z zdravstvenim varstvom. Zato je potrebno močno vodstvo, ki ima vsa potrebna znanja in kompetence, da lahko uspešno izvaja poslanstvo zavoda na primarni ravni in ga z uspešnimi vizijami in cilji sooči s izzivi, ki jih prinaša prihodnost.

Predlogi, ki jih prinašajo spoznanja diplomske naloge, lahko razdelimo na dva dela:

- potrebno je ustrezno opredeliti cilje in vizijo posameznega zavoda in jih uskladiti z politiko kakovosti,
- na primarni ravni je potrebno uvesti sistem kazalnikov kakovosti, ki bodo primerljivi z ostalimi zdravstvenimi zavodi.

Zdravstveni zavodi morajo jasno opredeliti cilje in smer razvoja zavoda, ki izhaja iz potreb in značilnosti lokalnega okolja ter hkrati sledi nacionalnim usmeritvam na področju zdravstvenega varstva. Management zavoda, ki mu je potrebno podeliti več pristojnosti in odgovornosti, morajo voditi za to usposobljeni managerji, ki obvladujejo zdravstveno ekonomiko in bodo znali prepoznati priložnosti za doseganje ciljev in razvoja zavoda. Za lažje doseganje ciljev, pa je potrebno vzpostaviti ustrezno politiko kakovosti in njen sistem izvajanja v zavodu, ki bo usklajena s poslanstvom in doseganjem ciljev zdravstvenega zavoda.

Drugi korak predlogov diplomskega dela pa se nanaša na uvedbo sistema kazalnikov na nacionalni ravni, kot je uveden na ravni bolnišnične obravnave, kjer imajo obvezne kazalnike kakovosti, ki jih zbira in obravnava Ministrstvo za zdravje.

V sistem zdravstvene obravnave na primarni ravni je potrebno vpeljati sistem z gledovanja, ki bo temeljil na medsebojno primerljivih kazalnikih kakovosti in bo omogočal zdravstvenim zavodom primerjanje s podobnimi zdravstvenimi zavodi, na podlagi katerih bo lahko management zavoda sprejemal odločitve o vodenju in aktivnostih v zavodu.

Pisanje diplomskega dela zaključujem s spoznanjem, da je potrebno sistem zdravstvenega varstva dograditi z ustreznimi mehanizmi, ki temeljijo na spoznanju sodobnega managementa. Skoraj dvajset let staro zakonodajo, na kateri temelji celoten sistem zdravstvenega varstva, je potrebno rekonstruirati in omogočiti večjo pristojnost in odgovornost za vodenje tako pomembnih sistemov in organizacij.

## LITERATURA

CIMERMAN, Matija (2003) Manager, prvi med enakimi. GV Založba, Ljubljana.

ČESEN, Marjan (1998) Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Center za tehnološko usposabljanje, Ljubljana.

ČESEN, Marjan (2003) Management javne zdravstvene službe. Center za tehnološko usposabljanje, Ljubljana.

DIMOVSKI, Vlado (2003) Sodobni management. Ekonomska Fakulteta, Ljubljana.

DRUCKER, Peter (2004) O managementu. GV založba, Ljubljana.

DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU (2008) Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu. Zveza ekonomistov Slovenije, Ptuj.

HAUC, Anton (2001) Projektni management. GV založba, Ljubljana.

KENK, Klavdija (2005) Krizni management in vloga managementa pri preprečevanju krize v podjetjih. Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

MOŽINA, Stane, ROZMAN, Rudi, TAVČAR, Mitja, PUČKO; Danijel, IVANKO, Štefan, LIPIČNIK, Bogdan, GRIČAR, Jože, GLAS, Miroslav, KRALJ, Janko, DIMOVSKI, Vlado, KOVAČ, Bogomir (2002) Management: Nova znanja za uspeh. Didakta, Radovljica.

ODER, Maja (2008) Primerjava sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in izbranimi državami. Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

PEČAR, Zdravko (2003) Management v javnem sektorju. Fakulteta za upravo, Ljubljana.

PEČAR, Zdravko (2001) Modeli za merjenje/ocenjevanje kakovosti v javni upravi. Visoka upravna šola, Ljubljana.

ROBIDA, Andrej (2006) Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

ROBIDA, Andrej (2009) Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljalno raven v bolnišnici. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana

ROBIDA, Andrej (2006) Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

ŠTRUC, Nataša (2006) Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov. Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

TOTH, Martin (2003) Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana.

TRUNK ŠIRCA, Nada (2003) Management nepridobitnih organizacij. Visoka šola za management, Koper.

## **VIRI**

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE (2007) Strateški cilji in ukrepi za plan zdravstvenega varstva. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana.

OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE (2010) Poslovno poročilo 2009. OZG, Kranj.

OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE (2005) Statut Osnovnega zdravstva Gorenjske. OZG, Kranj.

Ustava Republike Slovenije (URS). Ur. list RS, št. 33/1991

[www.mz.gov.si](http://www.mz.gov.si)

[www.sl.wikipedia.com](http://www.sl.wikipedia.com)

[www.sl.wikipedia.org/wiki/Mened%C5%BEment](http://www.sl.wikipedia.org/wiki/Mened%C5%BEment)

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). Ur. list RS, št. 9/1992

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB1). Ur. list RS, št. 36/2004

ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR (2010) Poslovno poročilo 2010. ZD Maribor, Maribor.

ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR (2006) Statut zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. ZD Maribor, Maribor.

ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE (2010) Poslovno poročilo 2009. ZD Trbovlje, Trbovlje.

ZDRAVSTVENI DOM TRBOVLJE (2007) Statut Zdravstvenega doma Trbovlje. ZD Trbovlje, Trbovlje.