

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

KONCESIJE V SLOVENSKEM PATRONAŽNEM VARSTVU

Ljubljana, julij 2012

TINA LONČARIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Tina Lončarič, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Koncesije v slovenskem patronažnem varstvu, pripravljenega v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Maksom Tajnikarjem.

Izrecno izjavljam, da v skladu z določili Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami) dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 21/1995 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne 17.07.2012

Podpis avtorice: _____

KAZALO

UVOD	1
1 KONCESIJE V ZDRAVSTVENEM VARSTVU	3
1.1 Osnovne značilnosti javno-zasebnega partnerstva	3
1.2 Vrste koncesij	4
1.3 Jezikovni in pravni pomen pojma »koncesija«.....	5
1.4 Koncesije v Sloveniji.....	5
1.5 Postopek podeljevanja koncesij.....	6
1.5.1 Opredelitev strank koncesijskega razmerja.....	7
1.5.2 Predhodni postopek	7
1.5.3 Koncesijski akt.....	7
1.5.4 Javni razpis in izbira koncesionarja	8
1.6 Koncesije v zdravstvenem varstvu	8
1.6.1 Začetek uvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti in ureditev koncesij v ZZDej 10	
1.6.2 Postopek podeljevanja koncesij v zdravstvu.....	13
1.6.3 Prednosti in slabosti zasebne zdravstvene dejavnosti	16
2 PATRONAŽNO VARSTVO V ZDRAVSTVENEM SISTEMU V SLOVENIJI	17
2.1 Osnovne značilnosti sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji.....	17
2.2 Financiranje sistema zdravstvenega varstva.....	19
2.3 Patronažno varstvo	20
2.3.1 Patronažna zdravstvena nega	21
2.3.2 Subjekti v patronažnem varstvu	21
2.3.3 Področja dela patronažne zdravstvene nege.....	22
2.3.4 Načrtovanje dela v patronažnem varstvu	24
2.3.5 Cilji patronažne zdravstvene nege.....	25
2.3.6 Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi.....	25
2.3.7 Financiranje patronažne zdravstvene nege.....	26
2.3.8 Koordiniranje dela v patronažni dejavnosti	27
2.3.9 Patronažno varstvo v Veliki Britaniji.....	28
2.4 Zasebna patronažna dejavnost	29
2.4.1 Financiranje zasebnega patronažnega varstva.....	31
2.4.2 Stroški delovanja zasebne patronažne medicinske sestre	31
2.4.3 Pogoji delovanja zasebne patronažne medicinske sestre	32
2.4.4 Prihodnji razvoj zasebne patronažne zdravstvene nege	33
2.4.5 Delo zasebne patronažne medicinske sestre.....	34
3 PREGLED PODELJENIH KONCESIJ V PATRONAŽNEM VARSTVU	36
3.1 Postopek podeljevanja koncesij v patronažnem varstvu	36
3.2 Analiza podeljevanja koncesij na področju patronažne dejavnosti	39
4 OCENA POTREB PO ZAPOSLENIH V PATRONAŽNEM VARSTVU IN PO NOVIH KONCESIJAH	42
4.1 Revizija delovnih normativov za patronažne medicinske sestre	43
4.2 Zaposleni v patronažnem varstvu po zdravstvenih regijah v Sloveniji	51
4.2.1 Zaposleni v patronažnem varstvu po regijah v Slovenije	51
4.2.2 Preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu Slovenije.....	67

4.2.3	Potrebno število zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije	68
4.2.4	Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije	69
5	OCENA GLAVARINE IN STROŠKOV ZAVAROVALNICE	70
5.1	Ocena glavarine patronažne medicinske sestre v zasebnem patronažnem varstvu ...	71
5.2	Ocena stroškov zavarovalnice pri zaposlovanju novih koncesionark	72
	SKLEP	73
	LITERATURA IN VIRI	76

KAZALO TABEL

<i>Tabela 1: Število zasebnikov s koncesijo, zasebnikov brez koncesije, novih zasebnikov in zasebnikov, ki imajo eno od statusnih oblik po ZGD v slovenskem zdravstvenem varstvu med leti 1992 in 2003.....</i>	12
<i>Tabela 2: Soglasja MZ k podelitvam koncesij po letih in po dejavnostih v obdobju od leta 2000 do leta 2006.....</i>	14
<i>Tabela 3: Prednosti in slabosti zasebne zdravstvene dejavnosti</i>	16
<i>Tabela 4: Zasebni izvajalci v patronažnem varstvu in zdravstveni negi po regijah med leti 2005 in 2009.....</i>	39
<i>Tabela 5: Časovni potek preventivnega obiska pri novorojenčku</i>	44
<i>Tabela 6: Časovni potek preventivnega obiska pri dojenčku</i>	45
<i>Tabela 7: Časovni potek preventivnega obiska pri otroku</i>	45
<i>Tabela 8: Časovni potek preventivnega obiska pri slepih in slabovidnih.....</i>	46
<i>Tabela 9: Časovni potek preventivnega obiska pri nosečnici</i>	46
<i>Tabela 10: Časovni potek preventivnega obiska pri otročnici</i>	47
<i>Tabela 11: Časovni potek preventivnega obiska pri otročnici</i>	47
<i>Tabela 12: Časovni potek preventivnega obiska zdravstvene vzgoje v lokalni skupnosti</i>	48
<i>Tabela 13: Časovni potek kurativnega obiska</i>	48
<i>Tabela 14: Preventivni in kurativni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva v letu 2010.....</i>	49
<i>Tabela 15: Ocena fiksnih in povprečnih variabilnih stroškov patronažne medicinske sestre v zasebnem patronažnem varstvu.....</i>	71
<i>Tabela 16: Ocena stroškov zavarovalnice s financiranjem manjkajočega števila PMS na letni ravni</i>	72

KAZALO SLIK

<i>Slika 1: Gibanje števila zasebnih izvajalcev v patronažnem varstvu in zdravstveni negi po regijah od leta 2005 do 2009</i>	40
<i>Slika 2: Koncesije v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah, januar 2010 (v %)</i>	41
<i>Slika 3: Koncesije v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah in zdravstvenih regijah, januar 2010 (absolutne številke)</i>	42
<i>Slika 4: Preskrbljenost prebivalcev ZR Celje z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	52

<i>Slika 5: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Celje preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti.....</i>	<i>53</i>
<i>Slika 6: Preskrbljenost prebivalcev ZR Nova Gorica z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>54</i>
<i>Slika 7: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Nova Gorica preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>55</i>
<i>Slika 8: Preskrbljenost prebivalcev ZR Koper z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>56</i>
<i>Slika 9: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Koper preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>57</i>
<i>Slika 10: Preskrbljenost prebivalcev ZR Kranj z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>57</i>
<i>Slika 11: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Kranj preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>58</i>
<i>Slika 12: Preskrbljenost prebivalcev ZR Ljubljana z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>59</i>
<i>Slika 13: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Ljubljana preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>60</i>
<i>Slika 14: Preskrbljenost prebivalcev ZR Maribor z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>61</i>
<i>Slika 15: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Maribor preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>61</i>
<i>Slika 16: Preskrbljenost prebivalcev ZR Murska Sobota z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>62</i>
<i>Slika 17: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Murska Sobota preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>63</i>
<i>Slika 18: Preskrbljenost prebivalcev ZR Novo mesto z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>64</i>
<i>Slika 19: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Novo mesto preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>65</i>
<i>Slika 20: Preskrbljenost prebivalcev ZR Ravne z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe</i>	<i>66</i>
<i>Slika 21: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Ravne preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti</i>	<i>67</i>
<i>Slika 22: Preskrbljenost prebivalcev Slovenije z zaposlenimi v patronažnem varstvu po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji</i>	<i>68</i>
<i>Slika 23: Potrebno število zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije ob upoštevanju predpisanega delovnega normativa po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji</i>	<i>69</i>
<i>Slika 24: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije preračunano na predpisani veljavni delovni normativ po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji</i>	<i>70</i>

UVOD

Koncesijo opredelimo kot prenos določene, pogosto monopolne pravice ali izvajanje določene dejavnosti iz sfere države v sfero osebe civilnega prava. Koncesija javne službe predstavlja pooblastilo in ne samo dovoljenje države osebi zasebnega prava za izvajanje javne službe. V koncesijskem razmerju se prepletajo tako elementi zasebnega kot javnega prava. Konkudent, ki je lahko država, lokalna skupnost ali oseba javnega prava, podeljuje koncesijo zaradi zadovoljevanja javnega interesa, koncesionar, ki pa je vedno oseba zasebnega prava, pa koncesijo sprejme zaradi lastnega poslovnega interesa (Mužina, 2003, str. 1630).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej) iz leta 1992 omogoča izvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi in druge pravne in fizične osebe. ZZDej (Ur. l. RS, št. 25/2005-UPB2) navaja, da se s sklenjeno pogodbo med konkudentom in koncesionarjem podrobneje določi:

- vrsta zdravstvene dejavnosti;
- obseg izvajanja javne službe;
- začetek izvajanja koncesije;
- rok za odpoved koncesije in
- sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja konkudent.

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti (Šušteršič, Horvat, Cibic, Peternelj & Brložnik, 2006, str. 248). Patronažno varstvo je po ZZDej (Ur. l. RS, št. 25/2005-UPB2) in Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 100/2005-UPB2, v nadaljevanju ZZVZZ) opredeljeno kot samostojna služba ali organizacijska enota zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih.

Patronažna medicinska sestra (v nadaljevanju PMS) lahko začne opravljati zasebno patronažno dejavnost pod pogoji, da (Kranjc, 2006):

- ima zahtevano izobrazbo, končano pripravništvo in strokovni izpit;
- ni v delovnem razmerju;
- ji ni s pravnomočno sodbo prepovedano opravljanje poklica;
- ima zagotovljene ustrezne delovne prostore, opremo in po potrebi kader;
- pridobi mnenje pristojne zbornice ali strokovnega združenja za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti.

Vlogo o zasebnem opravljanju patronažne dejavnosti morajo potrditi trije organi, in sicer:

- Ministrstvo za zdravje;
- občina in

- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Namen magistrskega dela je preučiti gibanje števila zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu in zdravstveni negi v preučevanem obdobju ter prikazati razporeditev podeljenih koncesij v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah in zdravstvenih regijah. Na podlagi razpoložljivih podatkov o trenutnem številu zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije po regijah je namen oceniti trenutno potrebo po zaposlovanju novega kadra na področju patronažne dejavnosti.

Iz zgoraj navedenega je cilj magistrskega dela, na podlagi podatkov o trenutnem številu zaposlenih v patronažnem varstvu po regijah v Sloveniji, oceniti potrebo po podeljevanju koncesij iz patronažne dejavnosti v prihodnosti. Ob upoštevanju predpisanega delovnega normativa ene PMS ali zdravstvenega tehnika na določeno število prebivalstva v regiji, je cilj magistrskega dela prikazati izračun preskrbljenosti prebivalcev v posamezni regiji z zaposlenimi v patronažnem varstvu v Sloveniji in izračun manjkajočega števila zaposlenih v posamezni regiji glede na predpisan delovni normativ. Manjkajoče število zaposlenih lahko zapolnimo tudi s podeljevanjem koncesij. Pri tem bom ponovno ocenila ustreznost delovnih normativov za PMS, pa tudi ustreznost plačevanja dela PMS.

Metode dela, ki sem jih uporabila pri raziskovanju teoretičnega dela, temeljijo predvsem na uporabi sekundarnih podatkov, ki zajemajo zbir najaktualnejših vsebin, dejstev in spoznanj iz preučevanega področja. Obravnavala sem strokovno literaturo domačih in tujih avtorjev, članke in prispevke ter interna gradiva društva, ki so vezana na preučevano področje magistrskega dela. V praktičnem delu sem se naslonila predvsem na sekundarne podatke Inštituta za varovanje zdravja ter njegovih publikacij, s pomočjo katerih sem poskušala analizirati zastavljeni cilj magistrskega dela. Del podatkov bom pridobila s pomočjo intervjuja.

Delo je razdeljeno na pet poglavij. Uvodnemu poglavju sledi teoretično poglavje o koncesijah v zdravstvenem varstvu, kjer je na začetku podrobneje predstavljen pojem koncesije, vrste koncesij ter postopek podeljevanja koncesij. Zadnji del tega poglavja je namenjen začetkom uvajanja koncesij v zdravstvenem varstvu ter postopku podeljevanja koncesij v zdravstveni dejavnosti. Drugo poglavje predstavlja patronažno varstvo kot del zdravstvenega sistema v Sloveniji. Na začetku poglavja so predstavljene osnovne značilnosti zdravstvenega sistema v Sloveniji. V nadaljevanju sledi natančna predstavitev področja patronažnega varstva kot osnovne zdravstvene dejavnosti, ki se proti koncu poglavja nasloni tudi na uvajanje zasebne patronažne dejavnosti. Tretje poglavje opredeljuje postopek podeljevanja koncesij v patronažnem varstvu in analizira trend podeljevanja koncesij iz področja patronažne dejavnosti skozi preučevano obdobje. Četrto poglavje na podlagi podatkov o trenutnem številu zaposlenih v patronažnem varstvu po regijah v Sloveniji ocenjuje potrebe po zaposlenih v patronažnem varstvu in po novih koncesijah ter ponovno ocenjuje delovni normativ za PMS. V petem poglavju je podana ocena glavarine PMS v zasebnem patronažnem varstvu in ocena stroškov zavarovalnice, ki bi jih ta imela pri zaposlovanju

novih koncesionark. Zaključno poglavje povzema sklepe, do katerih sem prišla med izdelavo magistrskega dela.

1 KONCESIJE V ZDRAVSTVENEM VARSTVU

Koncesije v zdravstvenem varstvu so oblika javno-zasebnega partnerstva na področju zdravstva.

1.1 Osnovne značilnosti javno-zasebnega partnerstva

Javno-zasebno partnerstvo (v nadaljevanju JZP) predstavlja razmerje zasebnega vlaganja v javne projekte in/ali javnega sofinanciranja zasebnih projektov, ki so v javnem interesu. V JZP tako ne gre za kakršno koli obliko sodelovanja javnega in zasebnega sektorja ali za vsakršno javno lastnino v pravni osebi zasebnega prava (npr. v banki ali zavarovalnici). Gre za javno lastnino, ki je v javnem interesu. Partnerstvo vključuje izvajanje storitev, ki predstavljajo javno službo ali se sicer izvajajo v javnem interesu, ter izgradnjo objektov in naprav, ki so potrebni za opravljanje tovrstnih storitev (javna infrastruktura). Lahko pa vključuje tudi oboje, torej izgradnjo javne infrastrukture na eni strani in izvajanje storitev javne službe na drugi (Eror & Novak, 2006, str. 322).

O JZP lahko govorimo, ko se država začne umikati s področij, kjer njena naloga ni več nujno potrebna. Poleg obstoja dovolj močnega zasebnega sektorja je za razvoj JZP nujen pogoj tudi, da država z javnimi sredstvi ne more več zadovoljevati vseh potreb. V Sloveniji z uvajanjem JZP malo zamujamo, kar je do neke mere za mlado samostojno državo sicer razumljivo. Kljub temu imamo nekaj nove, posodobljene infrastrukture, žal pa tudi z davki precej omejeno gospodarstvo, ki je dokaj odprto, za njegovo konkurenčnost v svetu pa bo potrebno še veliko storiti. V svetu velja, da je zasebni sektor pri zagotavljanju številnih storitev lahko vsaj enako učinkovit kot država oziroma javni sektor. JZP lahko izboljša količino in kakovost dobrin, ki jih država zagotavlja gospodarstvu in prebivalcem. Partnerstvo izvaja določene storitve, ki jih je prej kot javne storitve izvajala država, in sicer na podlagi raznih koncesij in za delovanje podjetij iz različnih dejavnosti, kamor se s procesom privatizacije vse intenzivneje vključuje tudi zasebni sektor (Jus, 2005, str. 140).

V JZP lahko delitev tveganj med partnerjema odločilno vpliva na uspeh ali neuspeh posameznega JZP. Vsa tveganja v zvezi z JZP grobo delimo na (Ferčič, 2005, str. 15):

- splošna (neprojektna, državna) tveganja in
- posebna (projektna) tveganja.

Splošna tveganja ne izvirajo neposredno iz projekta, ampak izhajajo iz države oziroma javnega partnerja samega, zato zasebni partner nanje praviloma nima nobenega vpliva.

Delimo jih na politična tveganja, kot so npr. uvozno-izvozne omejitve, nacionalizacija, neutemeljena zavrnitev izdaje ali podaljšanja dovoljenj in sprememba zakonodaje ter na makroekonomska tveganja, kot so inflacija, sprememba menjalnega tečaja ter sprememba obrestne mere. Druga skupina tveganj pa so posebna tveganja, ki izvirajo neposredno iz projekta, zato nanje vplivata tako javni kot zasebni sektor. Ker je v praksi JZP uveljavljeno zlasti na področju infrastrukture, ki zajema gradnjo infrastrukturnega objekta in njegovo upravljanje, delimo tveganja na tveganja v zvezi s pripravo projekta, tveganja v zvezi z gradnjo infrastrukturnega objekta in tveganja v zvezi z upravljanjem infrastrukturnega objekta. Delitev tveganj med partnerjema je bistven element vsakega JZP. Pri delitvi se mora zlasti javni partner zavedati, da kar največji prenos tveganj na zasebnega partnerja ni zmeraj v javnem interesu, kajti v vsakem partnerstvu težave enega partnerja vedno vsaj posredno bremenijo tudi drugega.

1.2 Vrste koncesij

Pojem koncesije opredelimo kot prenos določene, pogosto monopolne pravice ali izvajanje določene dejavnosti iz sfere države v sfero oseb civilnega prava. Koncesija javne službe pa pomeni pooblastilo in ne samo dovoljenje države osebi zasebnega prava za izvajanje javne službe. Pri izdaji dovoljenja s strani države dovoljenje prinaša upravičencu pravico do določenega ravnanja, a ga k temu ne zavezuje. Koncesija pa ima pozitivno vsebino, saj koncesionarja zavezuje k izvajanju dejavnosti (Mužina, 2004, str. 37).

Pojma koncesije in koncesijskega razmerja kot pogodbenega razmerja ni mogoče opredeliti enotno. Obstajajo namreč različne koncesije, ki se razlikujejo po vsebini in po obliki, zlasti pa po načinu izvajanja dejavnosti na podlagi koncesije. Poznamo različne pojavne oblike koncesij (Viler Kovačič, 2004, str. 7):

- trgovinska koncesija (concession commerciale), na podlagi katere proizvajalec odstopi pravico prodaje določenih proizvodov drugemu trgovcu za celotno ozemlje posamezne države ali regije;
- licenčna koncesija (concession de licence), na podlagi katere imetnik patenta za izum, blagovno znamko ali model odstopi pravico uporabe izuma, modela ali blagovne znamke na določenem ozemlju države in za določen čas;
- koncesija franšizinga (concession de franchise) in koncesija distribucije (concession de distribution), katera dovoljuje distribucijo določenega blaga oziroma opravljanje določenih storitev;
- koncesija nepremičnin in premočnin, s katero lastnik dovoli uporabo nepremičnin oziroma premočnin tretji osebi za določen čas brez komercialnega izkoriščanja;
- koncesija za izvajanje javne službe;
- BOT (angl. Built-Operate-Transfer) ali BTO (angl. Built-Transfer-Operate) in druge različne koncesije za gradnjo infrastrukturnih objektov, ki jih financira zasebni partner,

država pa temu partnerju z dolgotrajnostjo razmerja omogoči povrnitev stroškov gradnje in vnaprej določen zaslužek;

- meddržavna koncesija, na podlagi katere država dovoli drugi državi, da izkorišča naravne ali druge dobrine na njenem ozemlju.

1.3 Jezikovni in pravni pomen pojma »koncesija«

Izraz »koncesija« izhaja iz latinske besede »concessio«, kar pomeni dovoljenje, dopuščanje, popust ali pa splošen odpust kazni. Pojem koncesija se je v starem Rimu najprej pojavil v zvezi z zakupom (upravljanjem) državnega premoženja in financ. V jezikovnem pomenu besede ima pojem koncesije v posameznih jezikih več pomenov. V francoskem jeziku »concession« pomeni dovoliti oziroma dovoljenje, dopustitev, pooblastilo; v angleškem jeziku se pojem »concession« primerja s popuščanjem, dovoljenjem, dodelitvijo, pooblastilom; v nemškem jeziku pojem »Konzession« pomeni odobritev, dopustitev; v hrvaškem oziroma srbskem jeziku pa predstavlja dopustitev, ugodnost ali pooblastilo. V slovenskem jeziku pojem »koncesija« označuje privolitev, dopustitev, popuščanje, predstavlja pravico opravljanja kake dejavnosti, vezano na oblastveno dovoljenje, opravljanje gospodarske dejavnosti, podelitev pravice na javni stvari. V mednarodnem pravu pa predstavlja območje, za katero je podeljena pravica izkoriščanja ali naselitve (npr. naftna koncesija). Slovar slovenskega knjižnega jezika besedo koncesija pojasnjuje s: »kar kdo komu da«, odstopi, korist, ugodnost, popuščanje, odstopanje (Mužina, 2004, str. 41).

1.4 Koncesije v Sloveniji

V Sloveniji so koncesije omenjene kar v 95-ih zakonih ter v 90-ih drugih državnih predpisih in podzakonskih aktih. Različni občinski predpisi urejajo koncesije na različnih področjih na območju posamezne občine. Prve koncesije v Sloveniji so se oblikovale na javnih službah na področju zaposlovanja v letu 1991. Uvedene so bile s posebnim Zakonom o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti. Kmalu zatem so z Zakonom o zavodih koncesije dobile tudi svoje mesto kot obliko izvajanja teh služb. Koncesije so se začele formalno uvajati na področju zdravstva, lekarništva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, varstva kulturne dediščine, knjižničarstva, zaposlovanja, varstva potrošnikov, veterinarstva, kmetijstva, gozdarstva, fitofarmaceutvske dejavnosti, zdravstvenega varstva rastlin, varstva naravnih vrednot, izvajanja geodetskih storitev, živinoreje (Viler Kovačič, 2004, str. 7).

Na področju gospodarskih javnih služb so se od leta 1993 koncesije postopoma začele uvajati s sprejetjem Zakona o gospodarskih javnih službah, ki je določal načelna izhodišča, postopek in način podelitve koncesije. Ker pa so se koncesije lahko uvedle šele s področnimi zakoni oziroma podzakonskimi akti in občinskimi predpisi, so temu zakonu sledili še zakoni na področju varstva okolja, javnih cest, prevozov v cestnem prometu, železniškem prometu, pristaniške dejavnosti, energetike in vodnega gospodarstva, na katerih so koncesije eden

izmed načinov izvajanja obvezne gospodarske javne službe. Posebna kategorija so koncesije kot kombinacija sistema BOT in izvajanja gospodarskih javnih služb. Prav tako se od leta 1993 podeljujejo koncesije tudi na področju rabe in izkoriščanja naravnih dobrin, in sicer za rabo naravnih vrednosti, rabo in izkoriščanje vode, izkoriščanje naplavin iz vodotokov, gozdov in mineralnih surovin. Za rabo in izkoriščanje vode so se do uveljavitve Zakona o vodah koncesije podeljevale na podlagi določil Zakona o varstvu okolja. Za podelitev koncesij na drugih vrstah naravnih dobrin pa se uporabljajo posebni področni zakoni. Koncesije so se oblikovale tudi na drugih področjih, ki jih ne moremo uvrstiti v nobeno izmed zgoraj navedenih skupin. Gre namreč za koncesije na področju izvajanja iger na srečo, uvoza blagovnih rezerv, upravljanja pomorske pristaniške infrastrukture, izdajanja mednarodnih vozniških dovoljenj in gradnje infrastrukture. Zaradi širokih zakonskih možnosti za podelitev koncesij v Sloveniji, je močno prisotna raznolikost koncesijskih razmerij, ki nastanejo v praksi.

V Sloveniji imamo različne vrste koncesij, ki se razlikujejo glede na namen, smisel, cilj in postopek pridobitve. Tako ločimo (Viler Kovačič, 2004, str. 8):

- koncesije za izvajanje javnih služb;
- koncesije za izvajanje gospodarskih javnih služb;
- koncesije za rabo in izkoriščanje naravnih dobrin in
- druge koncesije, ki jih ne moremo uvrstiti v nobeno izmed omenjenih kategorij.

1.5 Postopek podeljevanja koncesij

Koncesijsko razmerje je mešano razmerje, saj se v njem prepletajo tako elementi zasebnega kot elementi javnega prava. Pri koncesiji se srečujeta javni in zasebni interes. Koncedent podeljuje koncesijo zaradi zadovoljevanja javnega interesa, koncesionar pa koncesijo prejeme zaradi lastnega poslovnega interesa. Reglementarni del koncesije predstavlja koncesijski akt, kontraktne pa koncesijska pogodba (Mužina, 2003, str. 1630).

Postopek po katerem koncedent podeli koncesijo je odvisen od narave JZP, pa tudi od tega, ali zahteva poseben zakon za podelitev koncesije oziroma za izbiro koncesionarja, izdajo upravne odločbe ali drugega posamičnega akta. Postopek podelitve je odvisen tudi od tega, ali so predmet pogodbe gradnje ali storitve (Pirnat, 2007, str. 1193).

V nadaljevanju bom podrobneje predstavila začetek nastajanja koncesijskega razmerja do končne sklenitve koncesijske pogodbe.

1.5.1 Opredelevitev strank koncesijskega razmerja

Za nastajanje koncesijskega razmerja je najprej smiselno opredeliti pojem koncudenta. V vlogi koncudenta lahko nastopajo država in lokalne skupnosti, izjemoma pa tudi druge osebe javnega prava. Po francoskem pravu je koncudent lahko država, pokrajina, departma ali občina oziroma skupnost občin, samo po posebnem predpisu pa je koncudent lahko tudi druga oseba javnega prava (npr. javno podjetje). Za slovensko ureditev velja, da sta koncudent lahko le država oziroma lokalna skupnost. V splošnem je koncesionar vedno oseba zasebnega prava. V zadnjem obdobju pa je razvoj pripeljal do novih oblik, tako da je koncesionar poleg osebe zasebnega prava tudi oseba javnega prava. Tudi v slovenskem pravu je koncesionar lahko oseba javnega prava, kadar to z izrecno zakonsko določbo ni urejeno drugače oziroma izhaja takšna izključitev iz smisla zakona (npr. razmerje med občino in javnim podjetjem za izvajanje komunalnih dejavnosti). Na tem mestu se v zvezi s pojmom koncesionarja pojavlja tudi vprašanje dopustnosti nastopanja več koncesionarjev oziroma sokoncesionarjev in vprašanje, kdaj postane izbrani ponudnik koncesionar. Nastopanje sokoncesionarjev je dopustno, kadar v koncesijskem aktu ni drugače določeno. Koncesije so na splošno namenjene izvajanju servisne funkcije države v javnem interesu in so povezane s podelitvijo posebne oziroma izključne pravice (Mužina, 2003, str. 1630).

1.5.2 Predhodni postopek

Predhodni postopek je naravnano na primere, ko se javni partner odloča, ali bo neki projekt v javnem interesu financiral neposredno iz proračuna oziroma v okviru javnih financ, ali pa bo stopil v JZP. Nobenega smisla pa nima izvajanje ocene možnosti JZP takrat, ko zakon zahteva, da se podeli koncesija. Problem Zakona o javno-zasebnem partnerstvu je, da vsak predhodni postopek v bistvu pomeni izdelavo ekonomske izvedljivosti projekta. Vprašanje izdelave različnih dokumentov v predhodnem postopku pravno sicer ni posebej relevantno, lahko pa pomeni precejšnjo zamudo pri sami izvedbi projekta (Pirnat, 2007, str. 1191).

1.5.3 Koncesijski akt

Zakon o javno-zasebnem partnerstvu določa pravno obliko koncesijskega akta in pristojnost za izdajo – uredba vlade, odlok predstavniškega organa lokalne skupnosti ali splošni akt za izvrševanje javnih pooblastil. V primeru, ko poseben zakon zahteva izdajo koncesijskega akta, je potrebno tak akt tudi izdati, če gre za javno-naročniško JZP. Javnopravno koncesijsko razmerje med koncudentom in koncesionarjem mora biti urejeno s koncesijskim aktom ne glede na postopek sklenitve pogodbe, saj mora koncudent v tem razmerju skrbeti za javni interes, kar pa lahko najbolj učinkovito stori prav s koncesijskim aktom. Instrument koncesijskega akta je potrebno uporabiti tudi v primerih JZP, ko gre za javno-naročniško ali koncesijsko naravo tega partnerstva, ko poseben zakon predvideva, da se koncesionar izbere ali koncesija podeli z upravno odločbo. Koncesijski akt je torej predpis, ki mora določati

merila za izbiro, na katerih temelji upravna odločba, ali drug posamični akt državnega organa, ki predstavlja izbiro ali podelitev koncesije (Pirnat, 2007, str. 1192).

1.5.4 Javni razpis in izbira koncesionarja

Koncendent mora v postopku javnega razpisa kandidate preveriti. Konkendent mora navesti, kako naj kandidati dokažejo, da imajo vsa predpisana dovoljenja za opravljanje dejavnosti, ki je povezana s predmetom koncesije, da so finančno sposobni in da imajo kadrovske in tehnične zmogljivosti. Namen omenjenih meril je v tem, da omogočajo primerjavo med vlogami in da povedo, katere okoliščine bodo odločale o koncidentovi izbiri koncesionarja. Merila morajo biti smiselno povezana s predmetom koncesije, prispevati morajo k nediskriminatornemu razvrščanju kandidatov in omogočati gospodarno izbiro. Merila za izbor koncesionarja oziroma podelitev koncesij lahko določa le koncesijski akt (Mužina, 2003, str. 1636).

Faza javnega razpisa se konča z odločitvijo o končni izbiri koncesionarja. Odločitev o izboru koncesionarja je strokovno pravno vezana odločitev, ki mora temeljiti na vnaprej postavljenih pogojih in merilih. Dokončen sklep o izbiri koncesionarja lahko stranke izpodbijajo v upravnem sporu. Končni odločbi o izbiri koncesionarja oziroma podelitvi koncesije sledi še sklenitev koncesijske pogodbe. Možnost podaljšanja koncesije mora biti vnaprej določena v koncesijskem aktu (s tem morajo biti ob prvi podelitvi koncesije seznanjeni vsi kandidati, ki lahko svoje ponudbe temu ustrezno pripravijo). Odločitev o podaljšanju mora biti pravno vezana odločitev. Načelo sorazmernosti zahteva sorazmerje glede časa trajanja koncesijskega razmerja med zagotavljanjem konkurence (saj podelitev koncesije pomeni omejitev konkurence, zato naj bo iz tega vidika čas trajanja koncesijskega razmerja čim krajši) po eni strani in možnostjo finančnega uspeha koncesije (povrnitve vloženega kapitala) na drugi (Mužina, 2003, str. 1638).

1.6 Koncesije v zdravstvenem varstvu

Zdravstvena dejavnost obsega po ZZDej (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2) ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in uporabi medicinske tehnologije opravlja vso zdravstveno osebje pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. ZZDej že od leta 1992 omogoča izvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe (Židanik, 2006, str. 37).

Zasebne zdravstvene dejavnosti pa ni mogoče opravljati na področju preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki, odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje, socialno-medicinske, higienske, epidemiološke, zdravstveno-ekološke dejavnosti ter patoanatomske dejavnosti. Izjema je le v okviru mrliške pregledne službe, ki jo na podlagi ustreznega

pooblastila občinskega upravnega organa, pristojnega za zdravstvo, izjemoma opravlja tudi zdravnik, ki že opravlja zasebno zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije (Viler Kovačič, 2002, str. 31).

S sklenjeno pogodbo o koncesiji v zdravstveni dejavnosti koncendent in koncesionar uredita razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe. Koncesionar mora pod določenimi pogoji to javno službo tudi opravljati. ZZDej (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2) navaja, da se s sklenjeno pogodbo podrobneje določijo predvsem:

- vrsta zdravstvene dejavnosti;
- obseg izvajanja javne službe;
- začetek izvajanja koncesije;
- rok za odpoved koncesije in
- sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja koncendent.

ZZDej navaja, da v primeru, da koncesionar ne opravlja javne službe v skladu s predpisi, mora te pomanjkljivosti v roku odpraviti, v nasprotnem primeru sledi odvzem koncesije. Koncendent je takrat dolžan poskrbeti, da bolnike pod enakimi pogoji v zdravljenje sprejme drug zdravstveni zavod ali zasebni zdravstveni delavec oziroma koncesionar. Začetek uvajanja koncesij v zdravstvu in sam postopek podeljevanja bom predstavila v naslednjih podpoglavjih. Zasebni zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec lahko opravlja zasebno zdravstveno dejavnost pod pogoji, da (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2):

- ima zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo;
- ni v delovnem razmerju;
- mu ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oziroma poklica;
- ima zagotovljene ustrezne prostore za delo, ustrezno opremo in ustrezne kadre ter
- pridobi mnenje pristojne zbornice ali strokovnega združenja.

Zdravniška delovna mesta v mreži javne zdravstvene dejavnosti se po Zakonu o zdravniški službi razporedijo po območjih z namenom, da se prebivalcem zagotovi čim bolj enaka dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Zdravniška mesta so razporejena po strokovnih področjih v javnih zavodih, pri drugih pravnih osebah s koncesijo ali pa pri zasebnih zdravnikih s koncesijo. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod popolnoma enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi, kot tudi druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije (Viler Kovačič, 2002, str. 31).

Ministrstvo za zdravje je pristojno za načrtovanje in izvajanje zdravstvenega varstva in hkrati tudi za načrtovanje razvojnih možnosti, ki temeljijo na strategiji razvoja zdravstvenega varstva, določitvi prednostnih razvojnih področij, nalog in ciljev ter izdelavi meril za določitev mreže javne zdravstvene službe (Šoltes, 2008, str. 10).

1.6.1 Začetek uvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti in ureditev koncesij v ZZDej

Koncesije za opravljanje javne službe na področju zdravstvene dejavnosti ureja mnogokrat spremenjeni in dopolnjeni ZZDej. Ta ureditev je ostala nespremenjena od leta 1992, spremljajo pa jo mnoge pomanjkljivosti, ki jih lahko uvrstimo v dve skupini. Prva skupina pomanjkljivosti se nanaša na vlogo javnega zavoda, katerega del programa prehaja v koncesijo. Težave se kažejo v ureditvi razmerij med zavodom in koncesionarjem (najem prostorov), v nejasni in nepopolni določitvi mreže javne zdravstvene službe, dvojnosti urejanja razmerij (med koncesionarjem in koncendentom glede same koncesije ter med koncesionarjem in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije glede financiranja). Druga skupina pomanjkljivosti pa je neposredno nastopila z vstopom Republike Slovenije v Evropsko skupnost. Gre za vprašanje konkurenčnosti in enakopravnosti pri dostopu do javnih sredstev ter preglednosti urejanja razmerij v zvezi s tem (Pirnat, 2006, str. 9).

V Sloveniji smo se odločili za prehod v mešano javno-zasebno obliko izvajanja in financiranja zdravstvene dejavnosti, zaradi česar je bilo privatizacijo v zdravstvo toliko težje uvajati, saj ni bilo preprosto uskladiti načela in težnje javnega in zasebnega zdravstva. Zasebno zdravstvo bi bilo potrebno uvajati postopno in sistematično. Tako bi se prekinil dotedanji monopol javnih zdravstvenih ustanov, ustvarile bi se možnosti za tekmovalnost med javnim in zasebnim zdravstvom, zavarovancem pa bi omogočili večjo možnost izbire ob boljši organiziranosti izvajanja zdravstvenih storitev (Urlep, 1994, str. 23).

Prve skupine zdravnikov so naleteli na vrsto problemov, saj predpisi, ki bi zasebno zdravstveno varstvo uvedli v prakso, še niso bili dorečeni. Dokaj enostaven prehod v zasebno prakso je bil na področju zobozdravstva, ki ga je podpirala tudi politika. Večje težave so nastopile pri pridobivanju koncesij za otroško in preventivno zobozdravstvo ter osnovno zdravstvo. Nekateri zdravniki so se znašli tik pred propadom zaradi nekritja številnih dragih laboratorijskih preiskav in drugih terapij s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najmanj možnosti za prehod v zasebnitvo so imeli klinični specialisti, ki so si želeli, da bi bila ukinjena konkurenčna klavzula in bi tako lahko delali dopoldne v rednem delovnem času, popoldne pa v istih ali drugih prostorih kot zasebniki. Pri uvajanju zasebne dejavnosti so občine, zavarovalnice in direktorji zdravstvenih domov ščitili svoje interese pri razmejitvi pristojnosti predvsem na področju dežurne službe, uporabi laboratorijev, fizioterapije, reševalne službe in pri določitvi višine najemnine (Urlep, 1992, str. 5).

Zdravniška zbornica Slovenije si prizadeva slediti dvema načeloma. Prvo načelo je spoštovanje zdravnikove odločitve, ki ne sme biti kršeno, ker je v osnovnem zdravstvu ambulantni zdravnik polnoodgovorni samostojni načrtovalec in izvajalec diagnostike in terapije. Zasebna dejavnost je torej zelo primerna oblika zdravstvene službe na primarni ravni. Drugo načelo je ohranitev oziroma izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva, ki se lahko poslabša, kadar gre za ekipno delo, dispanzersko dejavnost in usklajeno kombinacijo preventive in kurative. Zato je potrebno z določenimi pogoji koncesijske pogodbe zasebnika vezati na sodelovanje z ostalo javno zdravstveno službo (Cukjati, 1995, str. 41).

Pri uvajanju zasebnega dela v prakso je potrebno slediti naslednjim načelom (Urlep, 1994, str. 23):

1. Načelo enakosti – zasebno delo na področju zdravstvene dejavnosti ne sme voditi v socialno razslojevanje prebivalstva. Javni zavodi in zasebniki s koncesijo so najprej dolžni opraviti zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za vse zavarovance v enaki kakovosti. V primeru, da obveznega zdravstvenega zavarovanja ne izvajajo, izgubijo pravico do koncesije.
2. Načelo omejenega števila koncesij – število podeljenih koncesij je odvisno od potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah in je v skladu z razpoložljivimi sredstvi za financiranje teh storitev. Prednost pri pridobivanju koncesij imajo tisti zdravstveni delavci, ki so že zaposleni v obstoječi zdravstveni mreži.
3. Načelo ohranitve zdravstvenega doma – osnovna zdravstvena dejavnost naj se opravlja na dosedanjih mestih, saj lokacije (zgradbe in oprema) omogočajo ljudem najboljšo fizično dostopnost do mreže javne zdravstvene službe. Na ta način bi bila ohranjena tudi celovitost preventive in kurative osnovne zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.
4. Načelo postopnosti – postopno uvajanje zasebnega dela je omogočilo, da se je stari sistem lahko kadrovsko in organizacijsko prilagodil novim razmeram.
5. Načelo obvladovanja stroškov zdravstvenega varstva – z vključitvijo zasebnikov v javno zdravstvo ne smejo naraščati stroški obveznega zavarovanja. Potrebno je nadzorovati število zdravstvenih delavcev, zdravstvenih ustanov in njihovih kapacitet, zavarovalne in zdravstvene programe ter cene zdravstvenih storitev.
6. Načelo enotnega informacijskega sistema – potrebno je zagotoviti enotno administrativno poslovanje, enako zbiranje podatkov, enako statistično obdelavo in enak način poslovanja s plačniki tako za javno kot zasebno zdravstvo.

Zakon je v začetku 90-ih let na široko odprl vrata koncesijskemu opravljanju zdravstvene dejavnosti. Sistem je bil sicer dovolj dober za začetek, kasneje pa ni sledil potrebam in tudi ne praksi, ki je terjala dopolnilne rešitve in tudi določene spremembe na regulatornem področju. Ni bilo ustrezne zdravstvene politike, ki bi zaznala tekoče težave in jih prek posameznih instrumentov politike reševala. Od leta 1992 pa do leta 2004 je koncesijo za opravljanje zasebne dejavnosti poskušalo pridobiti več kot 2000 zdravnikov, zaposlenih v javnih zavodih. Pridobila jo je le slaba polovica. Tabela 1 prikazuje, da je že leta 1995 začelo upadati število novih koncesionarjev. V letu 2005 je bilo koncesionarjev 22 % vseh zdravnikov v javni zdravstveni službi, od tega jih je bilo približno 40 % zdravnikov splošne in družinske medicine ter pediatrov in šolskih zdravnikov, ostalo pa so bili ginekologi in ambulantni specialisti ter tudi nekaj kirurgov (Dobnikar, 2005, str. 465).

Tabela 1: Število zasebnikov s koncesijo, zasebnikov brez koncesije, novih zasebnikov in zasebnikov, ki imajo eno od statusnih oblik po ZGD v slovenskem zdravstvenem varstvu med leti 1992 in 2003

LETO ZAČETKA	NOVI ZASEBNIKI S KONCESIJO	NOVI ZASEBNIKI BREZ KONCESIJE	SKUPAJ NOVI ZASEBNIKI	ZASEBNIKI, KI IMAJO ENO OD STATUSNIH OBLIK PO ZGD*
1992	20	11	31	-
1993	66	35	101	-
1994	145	22	167	-
1995	137	12	149	-
1996	111	14	125	-
1997	97	5	102	-
1998	62	7	69	-
1999	66	10	76	-
2000	43	3	46	-
2001	31	6	37	-
2002	24	9	33	182
2003	24	3	27	215
2003	20	6	26	229
SKUPAJ	846	143	989	626

Legenda: *ZGD – Zakon o gospodarskih družbah

Vir: B. Dobnikar, Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti, uspehi, težave in izzivi, 2005, str. 465.

ZZDej obravnava storitve, ki predstavljajo zdravstveno dejavnost v treh ravneh (Viler Kovačič, 2002, str. 31):

1. Primarna raven obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost.
Osnovna zdravstvena dejavnost med drugim obsega tudi spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter zdravljenje, rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev. Zajema tudi preventivno zdravstveno varstvo rizičnih oseb, zdravstveno vzgojo, patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacije, nujno medicinsko pomoč in reševalno službo (Šoltes, 2008, str. 10).
2. Sekundarna raven obsega specialistično ambulanto in bolnišnično dejavnost.
3. Terciarna raven obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Zdravstvena dejavnost kot javna služba se opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe. V njenem okviru je torej na določeno število prebivalcev natančno določeno število zdravstvenih timov. ZZDej določa, katere vrste zdravstvenih dejavnosti se izvajajo kot javna služba. Dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov, socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost, lekarniška dejavnost, preskrba s krvjo, krvnimi pripravki in z organi za presajanje se opravljajo samo kot javna služba. Če v

občini ali mestu ni zdravstvenega doma, mora ta v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu. To naredi s pogodbo z drugim zdravstvenim domom, zdravstveno postajo ali z zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki opravljajo javno zdravstveno službo na podlagi koncesije (Viler Kovačič, 2002, str. 31).

1.6.2 Postopek podeljevanja koncesij v zdravstvu

Koncesije v zdravstvu se podeljujejo na dveh nivojih države (Dobnikar, 2005, str. 465):

- na lokalnem (občina/mestna občina) in
- na državnem (ministrstvo).

Koncesijo se podeli na podlagi odločanja v upravnem postopku, ki ga v okviru občine vodijo različni organi. Občina je tista, ki koncesijo podeli ali zavrne. Majhne občine imajo lahko pri odločanju težave zaradi nepoznavanja področja ter neustrezne kadrovske in upravne strukture. Sporne so lahko tudi koncesionarjeve obveznosti v smislu ordinacijskega časa, zagotavljanja nadomeščanja, sodelovanja v dežurni službi in zagotavljanja stalno dostopne nujne medicinske pomoči.

Časovni potek in sosledje zakonsko opredeljenih pogojev, ki jih more vlagatelj izpolnjevati, je za prakso neprimeren. Pogoj, kot je npr. lokacija (najem ali lastništvo ordinacije), mora vlagatelj izpolnjevati že prej, ko mu koncesija še ni podeljena. Predhodno mora dati tudi odpoved dosedanjega delovnega razmerja, s čimer se spušča v veliko socialno in ekonomsko tveganje (Dobnikar, 2005, str. 465).

ZZDej določa, da morajo opravljati zdravstveno dejavnost pod enakimi pogoji javni zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki s koncesijo. Pod enakimi pogoji pomeni tudi, da ima konkudent pravičen in enakopraven odnos do vseh izvajalcev javne zdravstvene službe na območju in za področje, za katerega je pristojen. Vse koncesijske pogodbe imajo določilo, da konkudent ne zagotavlja koncesionarju nobenih sredstev za opravljanje dejavnosti.

Določitev lokacije opravljanja koncesionarjeve dejavnosti je predmet koncesijske pogodbe. Za področje opravljanja osnovne zdravstvene dejavnosti so bili zgrajeni zdravstveni domovi, koncesionarji pa praviloma zaradi odločitve s strani vodstva zavoda nimajo možnosti opravljanja dejavnosti v prostorih, kjer kot zaposleni zdravniki opravljajo redno delo.

Ordinacija je lahko zasedena zaradi dvoizemske ambulante, naloga zdravnika zasebnika pa je ta, da mora sam poiskati primeren prostor za ordinacijo. Koncesionar mora tako investirati lastna sredstva v javno zdravstveno infrastrukturo, kar je tudi v makroekonomskem pogledu velik nesmisel. Druga možnost je ta, da koncesionar opravlja dejavnost v prostorih zdravstvenega zavoda, vendar mora plačevati najemnino, ki ni namenjena le pokrivanju

investicijskega vzdrževanja, ampak tudi strošku osnovne investicije. Zdravstvena dejavnost po svoji naravi ni namenjena ustvarjanju dobička. Cena zdravstvene storitve se ne oblikuje na trgu, ampak je dogovorjena med državo, zdravstveno zavarovalnico in izvajalci zdravstvenih storitev.

Ko zdravnik koncesionar odide v zasebno dejavnost, od njega pogodba zahteva, da zaposli pripadajoči kader. V nasprotnem primeru bi namreč prišlo do obremenitve zdravstvenega zavoda s presežkom kadra. Ker je koncesionar po pogodbi dolžan nuditi zaposlitev, ima zdravstveni dom možnost, da delavca preusmeri k drugemu delodajalcu oziroma koncesionarju (Dobnikar, 2005, str. 466).

Po ZZDej koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ, ki je pristojen za zdravstvo. Potrebno je tudi soglasje ministrstva, pristojnega za zdravstvo. Koncesijo za opravljanje javne službe v drugih dejavnostih z odločbo podeli Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ). V postopku odločanja morajo zgoraj navedeni organi pridobiti mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) in pristojne zbornice ali strokovnega združenja (Šoltes, 2008, str. 19).

Iz Tabele 2 je razvidno, da je v obdobju od leta 2000 do konca leta 2006 MZ izdalo 325 soglasij k podelitvam koncesij za opravljanje javne zdravstvene službe na področju osnovne zdravstvene dejavnosti. Evidence o izdanih nesoglasjih pa MZ nima. Postopek izdaje soglasja ali nesoglasja, ki je potekal na MZ, ni bil podrobneje določen v internih aktivih ministrstva, določene niso bile niti pristojnosti in odgovornosti zaposlenih, zadolženih za izvedbo postopka. Podrobneje niso bile določene niti preveritve, ki jih je bilo potrebno izvesti pred sprejetjem odločitve o izdaji soglasja ali nesoglasja, niti roki za izvedbo posameznih dejanj v procesu sprejemanja odločitve.

Tabela 2: Soglasja MZ k podelitvam koncesij po letih in po dejavnostih v obdobju od leta 2000 do leta 2006

LETO	SPLOŠNA MEDICINA	ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST	SPECIALISTIČNA DEJAVNOST (GINEKOLOGIJA, PEDIATRIJA)	OSTALO (PATRONAŽA, REŠEVALNI PREVOZI, FIZIOTERAPIJA)	SKUPAJ
2000	7	15	3	5	30
2001	4	11	2	16	33
2002	3	11	1	5	20
2003	9	8	1	4	22
2004	5	14	2	7	28
2005	24	33	2	17	76
2006	34	40	10	32	116
SKUPAJ	86	132	21	86	325

Vir: I. Šoltes, Podeljevanje koncesij v zdravstvu, 2008, str. 20.

Vlogi koncedenta, ki vsebuje vrsto in obseg nameravane podelitve koncesije ter podatke o bodočem koncesionarju, sta pogosto priloženi tudi mnenji ZZZS in Zdravniške zbornice Slovenije. Ker so v večini primerov kandidati za koncesijo zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih, je zraven pogosto priloženo tudi mnenje zdravstvenega doma glede nameravane podelitve koncesije. Mnenje zdravstvenega doma ni dokument, ki bi ga določali predpisi, vendar kaže stališča zdravstvenega doma do organizacijskih sprememb v zagotavljanju zdravstvenega varstva prebivalstva in nakazuje možnosti vključevanja koncesionarjev v obstoječe službe. Mnenje zdravstvenega doma je MZ v določenih primerih vključilo v izdano soglasje tako, da ga je pogojevalo z določitvijo lokacije delovanja koncesionarja v zdravstvenem domu. Iz dokumentacije pa ni razvidno, ali je MZ tudi dejansko preverjalo izpolnjevanje tega pogoja in morebitne kasnejše spremembe lokacije delovanja.

Na podlagi ugotovitev ZZZS je bilo razvidno, da je bila presoja odvisna izključno od tega, ali je kandidat za koncesijo izhajal iz javne mreže oziroma je bil predhodno zaposlen v zdravstvenem domu, ter od obsega programa, ki naj bi ga bodoči koncesionar izvajal na podlagi podeljene koncesije. ZZZS namreč ne sprejema ponudb, ki se nanašajo na delo, krajše od polovičnega delovnega časa, razen za specialistične dejavnosti, za katere se ne sprejema ponudb, krajših od 30 % delovnega časa. Na ta način je ZZZS vnaprej omejil krog kandidatov, ki bi jim podelil pozitivno mnenje in tako preprečil zahteve po širitvi mreže javne zdravstvene službe. ZZDej določa, da je potrebno pred izdajo soglasja MZ pridobiti mnenje ZZZS. To ni nujno pozitivno, saj je v obstoječem sistemu le ZZZS tisti, ki ima ustrezen pregled nad obstoječimi izvajalci zdravstvene dejavnosti v osnovnem zdravstvu in tudi nad predvideno širitvijo mreže javne zdravstvene službe, ki je lahko edini razlog za podelitev koncesije novemu izvajalcu, ki ne izhaja iz obstoječe mreže. MZ ni preverjalo, ali podelitev posamezne koncesije pomeni širitev mreže javne zdravstvene službe, ampak je to nalogo v celoti prepustilo ZZZS. Soglasja k nameravanim podelitvam koncesij so bila v posameznih primerih podeljena tudi brez predhodne preveritve vse relevantne dokumentacije. To povečuje tveganje, da je soglasje izdano kljub negativnemu mnenju ZZZS, ki ima edini celovit pregled nad obstoječo mrežo in predvidenimi širitvami (Šoltes, 2008, str. 20).

Občina s podelitvijo koncesije ne širi mreže javne zdravstvene službe, kadar je:

- kandidat, ki vloži vlogo za pridobitev koncesije, zaposlen v zdravstvenem domu in sodi v gravitacijsko območje, na katero se zahteva za koncesijo nanaša;
- število izvajalcev določene dejavnosti manjše od števila izvajalcev, ki so predvideni v mreži javne zdravstvene službe.

Na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije najdemo opis postopka podeljevanja koncesij za občine. Občina podeli koncesijo z odločbo (akt o koncesiji), občina (koncedent) in prosilec (koncesionar) pa skleneta pogodbo o koncesiji, ki se oblikuje po enotnem vzorcu, ki velja za vso Slovenijo. S pogodbo o koncesiji se uredijo razmerja v zvezi z opravljanjem javne zdravstvene službe (Podeljevanje koncesij – opis postopka za občine).

1.6.3 Prednosti in slabosti zasebne zdravstvene dejavnosti

S pojavom koncesionirane javne službe se na eni strani pojavljajo njene prednosti in na drugi njene slabosti. V Tabeli 3 so navedene prednosti zasebne zdravstvene dejavnosti na levi strani in slabosti na desni, kot jih je navedel Česen (1999, str. 55).

Tabela 3: Prednosti in slabosti zasebne zdravstvene dejavnosti

PREDNOSTI	SLABOSTI
Zasebne naložbe v materialne zmogljivosti javne zdravstvene službe.	Dajanje prednosti kurativi pred preventivo.
Večja in enostavnejša možnost izbire osebnega zdravnika zaradi večjega števila izvajalcev.	Slabša dostopnost do zdravstvenega varstva, slabši nadzor zaradi geografske in strokovne razpršenosti izvajalcev.
Hitrejša pot do ustreznega zdravljenja.	Mešanje zdravstvene dejavnosti na javni in zasebni račun (nespoštovanje konkurenčne klavzule, samopl. ordinacije).
Višja celovita kakovost in zadovoljstvo ljudi.	Težje usklajevanje finančnih interesov z javnim plačilom.
Večja tekmovalnost med izvajalci.	Zanemarjanje interesov javne zdravstvene službe.
Večja poslovna samostojnost (fleksibilnost v organizaciji dela, stroškovna zavest, gospodarno ravnanje z viri).	Nepravilna dostopnost ljudi do zdravstvene oskrbe (zavračanje dragih ali nedonosnih pacientov, razlike v čakalnih dobah, razlike v zdravljenju med ljudmi).
Spodbudno plačilo za dobro delo (produktivnost).	Nepotrebno zdravljenje in pretirana ustrežljivost bolnikom na javni račun (pretirano predpisovanje zdravil, pretirano pisanje napotnic, odobritev bolniškega dopusta).
Odgovornost za poslovni uspeh.	Nelegalno pridobivanje dohodka.

Vir: M. Česen, Moč in nemoč privatizacije v zdravstvenem varstvu, 1999, str. 55.

Finančna razbremenitev javnega zdravstva s strani zasebnega zdravstva bi bila največja, če bi zasebniki vzeli v najem ali odkupili javne zdravstvene zmogljivosti in z njimi opravljali zdravstvene storitve na račun zasebnih sredstev (Česen, 1999, str. 52). S pojavom zasebne prakse se je izboljšala kakovost zdravstvenih storitev. Tukaj gre predvsem za kakovost zdravstvenih storitev nemedicinske narave, kar predstavlja prijaznejši odnos do pacienta, večjo zavzetost, neomejen delovni čas zdravnika in krajše čakalne vrste (Urlep, 1994, str. 24).

Dobnikar (2005, str. 471) je mnenja, da je tisto, kar je pozitivno v zasebni dejavnosti:

- strokovna avtonomija posameznika;
- racionalnost, storilnost in prijaznost izvajalca;
- fleksibilnost izvajalca;
- avtonomija pri izbiri vrste in količine potrebnega izobraževanja osebja;
- večje zadovoljstvo zdravnikov, drugega zdravstvenega osebja in pacientov;
- možnost doseganja dobička na dolgi rok in
- transparentno poslovanje koncesionarja.

Tisto, kar je v zasebni zdravstveni dejavnosti negativno, pa je naslednje (Dobnikar, 2005, str. 471):

- večja osebna odgovornost izvajalca;
- ekonomsko (finančno) tveganje;
- manjša pravna zaščita;
- manj dopusta, težava pri iskanju osebe za nadomeščanje, manj prostega časa;
- večja obremenjenost izvajalcev in večja možnost njihovega izgorevanja.

Glede na precejšnjo neurejenost področja podeljevanja koncesij v zdravstvu, bi bilo potrebno področje koncesionirane zdravstvene dejavnosti urediti s posebnim zakonom, morda tudi z bistveno novelo ZZDej. Tisto, kar sili zdravnike in drugo zdravstveno osebje v to, da se odločijo za zasebno dejavnost, je v prvi vrsti predvsem nemoč menedžmenta javnih zavodov, da bi nagrajeval zaposlene v skladu z njihovim prispevkom pri obravnavi pacienta. Neprofitno naravnani javni zavodi imajo le minimalne možnosti stimulacije in nagrajevanja dobrih delavcev, ki dosegajo večjo produktivnost pri delu. Izhodiščna plača zaposlenega je namreč določena, razredi in način napredovanja tudi, za stimulacijo je na voljo le 2 % skupne mase plač oziroma 20 % individualne stimulacije, nadurno delo je zakonsko omejeno itd. Zasebniki lahko ob enakih standardih in istem obsegu financiranja dosegajo boljše finančne rezultate. Javni zavodi namreč poslujejo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, zasebniki pa poslujejo po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Javni zavodi morajo upoštevati vse kolektivne pogodbe, nakazovati prispevke v sklad pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja, prispevke za zaposlovanje in porodniško varstvo, za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Poleg vsega je zakonodajalec dodatno zaostрил pogoje poslovanja v javnih zavodih, ki morajo tako vse večje nabave, tekoča in investicijska vzdrževanja izvajati preko javnih naročil. Sistem je rigid in neučinkovit ter celoten proces še dodatno upočasnjuje (Židanik, 2006, str. 38).

2 PATRONAŽNO VARSTVO V ZDRAVSTVENEM SISTEMU V SLOVENIJI

2.1 Osnovne značilnosti sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Sistem zdravstvenega varstva (v nadaljevanju SZV) je zapleten organizacijski sistem, ki povezuje številne politične, administrativne, družbene in zasebne proizvodne ter storitvene dejavnosti. SZV sestavljajo zdravstvena politika (država), zdravstvena dejavnost (izvajalci), zdravstveno zavarovanje (plačniki zavarovanja) in uporabniki.

Globalni cilji zdravstvene politike v Sloveniji so (Kersnik, str. 9):

- izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva;
- boljši odziv na potrebe prebivalstva in
- pravičnost pri razdelitvi finančnega bremena.

Da bi država dosegla te cilje, mora poskrbeti za dostopnost, dosegljivost, pravičnost ter kakovost zdravstvene dejavnosti za vse prebivalce. Zdravstvena politika v državi igra ključno vlogo pri uresničevanju vizij Svetovne zdravstvene organizacije (*angl. World Health Organization – WHO*) na področju varovanja zdravja in pri postavljanju lastnih strateških ciljev. Za zdravstveno politiko je zelo pomemben vzpostavljen učinkovit informacijski sistem, ki omogoča spremljanje ustreznih kazalcev kakovosti na ravni SZV, na ravni upravljanja in na ravni kakovosti oskrbe. Zdravstveno zavarovanje je tisti segment SZV, ki določa dostopnost zdravstvenih storitev na eni strani in omogoča stabilnost celotnega sistema ter celotnega gospodarskega sistema države na drugi strani. Kakovost zdravstvene oskrbe je eden od glavnih ciljev vsakega sistema zdravstvenega varstva.

K zagotavljanju pogojev za kakovostno delo prispevata krovna zakona, ki opredeljujeta SZV v Sloveniji in zakonske podlage naslednjih zakonov (Kersnik, str. 12):

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;
- Zakon o zdravstveni dejavnosti;
- Zakon o lekarniški dejavnosti;
- Zakon o zdravilih in medicinskih pripomočkih;
- Zakon o zdravniški službi;
- Zakon o zdravstveni inšpekciji itd.

Slovenija je ratificirala vse državne predpise, direktive in priporočila Sveta Evrope, Evropske unije in WHO, ki se tičejo področja zdravstva, delovne zakonodaje, okoljevarstvenega področja in drugih področij, ki vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva. Vlada Republike Slovenije je skupaj z MZ odgovorna za zagotavljanje kakovosti SZV. Njena naloga je, da pripravlja in sprejema nacionalni program zdravstvenega varstva, sodeluje z mednarodnimi organizacijami in ustanovami za področje zdravstvenega varstva ter skrbi za vključevanje Slovenije v ustrezne mednarodne institucije. Sprejema tudi strategije za zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva. Država je hkrati tudi ustanoviteljica in lastnica infrastrukture zavodov na sekundarni ravni, skrbi za njihov regionalen razvoj in izvaja potrebne investicije v dejavnosti na sekundarni ravni, lokalne samoupravne skupnosti (občine) pa so ustanoviteljice in lastnice zavodov na primarni ravni. MZ zagotavlja mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti vključno z mrežo in pogoji dežurne službe ter določa način in pogoje za vključevanje v obvezno zdravstveno zavarovanje in uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Kersnik, str. 12).

2.2 Financiranje sistema zdravstvenega varstva

Celoten sistem financiranja je sestavljen iz zbiranja in porabe sredstev ter razporejanja teh sredstev med izvajalce. Financiranje zdravstvenega sistema mora temeljiti na finančni poštenosti do izvajalcev zdravstvenih storitev. Merila za razporejanje sredstev predstavljajo potrebe državljanov in kakovost zdravstvene oskrbe. Idealen sistem financiranja vpliva na eni strani na stroškovno učinkovitost izvajanja zdravstvenih storitev in na drugi strani na uspešnost izboljševanja zdravja vseh državljanov, ne vpliva pa na neposredno število opravljenih storitev. Nadzorovan sistem financiranja zdravstvenega varstva zagotavlja stabilnost in uravnoteženost pri doseganju zastavljenih prioritarnih ciljev (Keber, 2003, str. 89).

Vire financiranja zdravstvenega zavarovanja sestavljajo (Bračko, 2008, str. 3):

- prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje;
- premije prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj;
- proračunska sredstva (državni proračun, občine) in
- sredstva drugih naročnikov.

Sredstva za financiranje zdravstvenega varstva v Sloveniji delimo na tri oblike (Bračko, 2008, str. 5):

- Javna sredstva so prihodki, ki jih ZZZS pridobi s prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje. Glavni vir teh sredstev so prispevki zavarovancev (delodajalcev in delojemalcev). Med javna sredstva spadajo tudi proračunska sredstva, ki se jih v večini namenja za investicijska vlaganja v bolnišnice, in sredstva proračunov občin, s katerimi se financira zdravstvene programe in storitve lokalnih območij. Iz javnih sredstev so lahko financirani tako javni kot zasebni izvajalci – koncesionarji. Bolnikom ni potrebno plačati zdravstvene storitve.
- Zasebna sredstva predstavljajo izdatki za škodne primere, ki jih krijejo prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Posamezniki, ki za doplačila do polne vrednosti zdravstvenih storitev in zdravil niso zavarovani, morajo doplačilo plačati sami. Višina izdatkov dopolnilnega zavarovanja se iz leta v leto izredno povečuje. Med zasebna sredstva spadajo tudi vse ostale oblike prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, kot so dodatna, nadomestna in vzporedna zdravstvena zavarovanja.
- Zasebna sredstva za samozdravljenje so sredstva za različne zdravstvene storitve, ki jih posamezniki plačujejo neposredno iz lastnih sredstev. V to skupino uvrščamo samoplačniške zdravstvene storitve in nakup zdravil brez recepta.

2.3 Patronažno varstvo

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje patronažno varstvo kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj še posebno občutljivi na vplive okolja. Angela Boškin (1885–1977) je postavila temelje poklicu PMS v Sloveniji (Horvat, 2009, str. 2).

Na spletni strani Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor najdemo dejavnosti, ki se izvajajo pod okriljem patronažnega varstva:

1. Zdravstvena socialna obravnava posameznika, družine in lokalne skupnosti, zdravstvena obravnava varovancev vseh starostnih skupin od nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka, kroničnega bolnika, bolnika z zdravstveno nego na domu do starostnika. Vse te dejavnosti so preventivne.
2. Patronažna zdravstvena nega otročnice in novorojenčka, ki zajema izvajanje vseh nalog klasične polivalentne patronaže in izvajanje nalog babiške zdravstvene nege otročnic, novorojenčkov ter nosečnic. Vse te dejavnosti so preventivne.
3. Patronažna zdravstvena nega bolnika na domu, ki zajema izvajanje vseh nalog klasične polivalentne patronaže in izvajanje nalog zdravstvene nege bolnika na domu. Ta dejavnost je kurativna, zanjo je potreben delovni nalog osebnega izbranega zdravnika (OE Patronažno varstvo).

Na spletni strani Zdravstvenega doma Ljubljana najdemo delovne naloge PMS. PMS ugotavlja potrebe po zdravstveni pomoči pacienta na njegovem domu, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Bolnikom svetuje o zdravem načinu življenja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki bi lahko ogrozili zdravje posameznika ali članov družinske skupnosti. Izvaja zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti ter je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu (Patronažno varstvo in nega na domu, 2008).

Polivalentno patronažno varstvo je organizirano kot patronažna služba, ki je dejavnost osnovnega zdravstvenega varstva. Dejavnost patronažne službe je zakonsko opredeljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu od februarja 1992. Patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih spadajo v obvezno zavarovanje, kar pomeni, da je njihovo plačilo iz tega naslova zavarovanja v celoti zagotovljeno. V ZZDej je opredeljen obseg osnovne zdravstvene dejavnosti, ki zajema tudi (Hoyer, 1994, str. 73):

- zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
- patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih.

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti (Šušteršič et al., 2006, str. 248). ZZDej (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2) in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 100/2005-UPB2) opredeljujeta patronažno varstvo kot samostojno službo ali organizacijsko enoto zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih.

Patronažno zdravstveno nego opravlja medicinska sestra z višjo ali visoko izobrazbo kot samostojno dejavnost (opravljanje dejavnosti s koncesijo), ki je vključena v mrežo javnega zdravstva. Prevzeti mora vsa področja delovanja, kot so zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti, zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu ter zdravstvena nega bolnika na domu. Patronažno varstvo je organizirano 24 ur na dan, vse dni v letu. Vodja patronažnega varstva je medicinska sestra, ki ima lahko tudi specializacijo s področja zdravstvene nege ali fakultetno izobrazbo. Koordinira delo v negovalnem in zdravstvenem timu s službami v zdravstvenem domu in izven njega, glede na stanje posameznika in stanje v družini lahko vključuje v širši zdravstveni tim še druge strokovnjake in sodelavce (Šušteršič et al., 2006, str. 248).

2.3.1 Patronažna zdravstvena nega

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva in se izvaja na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. PMS deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje: primarni, sekundarni in terciarni ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Zdravstvena vzgoja je permanenten proces in spremlja vsakega posameznika od spočetja, preko nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja do odraslosti in starosti. S promocijo zdravja PMS spodbuja ljudi, da postavijo zdravje na najvišje mesto na lestvici človekovih vrednot, aktivno skrbijo zanj in imajo večji vpliv na ekonomske in socialne dejavnike zdravja (Šušteršič et al., 2006, str. 248).

2.3.2 Subjekti v patronažnem varstvu

Patronažno varstvo v praksi v ospredju obravnava zdravega ali bolnega/poškodovanega posameznika, njegovo družino in skupnost.

i. Posameznik

Patronažno varstvo zajema obravnavo posameznikov iz različnih skupin prebivalstva: ženske, otroci, odrasli varovanci, invalidi, starostniki in socialno deprivilegirane skupine (begunci, Romi, brezdomci itd.) Medicinska sestra pri svojem delu uporablja individualen in celosten pristop, ki vključuje fizični, psihični, duhovni in socialni vidik. Poznamo dva modela

zdravstvene nege. Model Virginie Henderson opredeljuje štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti, ki omogočajo celostni pristop posameznika, model Dorothee E. Orem pa temelji na stopnji samooskrbe posameznika, družine in članov skupnosti ter je usmerjen k razvijanju odgovornosti za lastno zdravje in k podpori rizičnim skupinam prebivalcev. Na osnovi ugotovljenega zdravstvenega stanja posameznika se pripravi načrt zdravstvene nege pacienta in družine (Šušteršič et al., 2006, str. 250).

ii. Družina

PMS mora poznati (Šušteršič et al., 2006, str. 250):

- značilnosti posameznih razvojnih obdobj ter najpogostejše zdravstvene probleme;
- hierarhično lestvico potreb A. Maslowa, prirejeno za družino (osnovne potrebe za preživetje in fiziološke potrebe; varnost in zaščita; ljubezen, naklonjenost, spoštovanje ter samouresničitev).

Na osnovi vseh teh podatkov ugotavlja stanje in razmere v družini skupaj z družinskimi člani ter načrtuje in izvaja zdravstveno nego družine.

iii. Skupnost

Zdravje celotne skupnosti pomeni skupno doseganje najvišje stopnje fizičnega, mentalnega in socialnega zdravja. Aktivnosti medicinske sestre v skupnosti vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja (Šušteršič et al., 2006, str. 251).

2.3.3 Področja dela patronažne zdravstvene nege

Področji dela v patronažnem varstvu sta preventivna in kurativna patronažna dejavnost. Preventivna patronažna dejavnost zajema zdravstveno in socialno obravnavo posameznika, družine in socialne skupnosti v vseh obdobjih življenja. Področja preventivnega dela v patronažnem varstvu so (Šušteršič et al., 2002, str. 184):

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti;
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu ter
- zdravstvena nega bolnika na domu.

Zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti je načrtovana na osnovi Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/98). Preventivno patronažno zdravstveno varstvo obsega točno določeno število obiskov pri različnih skupinah posameznikov. Natančno je določen cilj in namen obravnave pri

posamezni rizični skupini, hkrati pa je določena vsebina patronažnega obiska, ki zajema splošne, specifične in individualne naloge, ki jih mora PMS pri posamezniku izvesti:

- a. Šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri slepih in slabovidnih materah

Novorojenček je obravnavan takoj po odpustu iz porodnišnice do 28. dneva starosti. Dojenček je kasneje obravnavan od 1. meseca do 12. meseca starosti, v 4.–5. mesecu, 7.–8. mesecu in 10.–11. mesecu. Novorojenček in dojenček sta obravnavana iz vidika zdravstvene nege s poudarkom na negi in oskrbi. PMS sistematično obravnava varovanca po principu načrtovanega dela na svojem določenem terenu. Načrt dela zahteva zajem novorojenčka po odpustu iz porodnišnice in kasnejše obravnavanje glede na strokovno odločitev PMS. Obravnavanje dojenčka zahteva obiske na domu glede na negovalno anamnezo, predvsem pa ob vsaki spremembi, ki se dogaja ob otrokovem razvoju. Cilj strokovne obravnave je zdrav psihofizičen razvoj novorojenčka in dojenčka. Izvajata se tudi dva dodatna obiska pri slepih in slabovidnih materah, ki potrebujejo še večjo pomoč pri otrocih.

- b. Patronažni obiski pri otroku v drugem in tretjem letu starosti

Otrok je obravnavan sistematično v 2. in 3. letu starosti ter ob bistvenih spremembah v družini (rojstvo novega otroka, problematične ločitve, rejništvo, smrt). Sistematično je obravnavan prav vsak otrok, ki je ali pa ni vključen v vzgojno varstvene ustanove, vsak otrok z motnjami v razvoju ter slepi in invalidni otroci v domači oskrbi. Cilj obravnave otroka je spremljanje njegovega psihofizičnega razvoja in pomoč pri zagotavljanju optimalnih pogojev za njegov razvoj iz vidika zdravstvene nege.

- c. Dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami, v starosti od 5 do 25 let, če so ti v domači oskrbi

PMS obišče slepe in slabovidne oskrbovance dvakrat letno zaradi nudenja pomoči družini in aktiviranja varovanca v največji možni meri.

- d. Patronažni obisk pri nosečnici in dva patronažna obiska pri otročnici

Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij in vzpostavljanje primernih interakcij v družini. Nosečnica je obravnavana enkrat v času nosečnosti. Otročnica je ženska do vključno šestih tednov po porodu. Naloga patronažnega varstva je, da obravnava vsako otročnico.

- e. Dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 25 let

Cilj patronažnega varstva je zagotoviti dva patronažna obiska na leto v družini bolnika z aktivno tuberkulozo ter dva patronažna obiska na leto pri bolniku z mišičnimi in živčno-

mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, pri osebah z motnjami v razvoju, invalidih in kronično bolnih osebah ter osebah, ki so stare več kot 65 let in so osamele ter socialno ogrožene. Namen obiskov je zagotavljanje aktivnosti, ki bodo vodile k ohranitvi in krepitvi najvišjega nivoja zdravja glede na njihovo bolezen. V primeru ugotovitve potrebe po poglobljeni zdravstveni negi se na podlagi strokovne presoje medicinske sestre v sodelovanju z zdravnikom opravi potrebno število preventivnih obravnav. Cilj obravnave je vsakemu kroničnemu bolniku omogočiti kakovostno življenje v domačem okolju. PMS kronične bolnike obišče dvakrat letno z namenom nudenja ustrezne pomoči družini in doseganja čim kakovostnejšega načina življenja. Osebe, starejše ob 65 let, dvakrat letno obišče z namenom ohranitve zdravja in nudenja pomoči starostniku in njegovi družini.

f. Programirana zdravstvena vzgoja

Programirana zdravstvena vzgoja zajema predvsem zdravstveno vzgojno delo v družini, lokalni skupnosti in skupinah. Cilj zdravstvene vzgoje v družini je obravnava družine v domačem okolju in podpora družini v prelomnih obdobjih ter zagotoviti pozitiven odnos, stališča in prepričanja o zdravju, krepitvi in ohranitvi zdravja. V času bolezni je potrebno nuditi podporo in pomoč pri razvijanju preostalih sposobnosti, sodelovanju pri zdravljenju, nadzorovanju bolezni ter preprečevanju bolezni in komplikacij. V okviru obravnave lokalne skupnosti gre za delovanje PMS kot neposredne poznavalke zdravstveno-socialne problematike na določenem terenu. Cilj njene obravnave je zmanjševanje zdravstveno-socialnih problemov.

Kurativna patronažna dejavnost, z nego bolnika na domu zajema izvajanje vseh nalog polivalentne patronažne dejavnosti, na podlagi izpolnjenega delovnega naloga predpisanega iz strani pacientovega osebnega zdravnika. Vrste storitev pri kurativnih obiskih na domu so aplikacija injekcije, aplikacija infuzije, preveza ran, odvzem materiala za laboratorij itd.

2.3.4 Načrtovanje dela v patronažnem varstvu

PMS načrtuje delo dnevno, mesečno in letno, zato mora poznati teren, kjer deluje, in upoštevati kadrovske normative. Delo načrtuje na osnovi (Rajkovič & Šušteršič, 2000, str. 25):

- števila bioloških oziroma rizičnih skupin prebivalstva – otroci, ženske, invalidi, starostniki, bolniki;
- socialno-medicinskih kazalcev zdravstvenega stanja na določenem območju – posnetek stanja na terenu, občini, regiji;
- vitalne statistike (rojstva, umrljivost, mrtvorojenost);
- zdravstvene statistike (zbolevnost, travmatizem, absentizem);
- demografske statistike (število prebivalcev, struktura po starosti in spolu);

- higiensko-epidemioloških posebnosti območja;
- registriranih higienskih problemov (pitna voda, smog);
- epidemičnih in sporadičnih bolezni;
- značilnosti krajevnih področij in
- izkušenj iz prejšnjih let.

2.3.5 Cilji patronažne zdravstvene nege

Cilj zdravstvene nege v patronažnem varstvu je doseči naslednje (Rajkovič & Šušteršič, 2000, str. 26):

- fizično, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju;
- ohranjeno in izboljšano zdravje;
- zdrav način življenja;
- zdravo in izboljšano okolje;
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč;
- zmanjšano zbolevanje posameznikov;
- preprečitev ali zmanjšanje posledic bolezni in dejavnikov tveganja ter
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni.

2.3.6 Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi

Dobra dokumentacija v patronažni zdravstveni negi omogoča doseganje visokih standardov kakovosti zdravstvene nege. Omogoča boljšo komunikacijo in hitrejše širjenje informacij med negovalnim timom, hkrati pa ščiti pacienta in kaže kakovost zdravstvene nege. Pri zdravljenju in zdravstveni negi pacienta na domu je potrebna enotna strokovna dokumentacija, ki omogoča pisno spremljanje obravnave pacienta. Dokumentiranje je osnovna obveznost celotnega zdravstvenega tima, ker je instrument strokovnega dela. Dokumentacija zdravstvene nege pacienta na domu obsega (Žajdela, 2002, str. 18):

- naročilnico oziroma delovni nalog;
- indeks bolnika;
- protokol bolnika;
- obrazec zdravstveno-socialnega stanja družine;
- načrt zdravstvene nege in
- list patronažne zdravstvene nege.

V patronažnem varstvu v Sloveniji uporabljajo informacijski sistem IRIS, ki pokriva vse segmente primarnega zdravstva, razvilo pa ga je podjetje Hermes Softlab, d.o.o., v

sodelovanju z združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije in predstavniki zdravstvenih domov. V ZD Ljubljana IRIS uporabljajo od septembra 2009, ko je nadomestil dotedanji informacijski sistem Sova. Od preteklega informacijskega sistema se razlikuje v nekaj ključnih področjih (Pataky, 2010, str. 23):

- ni namenjen le zbiranju podatkov, ampak tudi podpora strokovnemu delu zdravnikov, drugemu medicinskemu osebju in vodstvu (njegov predhodnik SOVA je v glavnem služil le potrebi po obračunavanju storitev in izdaji poročil oziroma statistike, ki jih zahteva ZZZS);
- zagotavlja možnost nadzora in ovrednotenja rezultatov zdravljenja;
- omogoča boljše upravljanje in nadzor učinkovitosti, kakovosti in odličnosti poslovanja;
- omogoča izdelavo različnih poročil;
- skrbi za osebne podatke v skladu s standardi in veljavno zakonodajo ter
- temelji na uporabi sodobne informacijske tehnologije.

2.3.7 Financiranje patronažne zdravstvene nege

ZZDej (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2) opredeljuje zdravstveno dejavnost kot javno službo, ki jo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi na eni strani ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije na drugi strani. Sredstva pridobivajo:

- iz sredstev ustanovitelja v skladu z aktom o ustanovitvi;
- s plačili za opravljene storitve;
- po pogodbi z ZZZS;
- po pogodbi z Ministrstvom za zdravje za naloge, ki se na podlagi zakona financirajo iz proračuna;
- iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom, akti o ustanovitvi in statutom zavoda.

Mehanizmi financiranja morajo spodbujati racionalen način izvajanja zdravstvene nege in vplivati na višjo raven kakovosti zdravstvenih storitev. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina na podlagi kadrovske standardov za osnovno zdravstveno dejavnost. Poseben poudarek je vedno bolj namenjen tudi razvoju drugih zdravstvenih zavarovanj, predvsem za stroške storitev, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje ali pa bodo na zahtevo zavarovancev opravljene v višjem in drugačnem standardu kot ga zagotavlja obvezno zavarovanje. Glede na omejena sredstva za vse oblike zdravstvenega zavarovanja je visoko vrednost dela mogoče dosegati le z boljšo organizacijo dela, večjo izrabo delovnega časa in zdravstvene opreme, s smotrno uporabo sanitetnega in zdravstvenega materiala ter s prodajo zdravstvenih storitev, znanja in kapacitet na domačem in tujem trgu (Žajdela, 2002, str. 19).

PMS, ki so zaposlene v javnem zavodu ali na podlagi koncesije, imajo z ZZZS sklenjeno pogodbo, ki določa letni obseg dela 16.457 opravljenih točk, ki jih dosežejo z obiski pacientov na njihovih domovih (Žajdela, 2002, str. 25). Na spletni strani ZZZS najdemo podatke o ceni ene točke, ki se med letom spreminja in je za obdobje od 1.7.2011 znašala 2,30 €. Če 16.457 točk, ki izražajo načrtovani obseg dela, pomnožimo z 2,30 €, dobimo znesek 37.851,10 € letno. To je letni prihodek, ki ga iz naslova patronažne dejavnosti lahko zasluži PMS, zaposlena bodisi v javnem zdravstvenem domu bodisi kot koncesionarka. Znesek se ne spremeni, tudi če PMS opravi več ali manj kot 16.457 predpisanih točk, saj je letni obseg dela opredeljen s populacijo, ki jo sestra zajema s svojo dejavnostjo (Ceniki ter plan in realizacija zdravstvenih storitev, 2011). Gre torej za glavarinski način plačevanja zdravstvene dejavnosti.

2.3.8 Koordiniranje dela v patronažni dejavnosti

PMS je koordinatorica vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom. Njena naloga je, da koordinira delo (Šušteršič et al., 2006, str. 248):

- s službami v zdravstvenem domu (z izbranim zdravnikom – nalog za zdravstveno nego pacienta za izvajanje diagnostično-terapevtskega programa, poročanje o zdravstvenem stanju pacienta ter o razmerah v družini – in z drugimi zdravstvenimi timi glede na specifiko pacienta);
- s službami na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (povezanost s službo zdravstvene nege, odpustna dokumentacija, obvestilo patronažni službi o zdravstvenem stanju pacienta, odpustnica iz porodnišnice) ter
- z drugimi službami in organizacijami izven zdravstvenega doma, ki vplivajo na reševanje problemov posameznika in družine (Zavod za oskrbo na domu, Center za socialno delo, Rdeči križ, Dom starejših občanov itd).

PMS mora poznati teren in vedeti, katere dejavnosti so organizirane, da lahko načrtuje zdravstveno nego in usmerja ljudi ter jim pomaga urejati pomoč na domu. Nekoliko starejši podatki navajajo, da delovno skupino zdravstvene nege in varstva na domu sestavljajo (Hoyer, 1994, str. 73):

- PMS (diplomirana medicinska sestra);
- medicinska sestra za izvajanje nekaterih posegov iz področja zdravstvene nege bolnika (zdravstveni tehnik);
- bolniška strežnica (bolničar);
- po potrebi se v skupino vključijo še nekateri drugi sodelavci kot npr. socialni delavec, delovni terapevt, fizioterapevt, psiholog, pedagog, logoped in drugi.

Danes negovalni tim v patronažnem varstvu sestavljajo (Šušteršič et al., 2006, str. 248):

- vodja patronažnega varstva, ki ima tudi naloge koordinatorja;
- medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki so nosilke patronažne zdravstvene nege;
- tehniki zdravstvene nege, ki se vključujejo v izvajanje zdravstvene nege bolnika na domu.

2.3.9 Patronažno varstvo v Veliki Britaniji

Za primerjavo lahko prikažemo patronažno dejavnost v Veliki Britaniji, kjer je sistem patronažnega varstva zgrajen ob večji vlogi države kot v Sloveniji. Patronažno dejavnost v Veliki Britaniji opravljajo medicinske sestre in babice, ki se po opravljeni diplomi specializirajo iz patronažne dejavnosti. Zaposleni v patronažnem varstvu so ključnega pomena za vzpostavitev zdravstvenega varstva. Njihov namen je izboljšanje kvalitete zdravja družin in otrok v prvih nekaj letih njihovega življenja. Z delom v skupnosti poskušajo preprečiti različne bolezni ljudi in aktivno promovirati zdravo življenje. Ključna vloga zaposlenih v patronažnem varstvu je pomoč družini in otrokom na začetku njihove življenjske poti.

Zaposleni v patronažnem varstvu oskrbujejo starše in družine v različnih okoljih, kot so (Health visiting, 2006):

- dom oskrbovanca (teren);
- bolnišnica;
- otroški centri itd.

Patronažno dejavnost v Veliki Britaniji lahko opravlja ustrezno kvalificirana medicinska sestra ali babica z opravljeno specializacijo po diplomi, ki se je hkrati tudi dodatno usposabljala in izobraževala na temo zdravja otrok, promocije zdravja, javnega zdravstva itd. Zaposleni v patronažnem varstvu so del tima primarne zdravstvene oskrbe z osnovnim namenom doseganja kvalitetne oskrbe in zadovoljevanja potreb posameznikov, družine in skupnosti. Glavna naloga zaposlenega v patronažnem varstvu je delo v skupnosti, ki vključuje obiske oskrbovancev na njihovem domu. Prvotni namen je nudenje podpore staršem, predšolskim otrokom, starostnikom in ljudem, ki so invalidi ali imajo kronično bolezen.

Patronažno varstvo je podprto s štirimi ključnimi načeli (Health visitor, 2012):

1. Potreba po zdravstveni oskrbi.
2. Ustvarjanje zavesti o zdravstvenih potrebah.
3. Vplivanje na zdravstveno politiko.
4. Spodbujanje k zdravemu življenju.

Zaposleni v patronažnem varstvu v Veliki Britaniji imajo naslednje naloge (Health visitor, 2012):

- zagotavljanje zdravstvene intervencije pri različnih rizičnih skupinah;
- poslušanje, svetovanje in nudenje podpore vsem rizičnim skupinam ljudi;
- svetovanje mladim staršem glede prehranjevanja, varnosti, psihičnega ter čustvenega razvoja otroka;
- vodenje šole za starše;
- sodelovanje z otroškimi centri, šolami in skupinami ljudi v skupnosti;
- zagotavljanje čustvene opore posameznikom v stanju poporodne depresije, invalidnosti, konfliktov v družini, nasilja v družini itd.,
- ugotavljanje zdravstvenih potreb posameznikov v skupnosti z namenom doseganja visoke kvalitete zdravega življenja;
- promoviranje zdravja v smislu deljenja nasvetov iz področja zdrave prehrane, spolnega življenja, kontracepcijske zaščite, posledic odvisnosti od drog in alkohola;
- izobraževanje in mentorstvo bodočim zaposlenim v patronažnem varstvu;
- sodelovanje z ostalimi z zdravjem povezanimi ustanovami itd.

Delovni pogoji, pod katerimi delujejo zaposleni v patronažnem varstvu v Veliki Britaniji so sledeči (Health visitor, 2012):

- plača začetnika se giblje med £24.831 in £33.436 letno;
- vodja patronažne službe in specialist patronažnega varstva lahko zasluži do £39.273 letno;
- delovni čas zaposlenih je od 9.00 do 17.00;
- delo poteka na domovih oskrbovancev;
- število zaposlenih moških v tej dejavnosti je manjše od števila žensk;
- zaposleni ne nosijo uniform, predpisano imajo kodo oblačenja, kar pomeni, da večina zaposlenih nosi udobna oblačila;
- delo z družino, majhnimi otroci in starostniki je lahko zelo stresno in predstavlja vedno nove izzive.

2.4 Zasebna patronažna dejavnost

Patronažno dejavnost lahko v Sloveniji izvajajo javni zavodi ali pa je zasebna dejavnost, ki se jo izvaja na podlagi podeljene koncesije.

Glavne prednosti zasebne patronažne dejavnosti so v mnogih pogledih zagotavljanje kvalitetnejših storitev in boljše oskrbe bolnikov na domu. Zasebna PMS se varovancem lahko bolj posveti in jih po potrebi obišče tudi ob sobotah ali nedeljah. Dosegljiva je tudi po telefonu, kar ji omogoča pristnejšo komunikacijo. Dnevno opravi obiske bolnikov na domu

preventivnega značaja ali zdravstvene nege po naročilu osebnega zdravnika. Njeno delo kontrolirajo ZZZS, sanitarna inšpekcija in pristojno ministrstvo. Na ta način je zagotovljen nadzor nad njihovim delom, ki je tako učinkovito in prispeva k stalnemu izboljševanju kakovosti dela (Mlakar, 2007, str. 12).

Večina PMS kot glavni razlog za samostojno zdravstveno dejavnost navaja možnost samostojnega dela. Hkrati menijo, da prehod v zasebnštvo omogoča ugodnejši delovni čas, boljši zaslužek in večjo možnost razpolaganja s finančnimi sredstvi. Veliko se jih za prehod v samostojno zdravstveno dejavnost odloči tudi zaradi slabih odnosov na prejšnjem delovnem mestu (Luzar, 2009, str. 32).

Razlogi za samostojno zdravstveno dejavnost so sledeči (Molan, 2006a):

- slabi medsebojni odnosi v javnem zavodu;
- slaba organizacija dela;
- nepriznanje dela in nepravilno nagrajevanje dela;
- neenakomerno obremenjevanje zaposlenih;
- neracionalna poraba denarja, namenjenega za patronažno dejavnost;
- prilagajanje zasebnikovega delovnega časa potrebam bolnikov;
- organizacija dela po lastnih željah in željah ter potrebah bolnikov, fleksibilen delovni čas, možnost obiska bolnika tudi ob sobotah ali nedeljah;
- samostojno odločanje o investicijah v opremo in potreben material in
- samostojno odločanje o strokovnem izobraževanju.

Vrbnjakova (2007, str. 20) je mnenja, da zasebne PMS ne morejo nuditi vseh storitev v primerjavi s PMS, ki so zaposlene v javnem zavodu. Pravi, da je sama pristaš organiziranega zdravstvenega sistema, ki lahko vključuje tudi zasebnštvo. Vendar pa mora biti zasebnštvo ustrezno organizirano, dogovori o medsebojnem sodelovanju morajo biti jasni, pacienti v zasebnem sektorju pa morajo imeti enako obravnavo kot v javnem zdravstvu. Navaja primer, da koncesionarke ne morejo nuditi vseh storitev, ki jih pacient dobi v javnem zdravstvenem zavodu. Če pacient želi fizioterapijo, jo mora plačati, v zdravstvenem domu pa jo dobi v okviru storitev patronažnega varstva. Navadno zasebne PMS prevzamejo večje terensko območje in prevzamejo v oskrbo večje število prebivalcev kot to določa delovni normativ, kar lahko povečuje njihovo obremenjenost in prinaša pacientom slabšo zdravstveno oskrbo. Hkrati pa meni tudi, da so sredstva, ki jih zasebnice dobijo od ZZZS, prenizka, da bi uspele zagotoviti nabavo enako kvalitetnega materiala za oskrbo pacienta, kot to zagotavljajo zdravstveni domovi. Po njenem mnenju je slabost dela zasebne PMS tudi ta, da ta ne more redno hoditi na strokovna izpopolnjevanja, ker mora ves čas skrbeti za svoje varovance. Obiske izvajajo tudi ob sobotah in nedeljah, kar posledično lahko vodi v izgorevanje zasebnice oziroma se začne prekomerno delo odražati v slabši kakovosti obravnave posameznega varovanca.

2.4.1 Financiranje zasebnega patronažnega varstva

Kot sem že omenila, imajo zasebnice z ZZZS sklenjeno pogodbo, ki določa letni obseg dela. Letni plan za eno koncesijo predvideva 16.457 točk, ki jih mora zasebnica opraviti z obiski na domu pacientov (Žajdela, 2002, str. 25). Na spletni strani ZZZS najdemo podatke o ceni ene točke, ki se med letom spreminja in je za obdobje od 1. 7. 2011 znašala 2,30 €, kar pomeni, da če plan 16.457 točk pomnožimo z 2,30 €, dobimo znesek 37.851,10 € letno. Znesek se ne spremeni, tudi če PMS opravi več ali manj kot 16.457 predpisanih točk (Ceniki ter plan in realizacija zdravstvenih storitev, 2011). Če ta znesek delimo z 12 meseci, dobimo znesek 3.154,30 €, ki zasebnici pripada mesečno in iz katerega krije vse stroške, ki z njeno dejavnostjo nastanejo.

2.4.2 Stroški delovanja zasebne patronažne medicinske sestre

Enkratni stroški ob vstopu PMS v zasebno patronažno dejavnost, ki jih krije iz predhodnega nakazila ZZZS, so (Molan, 2006b, str. 4):

Stroški ob vstopu v zasebno patronažno dejavnost:

- stroški povezani z odprtjem podjetja (odprtje poslovnega bančnega računa, vpis v Ajpes in register poslovnih oseb, opravljen izpit iz Varstva pri delu, zdravniški pregled z oceno tveganja);
- nakup računalnika, tiskalnika, pisarniškega materiala, štipiljke;
- računalniški program za obračunavanje storitev v patronažni dejavnosti (programi podjetij Nova Vizija, d. d., List, d. o. o., Src Infonet, d. o. o., in trenutno najbolj pogosto uporabljen program Patronaža podjetja Audax, d. o. o., ki ga uporablja kar polovica zasebnih PMS);
- oprema delovnega prostora (nakup kartotečnih omar, poskrbljeno mora biti za njihovo požarno varnost, omare za hranjenje materiala, pisalna miza);
- torba za prenašanje materiala po terenu;
- tehtnica za tehtanje novorojenčkov;
- aparat za merjenje krvnega tlaka in krvnega sladkorja;
- posode za hranjenje odpadkov, vrečke za hranjenje odpadkov;
- sklenitev naročniškega razmerja za telefon ter
- sklenitev naročniškega razmerja za internetne storitve.

Mesečne stroške zasebna PMS krije iz naslova mesečne glavarine ZZZS v višini 3.154,30 €. Stroški so razdeljeni v štiri skupine (Molan, 2006b, str. 4):

Administrativni stroški:

- računovodske storitve;

- mesečni račun stroškov telefona, interneta;
- zavarovanje poklicne odgovornosti (enkrat letno);
- vpisni kartoni in
- storitve programske hiše (skrb za program, s katerim zasebnice obračunavajo storitve, ki jih opravljajo, ter izdelava mesečnega obračuna storitev, ki ga morajo zasebnice poslati na ZZZS).

Potni stroški:

- prva možnost je nakup osebnega avtomobila kot pravna oseba (uveljavljanje računov goriva kot stroškov prevoza);
- druga možnost pa je nakup osebnega avtomobila kot fizična oseba (uveljavljanje plačila dnevno opravljene kilometrine na terenu).

Materialni stroški:

- nabava materiala za potrebe dela (nakup materiala na podlagi katalogov proizvajalcev, prilagojenih posebej zasebnim PMS; prednost pred javnimi zavodi je v smislu tega, da zasebnice niso vezane na razpis in lahko kupijo cenovno ugodnejši, a še vedno kvaliteten material).

Ostali stroški:

- odvoz odpadnega materiala in odpadkov (podjetje Mollier, d. o. o., Celje);
- izplačilo letnega regresa;
- kotizacije za seminarje;
- članarine Zbornici – Zvezi, Združenju ZPMS in
- paket za pokojninsko, zdravstveno in socialno zavarovanje.

Če od mesečne glavarine odbijemo vse navedene stroške, dobimo znesek za izplačilo neto plače zasebne PMS. Ob zaprositvi za pridobitev koncesije iz področja patronažne dejavnosti bodoči zasebnici ni potrebno predložiti izdelanega poslovnega načrta (Molan, 2006b, str. 4).

2.4.3 Pogoji delovanja zasebne patronažne medicinske sestre

Na spletnem naslovu Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester najdemo podatke o poslovnem prostoru zasebne PMS. Zasebne PMS imajo sedež velikokrat izven matičnega zdravstvenega doma, in sicer večinoma na svojem domu. Delo PMS, torej tudi tistih, ki so zaposlene v javnem zavodu, in tistih, ki svojo dejavnost opravljajo na domu, poteka izključno na domovih pacientov. V zasebni patronažni dejavnosti je poslovni prostor namenjen uradnemu sedežu dejavnosti, ki zahteva registracijo opravljanja dejavnosti, shranjevanje in beleženje dokumentacije ter skladiščenje materiala, hkrati pa mora biti zagotovljeno tudi

začasno skladiščenje odpadkov, ki nastanejo pri opravljanju dejavnosti. Zasebna PMS mora zagotavljati skladnost svojega delovanja in opreme z zakonodajo o varovanju osebnih podatkov in preprečevanju širjenja okužb. Prav tako tudi sodelovanje z zdravniki oziroma naročniki patronažnih obiskov ni zaradi sedeža dejavnosti PMS izven zdravstvenega doma prav nič ovirano, saj zasebnice redno prihajajo v pristojni zdravstveni dom po delovne naloge, na konzultacije z zdravniki, v laboratorij, na posvete z drugimi službami in podobno. V uradnem delovnem času so zasebnice dosegljive na mobilni telefon, kadar so na sedežu dejavnosti, pa tudi na stacionarnega (Poslovni prostor zasebne patronažne medicinske sestre, 2007).

2.4.4 Prihodnji razvoj zasebne patronažne zdravstvene nege

Zadnja leta v veliki meri zaznamujejo poslabšanje zdravstvenega stanja, kar je posledica demografskih značilnosti v smislu večanja deleža prebivalstva, starejšega od 60 let. Narašča število revnih, socialno-ekonomske značilnosti prebivalstva pa se slabšajo. Vsi zgoraj naštetih dejavniki vodijo v vse večje potrebe po zdravstvenih storitvah. Podlaga za to je mreža javne zdravstvene službe, v kateri enakopravno sodelujejo javni zdravstveni zavodi in zasebni koncesionarji. Koncesijo lahko pridobijo vsi zdravstveni profili v mreži javne zdravstvene službe, med njimi tudi PMS. Zasebna patronažna zdravstvena nega omogoča razvoj patronažne dejavnosti, kajti namen vseh PMS je osvoboditi se ovir in se razvijati v avtonomni in profesionalni dejavnosti zdravstvene nege. Za pridobitev koncesije iz patronažne dejavnosti je potrebno soglasje komisije za izdajo dovoljenja za zasebno delo Zbornice zdravstvene nege Slovenije, ki je opredelila naslednje naloge zasebne PMS (Žajdela, 2002, str. 21):

- zdravstvena nega bolnika na domu;
- celovita patronažna dejavnost;
- organizacija službe pomoči bolnika na domu;
- izvajanje zdravstveno-vzgojne dejavnosti ter
- svetovanje, organizacija in izvajanje izobraževalnih programov s področja zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje s poudarkom na promociji zdravja.

Na slabšanje kakovosti storitev zdravstvene nege v prvi vrsti vplivajo zmanjševanje kadrovskega normativov, povečevanje obremenitev PMS, vedno večje odgovornosti PMS ter vedno ostrejša zahteva po uspešnosti in učinkovitosti dela PMS. Vsekakor pa bodo spremenjena demografska slika v smeri staranja prebivalstva, sprememba vzorcev bolezni, vedno krajše ležalne dobe v bolnišnicah in večji obseg dela na bolnikovem domu v prihodnje močno vplivali na kakovost patronažne zdravstvene nege. Potrebe po zasebnih PMS bodo v prihodnje vedno večje. Problem se kaže v primeru opravičene odsotnosti zasebne PMS v primeru bolezni in izobraževanja, ko mora PMS najti ustrezno strokovno podkovanu zamenjavo za njeno delo, kar je v določenih primerih lahko problem zaradi pomanjkanja ustreznega kadra. Posledično na področje patronažne zdravstvene nege posegajo druge službe,

ki sicer pravno nimajo pravice za izvajanje patronažne zdravstvene dejavnosti (Žajdela, 2002, str. 21).

Cilj zasebne patronažne zdravstvene nege je, da kakovostno in učinkovito obravnava bolnike. Letni program storitev zasebne patronažne zdravstvene dejavnosti, ki je določen po pogodbi z ZZZS za pogodbeno leto, obsega 16.457 točk. En obisk zasebne PMS je vrednoten s 13,70 točk, kar znaša 1.202 obiska letno. Tudi v primeru, da plačnik storitev zdravstvene nege ni ZZZS, je za presežek storitev potrebno poiskati finančna sredstva iz drugih virov. V prihodnosti je nujno potrebno razmišljati o novih in drugačnih možnostih financiranja že obstoječih in novih programov. Bistvo zasebne patronažne zdravstvene nege je v spremljanju povpraševanja bolnikov po njihovih storitvah na terenu in tako prisluhniti bolnikom. Ponekod v razvitih državah sveta je ključ uspeha zdravstvene nege v motiviranju, stimuliranju in navdušenju nad rezultati dela. PMS je ključni dejavnik organizacije zasebne patronažne zdravstvene nege, je koordinatorka med bolnikom, njegovo družino in zdravnikom. Naloga vsake PMS je izdelava dnevnega načrta izvajanja storitev zdravstvene nege, kar znaša povprečno 6 obiskov dnevno glede na letni plan 1.202 obiskov.

V prihodnosti naj bi se zdravstveno stanje ljudi, starejših od 65 let, vztrajno in nenehno izboljševalo. Ta cilj je dosegljiv tudi z zagotovitvijo ustreznih zdravstvenih storitev in različnih oblik podpore iz okolja, ki stare ljudi spodbuja k drugačnemu in boljšemu načinu življenja. V prihodnosti je potrebno zasebno patronažno zdravstveno nego organizirati glede na potrebe bolnikov, katerim je potrebno zagotoviti kvalitetno zdravstveno nego. Podeljevanje koncesij iz patronažnega varstva je trenutno v največji meri v političnih rokah. Nekateri organi, kamor kandidatke pošiljajo vloge za pridobitev koncesije, so bolj poslušni kot drugi. Podeljevanje koncesij se razlikuje tudi glede na regijo, v kateri naj bi kandidatka opravljala zasebno dejavnost. Trenutno je v Združenju zasebnih patronažnih medicinskih sester 84 PMS, v Sloveniji pa skupaj okoli 100. Koncesije so bile podeljene zelo neenakomerno in jih je tako največ v okolici Maribora. Kakšen bo trend podeljevanja koncesij je v veliki meri odvisno od organov v državi, ki tovrstne prošnje sprejemajo in obravnavajo. Pogoji, ki so ga Komisiji za zasebno delo dodale zasebne PMS, je ta, da mora imeti vsaka bodoča zasebna PMS vsaj pet let delovnih izkušenj v zdravstveni negi, od tega zadnja tri leta v patronažni dejavnosti (Žajdela, 2002, str. 28).

2.4.5 Delo zasebne patronažne medicinske sestre

Kunstičeva (2008, str. 26) povzema ključne ugotovitve ankete, ki jo je izvedla na temo zadovoljstva zasebnih PMS pri njihovem delu. Cilj anketiranja zasebnih PMS je bil ugotoviti način delovanja ter stopnjo zadovoljstva pri opravljanju svojega dela. Po pošti je bilo poslanih 80 anket, na njih je odgovorilo 58 zasebnih PMS. Kunstičeva je anketirankam postavila različna vprašanja, povezana z njihovim delom v zasebnem patronažnem varstvu.

V zasebnem patronažnem varstvu so zaposlene le ženske, in sicer je kar tri četrtine starih med 41 in 60 let. Skoraj vse, razen ene, imajo zaključeno višjo oziroma visoko stopnjo izobrazbe. Skoraj vse anketiranke kot razlog za samostojno zdravstveno dejavnost navajajo možnost samostojnega dela, ugodnejši delovni čas, boljši zaslužek in tudi večjo možnost razpolaganja s finančnimi sredstvi. Razlog za odhod zaposlenih iz podjetja v zasebno dejavnost je velikokrat premajhna samostojnost pri delu, premalo posluha za njihov strokovni razvoj, nedodelan sistem nagrajevanja, neustrezno vodenje itd. Zasebne PMS delajo večinoma v dopoldanskem času, na potrebe strank pa tudi popoldne, v nedeljo in med prazniki. V primeru bolniškega dopusta ali rednega letnega dopusta jih največkrat nadomešča zasebna PMS.

Anketiranke se zavedajo pomembnosti zavarovanja odgovornosti in pravne zaščite, zato je večina zavarovanih za poklicno odgovornost. Le polovica vprašanih je zadovoljnih z obstoječo pogodbo med njimi in ZZZS, glavne možnosti za spremembe pa vidijo v večjem finančnem vrednotenju dela.

Rezultati ankete so pokazali, da vse razen ene zasebne PMS presežejo plan patronažnih storitev v okviru pogodbe z ZZZS, presežka plana patronažnih storitev pa ne dobijo plačanega.

Zasebne PMS praviloma nimajo zaposlenega nobenega zdravstvenega delavca. Povezujejo se z drugimi člani zdravstvenega tima, s socialnimi delavci in osebnimi zdravniki, po potrebi pa tudi s specialističnimi ambulantami, porodnišnico in domovi za ostarele.

Večina zasebnic se redno izobražuje in udeležuje strokovnih srečanj, ki jih organizirata Zbornica zdravstvene nege ter druge organizacije.

Zasebne PMS navajajo veliko prednosti zasebne patronažne dejavnosti, predvsem v obliki samostojnejšega dela in večjega osebnega zadovoljstva. Največja slabost je manjša socialna varnost.

Zasebne PMS so kritične do svojega dela. Na strokovnem nivoju želijo urediti standarde patronažne zdravstvene nege, povečati interdisciplinarno sodelovanje ter izboljšati sodelovanje z ustanovami, ki odpuščajo bolnike na dom. Vse anketiranke, razen ene, bi se za zasebno patronažno dejavnost odločile ponovno.

3 PREGLED PODELJENIH KONCESIJ V PATRONAŽNEM VARSTVU

3.1 Postopek podeljevanja koncesij v patronažnem varstvu

V nadaljevanju bom predstavila »pot do koncesije« za zasebno patronažno dejavnost, kot jo urejajo trenutno veljavni predpisi.

ZZDej (Ur. l. RS, št. 23/2005-UPB2) je osnovni predpis, ki v Sloveniji ureja področje zasebnega zdravstva. Patronažni obiski in zdravstvena nega sodijo na podlagi 7. člena omenjenega zakona v osnovno zdravstveno dejavnost, ki jo lahko po 8. členu opravljajo tudi zasebni zdravstveni delavci. Pogoj za kandidatke za zasebno patronažno dejavnost je ta, da morajo te že prej delati na področju patronažnega varstva, ker širitev javne mreže ni možna, razen v primeru sklepa pogodbenih partnerjev za dogovore z ZZZS. Potrebno je preiti neposredno iz javnega v zasebni sektor. Zasebni zdravstveni delavec lahko opravlja zasebno zdravstveno dejavnost, če (Kranjc, 2006):

- ima zahtevano izobrazbo, končano pripravništvo in strokovni izpit (za patronažno dejavnost je potrebna najmanj višja zdravstvena šola za polivalentno patronažno službo, samo za nego na domu oziroma kurativne obiske pa je dovolj srednja zdravstvena šola);
- ni v delovnem razmerju (pogoj za sklenitev pogodbe z ZZZS in stalen vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev);
- mu ni s pravnomočno sodbo prepovedano opravljanje poklica (pridobljeno potrdilo ne sme biti starejše od treh mesecev);
- ima zagotovljene ustrezne delovne prostore, opremo in po potrebi kader (za patronažno dejavnost je potreben le ustrezen sedež dejavnosti) ter če
- pridobi mnenje pristojne zbornice ali strokovnega združenja (za patronažno dejavnost je potrebno pozitivno mnenje Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije).

Na začetku poti mora PMS za zasebno opravljanje patronažne dejavnosti poslati tri vloge, in sicer na:

1. Ministrstvo za zdravje;
2. občino ter na
3. Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije.

O njihovi končni odločitvi so omenjene institucije dolžne obvestiti kandidatko.

Ministrstvo za zdravje vodi register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki vsebuje osebne podatke zdravstvenega delavca, izobrazbo, vrsto dejavnosti, sedež in obseg dejavnosti ter datum začetka opravljanja dejavnosti. PMS mora na sedež MZ poslati vlogo za začasn vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev in ji priložiti vsa zgoraj navedena dokazila in

podatke. Za stalen vpis v register, ki je pogoj za začetek dela, je potrebno predložiti potrdilo prejšnjega delodajalca, ki dokazuje, da kandidatka ni v delovnem razmerju. Koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti z odločbo podeli mestni ali občinski organ, pristojen za zdravstvo, s soglasjem MZ. Med samim postopkom odločanja mora občina pridobiti mnenje ZZZS in pristojne zbornice.

Na občino, kjer želi kandidatka opravljati dejavnost (oddelek za družbene dejavnosti), je potrebno poslati vlogo za podelitev koncesije. Oblika vloge s predpisi ni določena, je pa priporočljivo, da se poleg osebnih podatkov, področja dela in izobrazbe, vključi še razlog, zakaj kandidatka želi pridobiti koncesijo na izbranem področju in prednosti zasebne patronažne dejavnosti, kot jih vidi sama.

Na Komisijo za zasebno dejavnost pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije je potrebno nasloviti vlogo za pridobitev mnenja o podelitvi koncesije, kateri je potrebno predložiti (Kranjc, 2006):

- vlogo, v kateri je navedeno področje zdravstvene ali babiške nege;
- kraj, v katerem želi kandidat opravljati zasebno zdravstveno dejavnost na področju zdravstvene ali babiške nege;
- sedež dejavnosti;
- dokazila o kvalifikaciji, strokovni izobrazbi in usposobljenosti;
- življenjepis s poudarkom na strokovnem razvoju;
- dokazila o strokovnem izpopolnjevanju v zadnjih treh letih;
- dokazila o dodatni usposobljenosti za ožje strokovno področje;
- rojstni list;
- potrdilo o državljanstvu;
- potrdilo o znanju slovenskega jezika ter
- potrdilo o nekaznovanosti, ki ne sme biti starejše od treh mesecev od dneva izdaje.

Za polivalentno patronažno dejavnost so potrebni najmanj višja izobrazba (za nego na domu pa zadostuje srednja izobrazba) ter dokazilo o strokovnem izpitu in pet let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege, od tega zadnja tri leta na področju patronažne dejavnosti. Potrdilo o nekaznovanosti izda sodišče. V vseh vlogah je kot področje opravljanja dejavnosti potrebno navesti (Kranjc, 2006):

- zdravstveno nego in oskrbo pacienta na njegovem domu;
- zdravstveno nego in oskrbo pacienta v delovnih prostorih izvajalca zdravstvenih storitev;
- babiško nego;
- patronažno dejavnost;
- organiziranje službe zdravstvene in babiške nege ter službe pomoči pacientu na domu;
- organiziranje in izvajanje zdravstvene vzgoje, svetovanja in izobraževalnih programov iz področja zdravstvene ali babiške nege ter
- izvajanje pedagoškega dela.

Komisija za zasebno dejavnost kandidatko za zasebno patronažno dejavnost pred izdajo mnenja povabi na razgovor. Kandidatka mora podpisati izjavo o upoštevanju strokovnih smernic in kodeksa etike. Po poslanih vlogah na omenjene tri organe postopek vodi pristojna občina. Občina mora pridobiti soglasje MZ in pozitivni mnenji Zbornice – Zveze in ZZZS za podelitev koncesije. Občina vodi postopek na podlagi Zakona o splošnem upravnem postopku. V skladu s tem zakonom mora občina o vlogi kandidatke odločiti v dveh mesecih. Občina ima po trenutno veljavni zakonodaji pri podeljevanju koncesij možnost proste presoje in koncesije ni dolžna podeliti tudi, če kandidatka izpolnjuje vse pogoje, in tudi, če so vsa mnenja pozitivna. Občina je torej ključni organ v verigi podeljevanja koncesije. V primeru, da se odloči za podelitev koncesije, izda odločbo o podelitvi koncesije, ki v 15-ih dneh po prejemu postane pravnomočna in takrat občina kandidatki v podpis ponudi pogodbo o koncesiji. S pogodbo o koncesiji koncendent in koncesionar uredita razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe in pogoje za opravljanje javne službe. S pogodbo se določijo (Kranjc, 2006):

- vrsta zdravstvene dejavnosti;
- obseg izvajanja javne službe;
- začetek izvajanja koncesije;
- rok za odpoved koncesije ter
- sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja koncendent.

V enem letu po podpisu pogodbe o koncesiji mora kandidatka začeti z delom po pogodbi z ZZZS. Prijaviti se mora na razpis ZZZS, ki je navadno enkrat letno. V določenem roku po objavi razpisa mora kandidatka na ZZZS poslati prijavo na razpis z vsemi potrebnimi dokazili (odločba in pogodba o koncesiji, dokazilo o prenehanju delovnega razmerja pri prejšnjem delodajalcu, številka ZZZS in številka izvajalca na območnem zavodu za zdravstveno dejavnost). Posebno pozornost je potrebno nameniti pogojem za prenehanje delovnega razmerja. Delovno razmerje kandidatka lahko preneha sporazumno po dogovoru, če se delodajalec (npr. zdravstveni dom) s tem strinja. Delodajalec lahko vztraja na rednem odpovednem roku, kot ga opredeljujeta Zakon o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 42/2002) in kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi. Redni odpovedni rok za višje oziroma diplomirane medicinske sestre je 3 mesece, za srednje medicinske sestre pa 2 meseca. Ko kandidatka prejme dokazilo o prenehanju delovnega razmerja in vse navedene dokumente, lahko podpiše pogodbo z ZZZS. Na MZ pošlje vlogo za stalni vpis v register zasebnih zdravstvenih delavcev, kar je pogoj za začetek opravljanja zasebne dejavnosti iz patronaže (Kranjc, 2006).

Kandidatkinu pot do koncesije za zasebno patronažno dejavnost poleg zgoraj naštetih organov spremljata še Poslovnik o delu komisije za zasebno dejavnost in Pravilnik o izdaji mnenj za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene nege.

3.2 Analiza podeljevanja koncesij na področju patronažne dejavnosti

V prvem delu analize bom na osnovi podatkov, pridobljenih iz Zdravstvenega statističnega letopisa Inštituta za varovanje zdravja, prikazala, kako se je gibal število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu in zdravstveni negi med leti 2005 in 2009. Tabelarično bom prikazala gibanje števila zasebnih izvajalcev v omenjenem obdobju in v besedilu opisala gibanje števila podeljenih koncesij po regijah v dveh zaporednih letih skozi preučevano obdobje, na koncu pa bom še grafično prikazala gibanje števila zaposlenih v zasebni patronažni dejavnosti skozi celotno proučevano obdobje. Prikazala bom tudi, kdaj je bila zaposlenost v zasebnem patronažnem varstvu najvišja, najnižja in kako se je v preučevanem obdobju razvijala (Polivalentna patronažna dejavnost, 2005-2009).

Iz Tabele 4 je razvidno, da je število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu v Republiki Sloveniji med leti 2005 in 2009 naraslo iz 66 na 99 zaposlenih, kar predstavlja povečanje števila zaposlenih za 50 %. Med letoma 2005 in 2006 se je število zaposlenih povečalo za 24 zaposlenih oziroma 36 %. V pomurski regiji beležimo povečanje števila zaposlenih za 50 %, v podravski regiji povečanje za 144 %, v savinjski regiji povečanje za 60 %, v jugovzhodni Sloveniji se je število zaposlenih povečalo za 50 %, v osrednjeslovenski regiji za 55 %, v ostalih regijah pa ni prišlo do sprememb števila zaposlenih. Opažamo trend naraščanja števila zaposlenih v tej dejavnosti v omenjenem obdobju.

Tabela 4: Zasebni izvajalci v patronažnem varstvu in zdravstveni negi po regijah med leti 2005 in 2009

ZDRAVSTVENA REGIJA/LETO	2005	2006	2007	2008	2009
POMURSKA	2	3	4	4	2
PODRAVSKA	9	22	25	26	25
KOROŠKA	0	0	1	1	1
SAVINJSKA	5	8	10	11	10
ZASAVSKA	4	4	4	4	4
SPODNJEPOSAVSKA	12	12	12	12	14
JUGOVZHODNA SLOVENIJA	2	3	5	6	6
OSREDNJSLOVENSKA	11	17	15	15	17
GORENJSKA	14	14	15	15	14
NOTRANJSKO-KRAŠKA	1	1	1	1	1
GORIŠKA	1	1	1	1	1
OBALNO-KRAŠKA	5	5	5	4	4
SKUPAJ RS	66	90	98	100	99

Vir: Zdravstveni statistični letopis, Polivalentna patronažna dejavnost, 2005–2009.

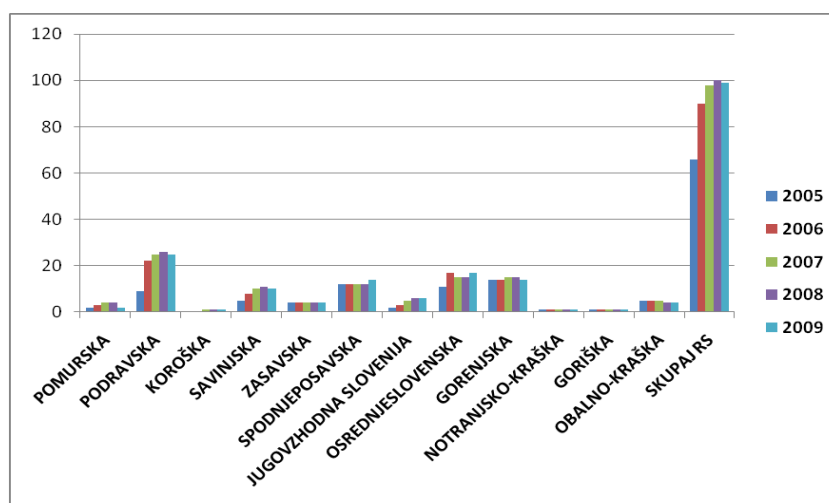
Med letoma 2006 in 2007 se je število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu povečalo za 8 zaposlenih oziroma 9 %. V pomurski regiji beležimo povečanje števila zaposlenih za 33 %, v podravski regiji povečanje za 14 %, koroška regija beleži prvega zaposlenega v zasebnem patronažnem varstvu, v savinjski regiji beležimo povečanje za 25 %, v jugovzhodni Sloveniji se je število zaposlenih povečalo za 67 %, v osrednjeslovenski regiji se je zmanjšalo za 12 %, v gorenjski regiji se je povečalo za 7 %, v ostalih regijah pa ni prišlo do sprememb števila zaposlenih. Opažamo trend naraščanja števila zaposlenih v tej dejavnosti v omenjenem obdobju.

Med letoma 2007 in 2008 beležimo rahlo povečanje števila zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu v Republiki Sloveniji, in sicer za 2 zaposlena oziroma 2 %. V podravski regiji beležimo povečanje števila zaposlenih za 4 %, v savinjski regiji povečanje za 10 %, v jugovzhodni Sloveniji se je število zaposlenih povečalo za 20 %, v obalno-kraški regiji zmanjšalo za 20 %, v ostalih regijah pa ni prišlo do sprememb števila zaposlenih. Opažamo trend naraščanja števila zaposlenih v tej dejavnosti v omenjenem obdobju.

Število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu v Republiki Sloveniji se je med letoma 2008 in 2009 zmanjšalo za 1 zaposlenega oziroma 1 %. V pomurski regiji beležimo zmanjšanje števila zaposlenih za 50 %, v podravski regiji zmanjšanje za 4 %, v savinjski regiji zmanjšanje za 9 %, v spodnjeposavski regiji se je število zaposlenih povečalo za 17 %, v osrednjeslovenski regiji za 13 %, gorenjska regija beleži zmanjšanje števila zaposlenih za 7 %, v ostalih regijah pa ni prišlo do sprememb števila zaposlenih. Opažamo trend padca števila zaposlenih v tej dejavnosti v omenjenem obdobju.

Slika 1 prikazuje gibanje števila zasebnih izvajalcev v patronažnem varstvu in zdravstveni negi po regijah med leti 2005 in 2009.

Slika 1: Gibanje števila zasebnih izvajalcev v patronažnem varstvu in zdravstveni negi po regijah od leta 2005 do 2009



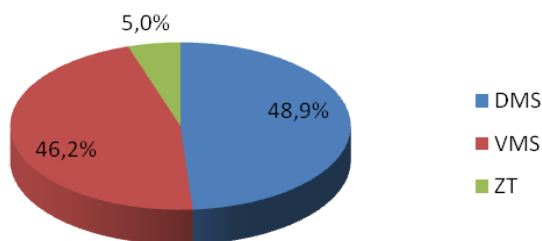
Vir: Zdravstveni statistični letopis, Polivalentna patronažna dejavnost, 2005–2009.

Slika 1 nakazuje trend porasta števila zaposlenih v proučevanem obdobju v zasebni patronažni dejavnosti med leti 2005 in 2008 ter rahel padec števila zaposlenih v zadnjem letu proučevanega obdobja, to je leta 2009. Število zaposlenih je med leti 2005 in 2008 naraslo iz 66 na 100 zaposlenih, kar predstavlja povečanje za 52 %, v zadnjem letu pa je padlo na 99 zaposlenih. Število zaposlenih je v pomurski regiji med leti 2005 in 2009 rahlo variiralo in na koncu ostalo enako, v podravski regiji se je povečalo za 178 %, v koroški regiji za 100 %, v savinjski regiji za 100 %, v zasavski je skozi celotno proučevano obdobje ostalo enako, v spodnjeposavski se je povečalo za 17 %, v jugovzhodni Sloveniji za 200 %, v osrednjeslovenski regiji za 55 %, v gorenjski, v notranjsko-kraški in v goriški regiji je število zaposlenih ostalo enako, v obalno-kraški pa se je zmanjšalo za 20 %.

V drugem delu analize podeljevanja koncesij iz področja zasebne patronažne dejavnosti bom uporabila podatke iz dokumenta Inštituta za varovanje zdravja (Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, januar 2010). Prikazala bom razporeditev podeljenih koncesij v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v deležih in v absolutnih številkah za obdobje januar 2010.

Slika 2 prikazuje število podeljenih koncesij v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah v januarju 2010.

Slika 2: Koncesije v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah, januar 2010 (v %)



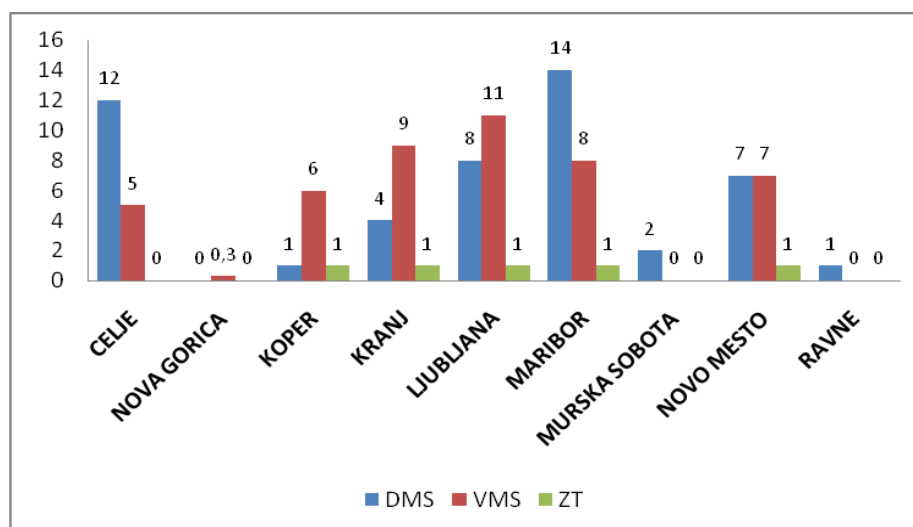
Legenda: *DMS – diplomirana medicinska sestra; VMS – višja medicinska sestra; ZT – zdravstveni tehnik

Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 34.

Rezultati kažejo, da na osnovi sklenjene koncesijske pogodbe v patronažnem varstvu Slovenije delo opravlja 12,2 % zaposlenih od skupno 819 zaposlenih v tej dejavnosti. Delo na podlagi koncesije tako opravlja 49 DMS, 46 VMS in 5 ZT, kar je 100 zaposlenih.

Slika 3 prikazuje podatke o podeljenih koncesijah v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah in zdravstvenih regijah v januarju 2010.

Slika 3: Koncesije v patronažnem varstvu Slovenije po poklicnih skupinah in zdravstvenih regijah, januar 2010 (absolutne številke)



Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 34.

Podeljevanje koncesij za področje patronažne dejavnosti je bilo do leta 2010 regijsko zelo različno. V zdravstveni regiji Nova Gorica je delo na podlagi koncesije za področje patronažne dejavnosti opravljala le 0,3 VMS, v zdravstveni regiji Maribor pa je bilo število koncesionark najvišje, saj je delo na podlagi koncesije za področje patronažne dejavnosti opravljalo 14 DMS, 8 VMS in 1 ZT.

4 OCENA POTREB PO ZAPOSLENIH V PATRONAŽNEM VARSTVU IN PO NOVIH KONCESIJAH

V prvem delu četrtega poglavja bom ponovno ocenila delovne normative za PMS. Obstoječi delovni normativ predpisuje, da na eno PMS pripada 2.500 prebivalcev določene regije in da na enega zdravstvenega tehnika pripada 5.000 prebivalcev določene regije. Opravila sem le revizijo delovnih normativov za PMS (po izobrazbi so diplomirane medicinske sestre ali višje medicinske sestre) in ne tudi za zdravstvene tehnike, saj sem imela na podlagi intervjuvanja PMS, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma, dostop le do podatkov o delu diplomiranih ali višjih medicinskih sester, ne pa tudi zdravstvenih tehnikov.

V drugem delu poglavja analize trenutnega števila zaposlenih v patronažnem varstvu po regijah v Sloveniji sem uporabila podatke iz dokumenta Inštituta za varovanje zdravja (Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, januar 2010), ki temeljijo na podatkih iz Evidence o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov – BPI IVZ 16. Za izračun preskrbljenosti prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu so uporabili podatke iz

Centralnega registra prebivalstva RS Ministrstva za notranje zadeve. Upoštevali so stanje o številu prebivalcev Slovenije na dan 31. 6. 2009. Pri izračunu preskrbljenosti prebivalcev določene regije z zaposlenimi v patronažnem varstvu so upoštevali število prebivalcev obravnavane regije in določen delovni normativ o pripadu prebivalcev določene regije na eno PMS in enega zdravstvenega tehnika. Tako sem za vsako zdravstveno regijo najprej prikazala število prebivalcev na enega zaposlenega v patronažnem varstvu, nato pa sem na podlagi omenjenih normativov izračunala potrebno število zaposlenih in njihov primanjkljaj glede na dejansko stanje. Primanjkljaj števila zaposlenih je izražen v negativnih številkah, presežek zaposlenih v posamezni upravni enoti pa zaradi lažje predstave v pozitivnih številkah.

Primanjkljaj zaposlenih v patronažnem varstvu lahko pokrijemo z zaposlitvijo novega kadra v javnem zavodu ali s podelitvijo koncesij. Primanjkljaj, ki ga ugotavljam, je tako zgornja meja smiselnega podeljevanja koncesij na področju patronažnega varstva.

4.1 Revizija delovnih normativov za patronažne medicinske sestre

Področji dela v patronažnem varstvu sta preventivna in kurativna patronažna dejavnost. Preventivna patronažna dejavnost zajema zdravstveno in socialno obravnavo posameznika, družine in socialne skupnosti v vseh obdobjih življenja. Kurativna patronažna dejavnost z nego bolnika na domu zajema izvajanje vseh nalog polivalentne patronažne dejavnosti. V skladu s predpisanim delovnim normativom, naj bi ena PMS oskrbela 2.500 prebivalcev. Ker je ta normativ ključen za oceno potreb po PMS, bom v nadaljevanju ponovno ocenila njegovo ustreznost. Manjkajoče število zaposlenih lahko nadomestimo tudi s podeljevanjem koncesij. Zato je ta manjka tudi pokazatelj potreb po novih koncesijah na tem področju.

V nadaljevanju bom preventivno patronažno zdravstveno varstvo razdelila na šest skupin, znotraj katerih bom časovno ocenila potek preventivnega obiska pri različnih skupinah varovancev. Potek kurativnega obiska in časovno oceno posameznih nalog znotraj kurativnega obiska bom združila v eni tabeli. Podatke o časovni opredelitvi posamezne naloge kot dela patronažnega obiska, sem pridobila na podlagi intervjuvanja PMS, zaposlenih v patronažni enoti določenega zdravstvenega doma v Sloveniji.

Preventivno patronažno zdravstveno varstvo obsega:

- I. Šest patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri slepih in slabovidnih materah

Prva skupina preventivne patronažne dejavnosti zajema šest obiskov pri novorojenčku in dojenčku.

Tabela 5: Časovni potek preventivnega obiska pri novorojenčku

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
NOVOROJENČEK	
- Priprava babiške torbe (material)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Pregled odpustne dokumentacije iz porodnišnice	5
- Podatki o družinskih članih (Patronažni karton družine)	5
Obisk novorojenčka (na 1. obisku: oskrba popka, zdravstvena vzgoja o umivanju novorojenčka, zdravstvena nega kože in lasišča, oblačenje novorojenčka, pristavitev otroka k dojki, podiranje kupčka, položitev novorojenčka v posteljico; na ponovnih obiskih: oskrba popka, pregled kože lasišča, pregled ustne sluznice, ocena mikcije in defekacije, tehtanje novorojenčka, kopanje novorojenčka)	50
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Izpolnitev patronažnega kartona družine (Otroški list)	8
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	5
SKUPNI ČAS OBISKA	94

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Levi stolpec Tabele 5 prikazuje potek nalog preventivnega obiska pri novorojenčku, ki vključujejo pripravo babiške torbe, prevoz na teren, pregled odpustne dokumentacije iz porodnišnice, izpolnitev podatkov o družinskih članih v Patronažnem kartonu družine, opis nalog pri obisku novorojenčka, vrnitev v patronažno službo, izpolnitev patronažnega kartona družine (Otroški list) ter obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS. Potek nalog pri ostalih skupinah varovancev poteka na enak način, vendar z razlikami, ki se dejansko vežejo na posameznega varovanca (npr. opis nalog pri obisku posameznega varovanca). Desni stolpec podaja oceno časa posamezne naloge v minutah. Prevoz na teren in vrnitev v patronažno službo sta časovno relativno kratko ocenjena, saj je predpostavljeno, da sta enota patronažne službe in teren PMS locirana v neposredni bližini.

Ocenjena dolžina preventivnega obiska pri novorojenčku znaša 94 minut. Ta podatek bom uporabila kasneje pri izračunu tehtanega povprečja časa vseh obiskov PMS.

Tabele 6, 7, 8, 9, 10, 11 in 12 v nadaljevanju prav tako prikazujejo potek preventivnega obiska pri različnih skupinah varovancev in časovni potek nalog znotraj obiska, razlikujejo se le v tipu obravnavanega varovanca.

Tabela 6: Časovni potek preventivnega obiska pri dojenčku

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
DOJENČEK	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (navodila glede prehrane in nege zob)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Obisk dojenčka (telesna teža, svetovanje glede nege eventualnih zob, svetovanje glede uvajanja mešane prehrane)	40
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Vpis obiska v patronažni karton družine (Mali in predšolski otrok)	5
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	69

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 6 opisuje časovni potek preventivnega obiska pri dojenčku. Skupni čas preventivnega obiska dojenčka znaša 69 minut.

II. Patronažni obiski pri otroku v drugem in tretjem letu starosti

Tabela 7: Časovni potek preventivnega obiska pri otroku

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
OTROK	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (patronažni karton družine, brošure o oblačilih, čevljih, igračah)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Obisk otroka (telesna teža, informacije o poteku cepljenja, zobeh, prehranjevanju otroka, varstvu otroka)	30
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Vpis obiska v patronažni karton družine (Mali in predšolski otrok)	5
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	59

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Iz Tabele 7 je razviden opis poteka preventivnega obiska pri otroku ter časovna opredelitev posamezne naloge. Skupni čas obiska pri otroku je ocenjen na 59 minut.

III. Dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 5 do 25 let, če so ti v domači oskrbi

Tabela 8: Časovni potek preventivnega obiska pri slepih in slabovidnih

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
SLEPI IN SLABOVIDNI – invalidi	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (patronažni karton družine, brošure o slabovidnosti)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Obisk slepe ali slabovidne osebe (družinska anamneza, stopnja prizadetosti, vpis v šolo za slepe ali slabovidne, vključenost v socialno okolje, merjenje vitalnih znakov)	40
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Vpis obiska v patronažni karton družine (Preventivni patronažni obisk)	10
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	74

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 8 prikazuje opis poteka preventivnega obiska pri slepih in slabovidnih varovancih. Skupna ocena časa posameznih nalog celotnega obiska znaša 74 minut.

IV. Patronažni obisk pri nosečnici in dva patronažna obiska pri otročnici

Četrta skupina preventivne patronažne dejavnosti zajema obisk pri nosečnici in dva obiska pri otročnici.

Tabela 9: Časovni potek preventivnega obiska pri nosečnici

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
NOSEČNICA	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (patronažni karton družine, brošure o nosečnosti)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Obisk nosečnice (merjenje vitalnih znakov, anamneza glede poteka nosečnosti in termina poroda, svetovanje glede zdrave prehrane, gibanja, telovadbe v nosečnosti, priprave pripomočkov in oblačil po rojstvu otroka, materinska šola)	45
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Izpolnitev patronažnega kartona družine (Nosečnica)	10
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	79

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 9 prikazuje časovno oceno posameznih nalog preventivnega obiska nosečnice. Skupni čas obravnave znaša 79 minut.

Tabela 10: Časovni potek preventivnega obiska pri otročnici

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
OTROČNICA	
- Priprava dokumentacije in babiške torbe (patronažni karton družine in vložni list otročnice, brošure o porodu, merilnik tlaka)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Obisk otročnice (osebna anamneza, pregled materinske knjižice, merjenje vitalnih znakov, pregled stanja nosečnice – šivi, čišča, pregled dojk, pristavitev otroka k dojki)	45
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Izpolnitev patronažnega kartona družine (Otročnica)	8
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	77

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Iz Tabele 10 je razviden potek preventivnega obiska pri otročnici in časovna opredelitev posameznih nalog. Skupni čas obiska znaša 77 minut.

V. Dva patronažna obiska zavarovane osebe, stare nad 25 let

Tabela 11: Časovni potek preventivnega obiska pri otročnici

POTEK PREVENTIVNEGA OBISKA PRI RAZLIČNIH SKUPINAH VAROVANCEV	ČAS NALOGE (min)
KRONIČNI BOLNIKI (npr. multipla skleroza)	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (patronažni karton družine in vložni list Preventivni patronažni obisk)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Podatki o bolniku in družinskih članih (patronažni karton družine)	5
- Obisk osebe z multiplo sklerozo (osebna anamneza, ocena zdravstvenega stanja, merjenje vitalnih znakov, ocena gibalne zmožnosti bolnika, pomoč pri osebni higieni – negovalka oziroma svojci, članstvo v društvu bolnikov z multiplo sklerozo)	50
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Vpis obiska v patronažni karton družine (Preventivni patronažni obisk)	10
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	89

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 11 prikazuje potek preventivnega obiska pri kroničnih bolnikih (starostniki, duševni bolniki, diabetiki, bolniki s tuberkulozo, bolniki z rakom, bolniki s kisikom itd.), ki je časovno ocenjen na skupno 89 minut.

VI. Programirana zdravstvena vzgoja

Tabela 12: Časovni potek preventivnega obiska zdravstvene vzgoje v lokalni skupnosti

ZDRAVSTVENA VZGOJA V LOKALNI SKUPNOSTI	ČAS NALOGE (min)
UPOKOJENEC (meritev vitalnih znakov, krvnega sladkorja in holesterola)	
- Priprava patronažne torbe (merilec tlaka, aparat za merjenje krvnega sladkorja in holesterola)	5
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Potek dela (merjenje vitalnih znakov, merjenje krvnega sladkorja, merjenje holesterola, zdravstvena vzgoja glede prehrane in gibanja, opustitev kajenja in uživanja alkohola)	15
- Vrnitev v patronažno službo	8
SKUPNI ČAS OBISKA	36

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 12 prikazuje storitve programirane zdravstvene vzgoje, ki se jih ne obračunava v informacijskem sistemu IRIS, ker so del prostovoljne patronažne dejavnosti in jih zato nisem upoštevala pri nadaljnjih izračunih.

Potek kurativnega obiska patronažne dejavnosti in časovna ocena posameznih nalog znotraj obiska, je prikazan v Tabeli 13.

Tabela 13: Časovni potek kurativnega obiska

POTEK KURATIVNEGA OBISKA	ČAS NALOGE (min)
KURATIVNI OBISK	
- Priprava dokumentacije in patronažne torbe (material, delovni nalog, List bolnika)	8
- Prevoz na teren (osebni avtomobil)	8
- Podatki o bolniku in družinskih članih (patronažni karton družine, vpis obiska na Negovalni list)	5
- Oskrba bolnika (različne vrste storitev: aplikacija injekcije, aplikacija infuzije, preveza, merjenje krvnega tlaka itd.)	25
- Vrnitev v patronažno službo	8
- Vpis obiska v patronažni karton družine (List bolnika)	8
- Obračun storitev v informacijskem sistemu IRIS	3
SKUPNI ČAS OBISKA	65

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenih intervjujev patronažnih medicinskih sester, zaposlenih v patronažni enoti zdravstvenega doma

Tabela 13 prikazuje potek kurativnega obiska ter časovno oceno posamezne naloge znotraj kurativnega obiska. Skupni čas obiska je ocenjen na 65 minut.

Na podlagi opisanih podatkov o posameznih tipih obiskov bom v nadaljevanju izračunala tehtano povprečje časa enega obiska. Izračun je prikazan v Tabeli 14.

Tabela 14: Preventivni in kurativni obiski v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva v letu 2010

VRSTA OBISKOV PO SKUPINAH VAROVANCEV	ŠTEVILO OBISKOV PO SKUPINAH	ČAS OBISKA (v min)	ŠTEVILO OBISKOV X ČAS OBISKA (v min)
PREVENTIVNI OBISKI			
Novorojenčki	93.470	94	8.786.180
Dojenčki	19.995	69	1.379.655
Otroci (od 1 do 6 let + šolarji)	4.713	59	278.067
Slepi in slabovidni (invalidi)	2.699	74	199.726
Nosečnice	2.841	79	224.439
Otročnice	36.859	77	2.838.143
Kronični bolniki (starostniki, kronični bolniki in ostali bolniki, duševni bolniki, diabetiki, bolniki s tuberkulozo, bolniki z rakom, bolniki s kisikom, ostali varovanci)	64.870	89	5.773.430
Skupaj preventivni obiski	225.447		19.479.640
KURATIVNI OBISKI			
Skupaj kurativni obiski	987.921	65	64.214.865
SKUPAJ PREVENTIVNI IN KURATIVNI OBISKI	1.213.368		

Vir: Zdravstveni statistični letopis, Polivalentna patronažna dejavnost, 2010.

Prvi stolpec Tabele 14 prikazuje vrsto obiskov po skupinah varovancev v patronažni dejavnosti, v drugem stolpcu je prikazano število obiskov po posameznih skupinah varovancev v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva v letu 2010 v Sloveniji, tretji stolpec čas posameznega obiska v minutah, zadnji stolpec pa prikazuje zmnožek števila obiskov po posameznih skupinah varovancev in časa posameznega obiska v minutah. Podatke iz zadnjega stolpca bom uporabila pri izračunu tehtanega povprečja časa obiska v minutah, pri čemer bom število obiskov pri posamezni skupini varovancev pomnožila s časom posameznega obiska v minutah in zmnožke vseh skupin varovancev delila s številom vseh preventivnih in kurativnih obiskov v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva v letu 2010.

Tehtano povprečje časa obiska (v min) = [(število obiskov novorojenčkov X čas obiska pri novorojenčku (v min)) + (število obiskov dojenčkov X čas obiska pri dojenčku (v min)) + (število obiskov otrok X čas obiska pri otroku (v min)) + (število obiskov slepih in slabovidnih X čas obiska pri slepih in slabovidnih (v min)) + (število obiskov kroničnih bolnikov X čas obiska pri kroničnih bolnikih (v min)) + (število kurativnih obiskov X čas kurativnega obiska (v min))] / skupno število preventivnih in kurativnih obiskov =

$$= [(93.470 \times 94 \text{ min}) + (19.995 \times 69 \text{ min}) + (4.713 \times 59 \text{ min}) + (2.699 \times 74 \text{ min}) + (2.841 \times 79 \text{ min}) + (36.859 \times 77 \text{ min}) + (64.870 \times 89 \text{ min}) + (987.921 \times 65 \text{ min}) = 8.786.180 \text{ min} + 1.379.655 \text{ min} + 278.067 \text{ min} + 199.726 \text{ min} + 224.439 \text{ min} + 2.838.143 \text{ min} + 5.773.430 \text{ min} + 64.214.865 \text{ min} = 83.694.505] / 1.213.368 = 69 \text{ min}$$

Povprečni čas obiska PMS pri posameznem varovancu v minutah, ob upoštevanju števila vseh preventivnih obiskov po skupinah in števila kurativnih obiskov, znaša 69 minut.

Za izračun letnega števila patronažnih obiskov, ki jih PMS lahko ponudi, sem uporabila še podatek o efektivnem številu dni v letu 2010, ki je znašal 249 dni, od katerega sem odštela povprečno število dni dopusta PMS, ki znaša okoli 30 dni. Letno efektivno število dni sem pomnožila z efektivnim številom ur na dan in tako dobila letni obseg dela PMS.

Formula za izračun letnega obsega delovnih ur PMS je potem:

$$\text{Letni obseg delovnih ur PMS} = (\text{efektivno število dni v letu} - \text{povprečno število dni letnega dopusta}) \times \text{efektivno število ur na dan} =$$

$$= (249 \text{ dni} - 30 \text{ dni}) \times 8 \text{ ur} = 1.752 \text{ efektivnih ur}$$

Za izračun letnega števila patronažnih obiskov, ki jih PMS v letu lahko ponudi in opravi, sem število opravljenih efektivnih ur v letu delila s povprečnim časom obiska PMS.

Formula za izračun letnega števila obiskov PMS je:

$$\text{Letno število obiskov PMS} = (\text{število efektivnih ur v letu} \times 60 \text{ min}) / \text{tehtano povprečje časa obiska (v min)} =$$

$$= (1.752 \text{ ur} \times 60 \text{ min}) / 69 \text{ min} = 1.523 \text{ patronažnih obiskov}$$

PMS lahko letno ponudi 1.523 obiskov pri varovancih.

V nadaljevanju bom izračunala potrebno število PMS, ob upoštevanju trenutnega števila prebivalcev v Sloveniji in skupnega števila preventivnih in kurativnih obiskov v Sloveniji. Na tej podlagi bom izračunala tudi delovni normativ, ki opisuje število prebivalcev, ki jih ena PMS oskrbuje.

Podatki za izračun potrebnega števila PMS so število prebivalcev Slovenije, ki je na dan 1. 1. 2012 znašalo 2.055.496 prebivalcev, število preventivnih in kurativnih obiskov v dejavnosti patronažnega zdravstvenega varstva v letu 2010, ki je bilo 1.213.368 obiskov, ter letno število obiskov PMS, ki je znašalo 1.523 patronažnih obiskov in ki jih ta lahko ponudi.

Formula za izračun potrebnega števila PMS je:

$$\text{Število potrebnih PMS} = \frac{\text{število preventivnih in kurativnih obiskov}}{\text{letno število obiskov PMS}} =$$

$$= \frac{1.213.368 \text{ obiskov}}{1.523 \text{ obiskov ene PMS}} = 797 \text{ potrebnih PMS}$$

V Sloveniji bi v letu 2010 potrebovali 797 PMS.

Formula za izračun delovnega normativa (števila prebivalcev na eno PMS) je:

$$\text{Delovni normativ} = \frac{\text{število prebivalcev Slovenije}}{\text{število potrebnih PMS}} =$$

$$= \frac{2.055.496 \text{ prebivalcev}}{797 \text{ PMS}} = 2.579 \text{ prebivalcev/PMS}$$

Ob uporabi razpoložljivih podatkov izračunan delovni normativ, ki govori o tem, koliko prebivalcev oskrbuje ena PMS, znaša 2.579 prebivalcev na eno PMS.

Če ponovno izračunan delovni normativ, ki znaša 2.579 prebivalcev na eno PMS, primerjam s predpisanim delovnim normativom, ki znaša 2.500 prebivalcev na eno PMS, lahko zaključim, da med njima ni večjih odstopanj in tako potrdim ustreznost predpisanega delovnega normativa.

4.2 Zaposleni v patronažnem varstvu po zdravstvenih regijah v Sloveniji

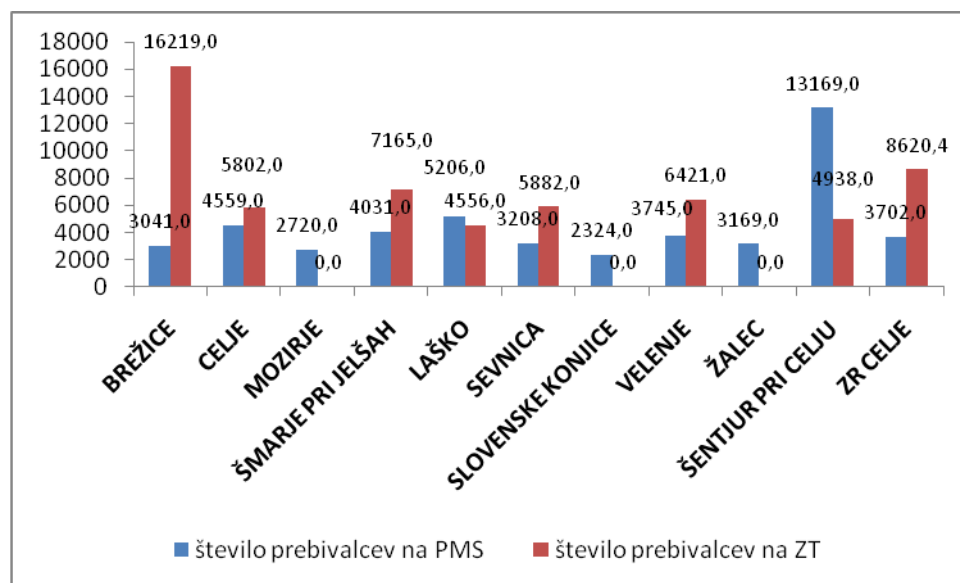
4.2.1 Zaposleni v patronažnem varstvu po regijah v Slovenije

V nadaljevanju sledi analiza trenutnega števila zaposlenih v patronažnem varstvu po regijah v Sloveniji, za katero sem uporabila podatke iz dokumenta Inštituta za varovanje zdravja (Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, januar 2010), ki temeljijo na podatkih iz Evidence o gibanju zdravstvenih delavcev in mreži zdravstvenih zavodov – BPI IVZ 16. Za vsako zdravstveno regijo v Sloveniji sem najprej prikazala število prebivalcev na enega zaposlenega v patronažnem varstvu, nato pa sem na podlagi omenjenih normativov izračunala potrebno število zaposlenih in njihov primanjkljaj glede na dejansko stanje. Primanjkljaj števila zaposlenih je izražen v negativnih številkah, presežek zaposlenih v posamezni upravni enoti pa zaradi lažje predstave v pozitivnih številkah.

A. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Celje

Januarja 2010 je bilo v patronažnem varstvu zdravstvene regije Celje (v nadaljevanju ZR Celje) zaposlenih 81,5 oseb. Od tega je bilo 47,5 diplomiranih medicinskih sester (v nadaljevanju DMS), 33 višjih medicinskih sester (v nadaljevanju VMS), 35 zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju ZT) in 1 diplomirana babica (v nadaljevanju DB).

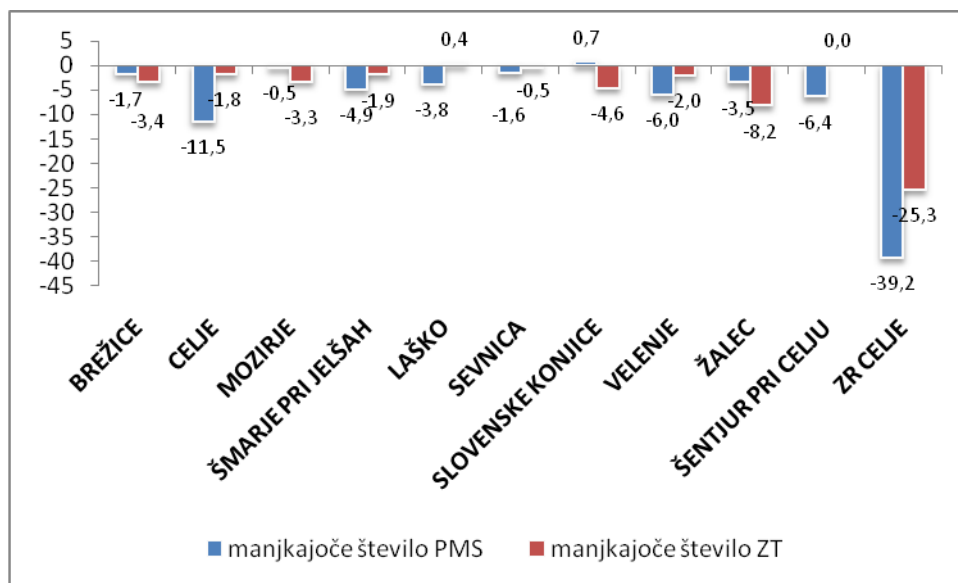
Slika 4: Preskrbljenost prebivalcev ZR Celje z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe



Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 6.

Abscisna os Slike 4 prikazuje posamezne upravne enote ZR Celje, ordinatna os pa število prebivalcev na zaposlenega v patronažnem varstvu v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti. Zaradi enostavnejšega prikaza v skupino PMS štejemo diplomirane medicinske sestre, višje medicinske sestre, diplomirane babice in druge profile v zdravstvu z višjo oziroma visoko izobrazbo, ki opravljajo delo PMS, v skupino ZT pa štejemo zdravstvene tehnike, babice in druge profile v zdravstvu s srednjo izobrazbo, ki opravljajo delo ZT v patronažnem varstvu. V ostalih ZR velja enaka delitev zaposlenih v patronažnem varstvu na PMS in ZT. Na podlagi uporabljenih podatkov rezultati kažejo, da je preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu ZR Celje zelo različna.

Slika 5: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Celje preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije — Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 6.

Končni rezultati preskrbljenosti prebivalcev ZR Celje s PMS in ZT, preračunani na trenutno veljavni delovni normativ, kažejo na to, da pravzaprav povsod primanjkuje tako PMS kot ZT. Pri izračunu preskrbljenosti prebivalcev določene regije z zaposlenimi v patronažnem varstvu so upoštevali število prebivalcev obravnavane regije in določen trenutno veljavni delovni normativ, da na eno PMS pripada 2.500 prebivalcev določene regije in 5.000 prebivalcev na ZT (Sekcija patronažnih medicinskih sester, 2010, str. 4).

Iz Slike 5 lahko razberemo, da v UE Brežice primanjkuje 1,7 PMS. Primanjkljaji so v slikah narisani z negativnim predznakom. Ta rezultat dobimo tako, da trenutno število zaposlenih PMS v UE Brežice odštejemo od potrebnega števila zaposlenih PMS v UE Brežice, upoštevajoč trenutni veljavni delovni normativ.

Formula za izračun primanjkljaja PMS v UE je tako:

$$\text{Primanjkljaj PMS v UE} = \text{Potrebno število zaposlenih PMS v UE} - \text{Trenutno število zaposlenih PMS v UE}$$

Na enak način je izračunan tudi primanjkljaj ZT. Vsi nadaljnji izračuni za oceno manjkajočega števila zaposlenih (PMS in ZT) v upravnih enotah vseh ZR Slovenije v nadaljevanju so narejeni na enak način.

Potrebno število zaposlenih PMS v UE pa je izračunano po formuli:

$$\text{Potrebno število zaposlenih PMS v UE} = \frac{\text{število prebivalcev v UE}}{\text{veljavni delovni normativ za PMS}}$$

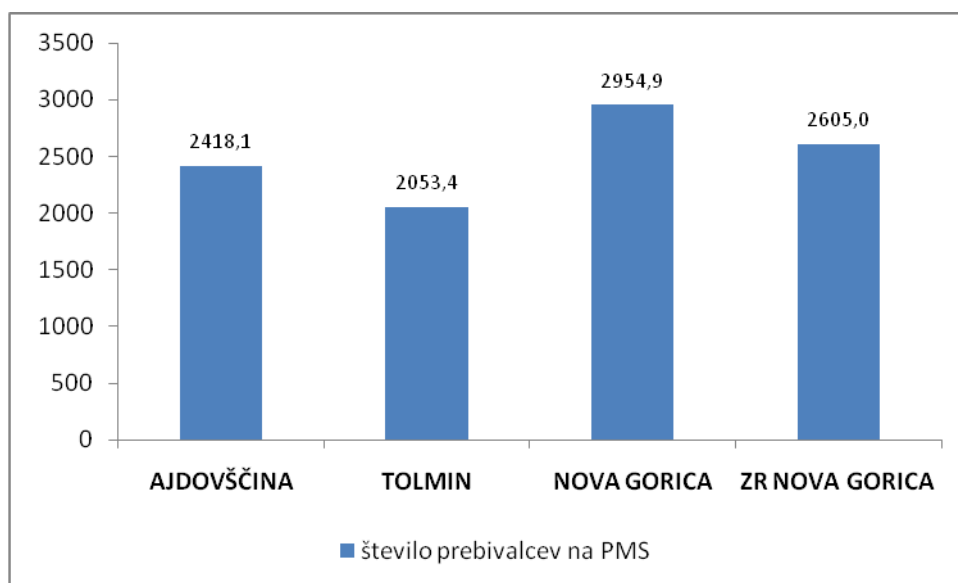
Na enak način je izračunano tudi potrebno število zaposlenih ZT v UE. Pri tem je veljavni delovni normativ za PMS enak 2.500 prebivalcev na eno PMS in 5.000 prebivalcev na enega ZT.

Slika 5 prikazuje tudi skupen primanjkljaj 39,2 PMS in 25,3 ZT v ZR Celje. V ZR Celje je trenutno zaposlenih 81,5 PMS, kar vključuje število DMS, število VMS in število DB. Število prebivalcev na 81,5 PMS znaša 301.713 prebivalcev. Glede na delovni normativ pa naj bi število prebivalcev na 81,5 PMS v ZR Celje znašalo 203.750 prebivalcev. Presežek števila prebivalcev v ZR Celje je razlika med trenutnim številom prebivalcev v ZR Celje in maksimalnim številom prebivalcev v ZR Celje, glede na predpisan delovni normativ, tako da presežek znaša 97.962 prebivalcev.

B. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Nova Gorica

Januarja 2010 je bilo v patronažnem varstvu ZR Nova Gorica zaposlenih 39,3 oseb, od tega 24 DMS in 15,3 VMS. V ZR Nova Gorica trenutno še nimajo zaposlene osebe, ki bi izvajala samo patronažno dejavnost s koncesijsko pogodbo. V ZR Nova Gorica nimajo zaposlenega nobenega ZT.

Slika 6: Preskrbljenost prebivalcev ZR Nova Gorica z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

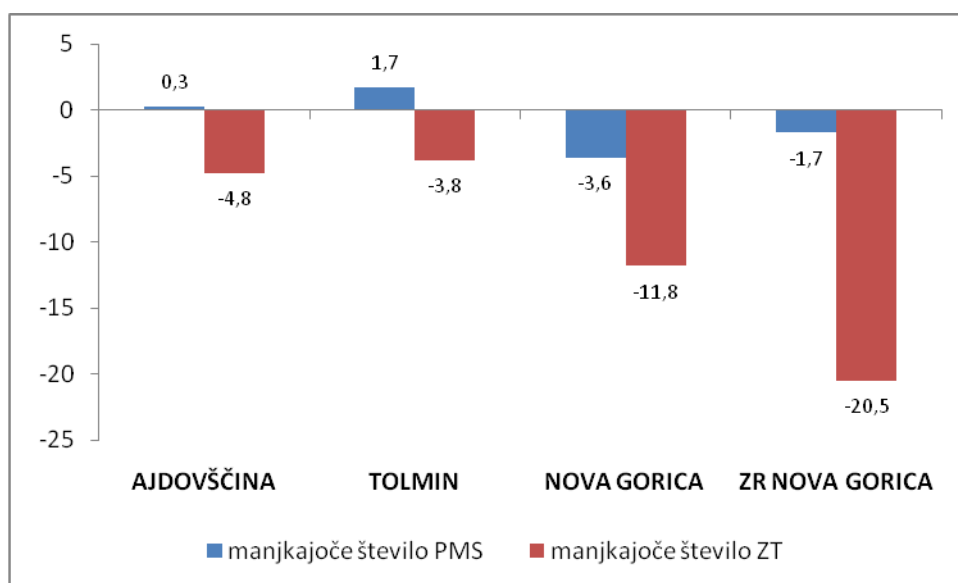


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 8.

Abscisna os Slike 6 prikazuje posamezne upravne enote ZR Nova Gorica, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri stolpec prikazuje število prebivalcev na eno PMS v upravni enoti.

Z vidika veljavnega normativa je preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu z izjemo UE Nova Gorica relativno dobra. V UE Tolmin gre za specifično geografsko področje, ki zaradi razprostranosti in težje dostopnosti terena terja temu primeren kadrovski normativ.

Slika 7: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Nova Gorica preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



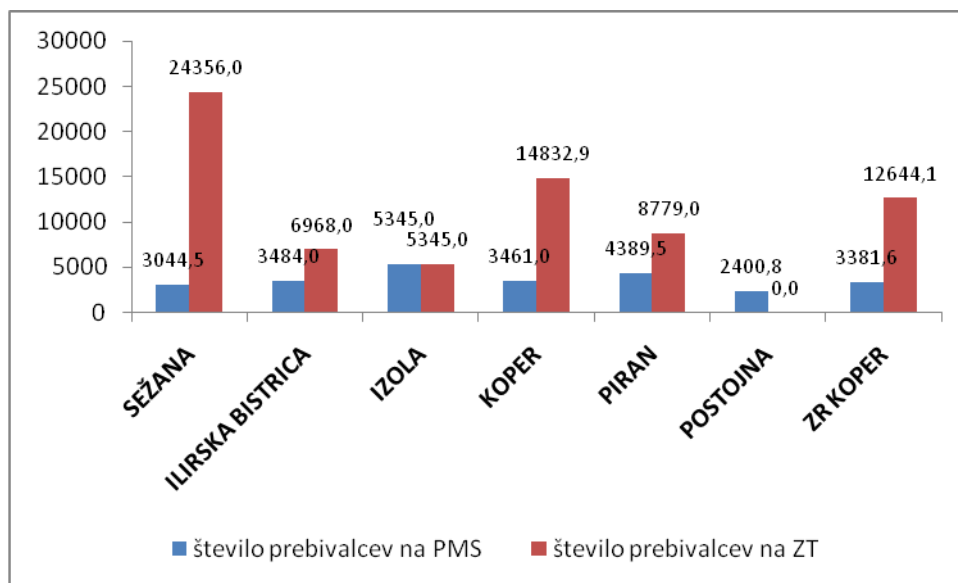
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 8.

Izračun preskrbljenosti prebivalcev glede na veljavni delovni normativ je pokazal (Slika 7), da bi bilo v regiji potrebno dodatno zaposliti 1,7 PMS in 20,5 ZT.

C. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Koper

V patronažnem varstvu ZR Koper je bilo januarja 2010 zaposlenih 54,5 oseb, od tega 27 DMS, 15 VMS, 1 DB, 8,5 ZT in 3 babice (v nadaljevanju BA).

Slika 8: Preskrbljenost prebivalcev ZR Koper z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

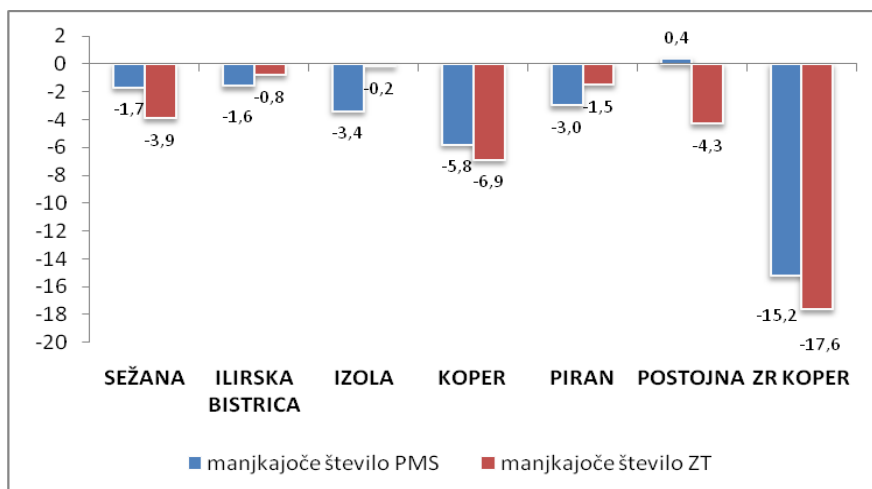


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 10.

Abscisna os Slike 8 prikazuje posamezne upravne enote ZR Koper, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Kot kažejo podatki je preskrbljenost prebivalcev s PMS in ZT zelo različna. V UE Postojna nimajo v okviru patronažnega varstva zaposlenega nobenega ZT, pač pa le 7 DMS in 2 VMS.

Slika 9: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Koper preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



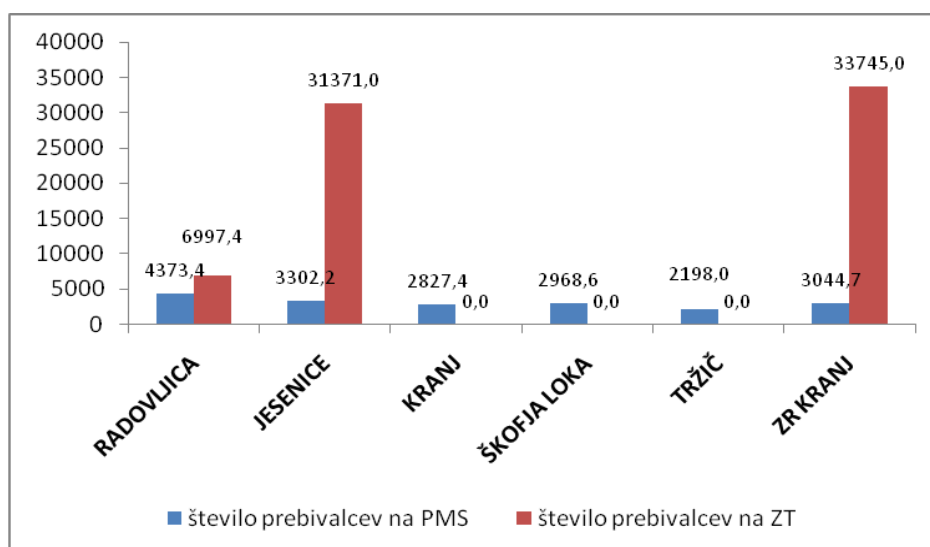
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 11.

Slika 9 prikazuje, da v ZR Koper primanjkuje 15,2 PMS in 17,6 ZT.

D. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Kranj

Rezultati so pokazali, da je bilo v patronažnem varstvu ZR Kranj januarja 2010 zaposlenih 72,5 oseb, od tega 30 DMS, 35,5 VMS, 1 DB, 4 ZT in 2 BA.

Slika 10: Preskrbljenost prebivalcev ZR Kranj z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

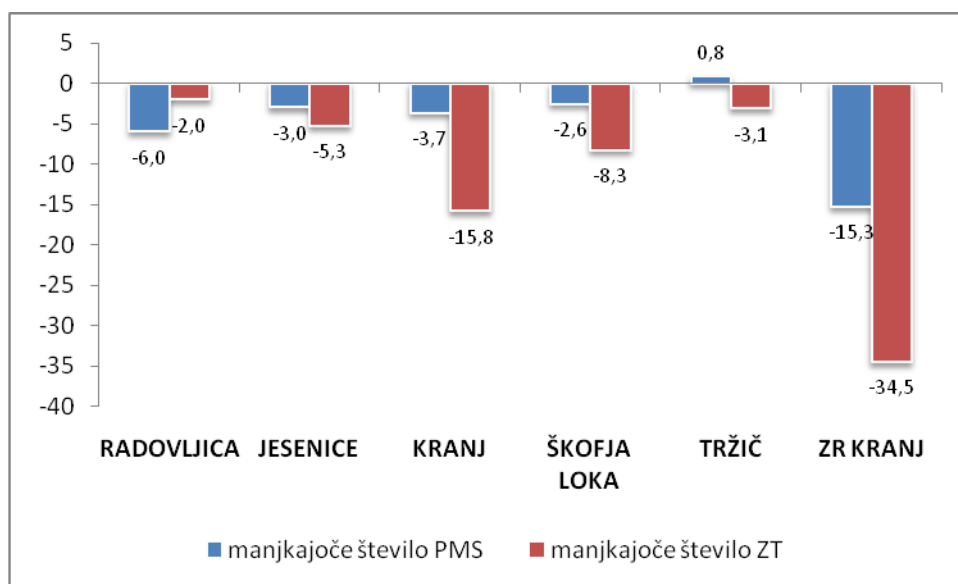


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 15.

Abscisna os Slike 10 prikazuje posamezne upravne enote ZR Kranj, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Rezultati kažejo na slabo preskrbljenost prebivalcev v regiji s PMS. Najslabša preskrbljenost s PMS je v UE Radovljica, saj ena PMS oskrbuje kar 4.373,4 prebivalcev. Tudi v ostalih UE regije se kaže preveliko število prebivalcev, tako na PMS kot na ZT.

Slika 11: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Kranj preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



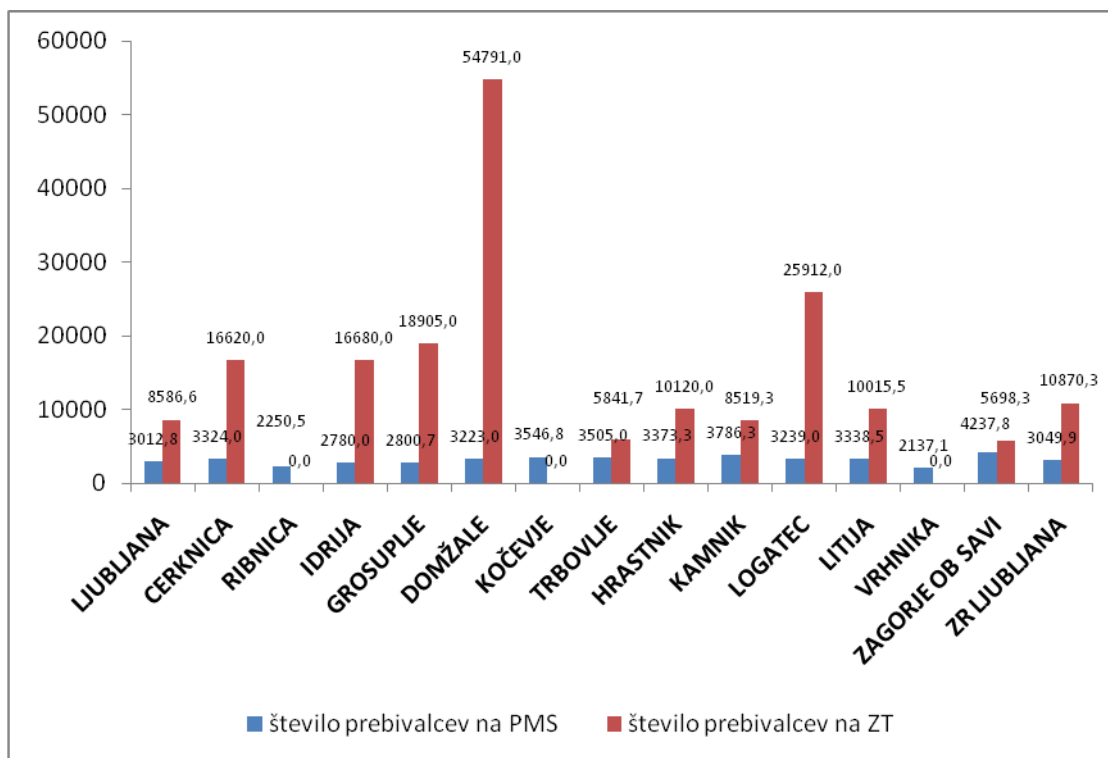
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 15.

Izračuni preskrbljenosti prebivalcev (Slika 11) glede na trenutni veljavni delovni normativ zaposlenih so pokazali, da je ZR Kranj močno podhranjena s kadrom v patronažnem varstvu. Trenutno primanjkuje 15,3 PMS in kar 34,5 ZT.

E. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Ljubljana

Struktura zaposlenih v patronažnem varstvu v ZR Ljubljana je bila v januarju 2010 zelo raznolika. Analiza po poklicnih strukturah je pokazala, da je bilo 115 DMS, 82,5 VMS, 52 ZT, 8 DB, 6,5 BA, 2 profesorja zdravstvene vzgoje (v nadaljevanju PROF ZV) in 1 socialni delavec (v nadaljevanju SOC DEL), kar skupno znaša 267 oseb. Profili, kot so PROF ZV, DB in SOC DEL, so v analizi prikazani pod kategorijo PMS. Profila BA in ZT, pa sta prikazana pod kategorijo ZT.

Slika 12: Preskrbljenost prebivalcev ZR Ljubljana z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

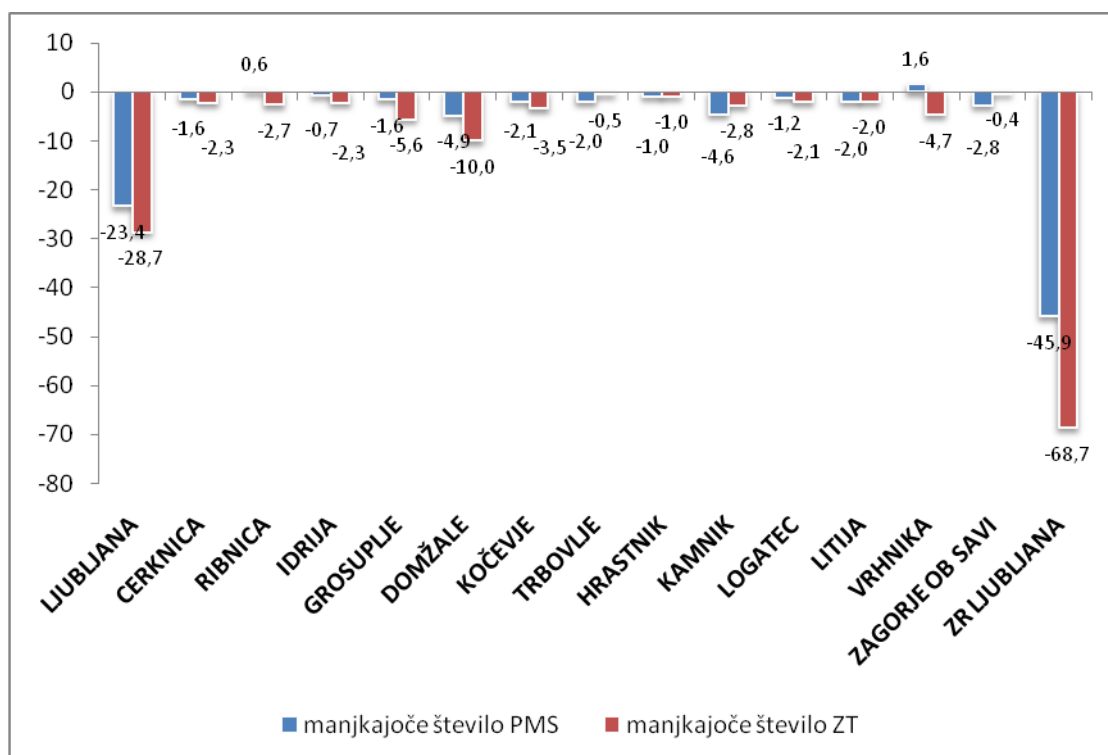


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 18.

Abscisna os Slike 12 prikazuje posamezne upravne enote ZR Ljubljana, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Podrobnejša analiza preskrbljenosti prebivalcev s patronažnim osebjem je pokazala, da je po UE zelo različna. Najbolj izstopata UE Zagorje ob Savi in UE Kamnik. Obremenjenost zaposlenih na račun pomanjkanja ZT je najbolj očitna v UE Domžale in UE Logatec.

Slika 13: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Ljubljana preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



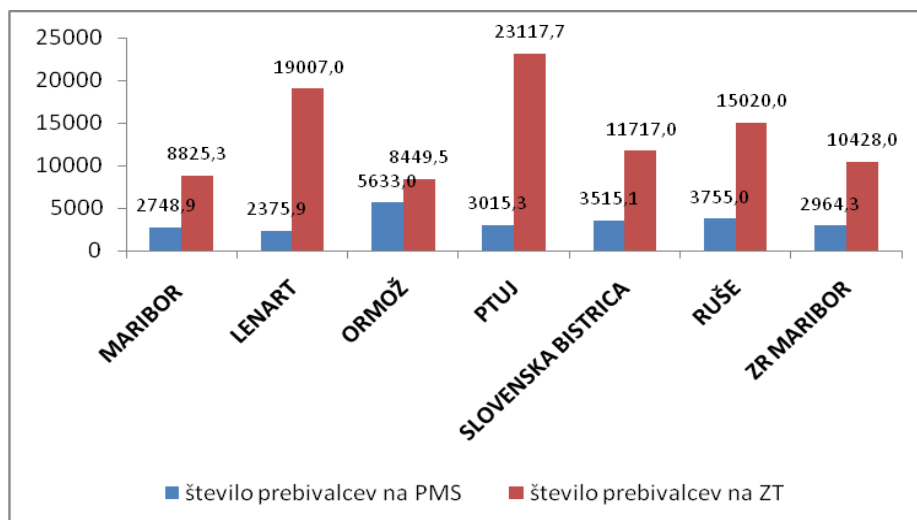
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 18.

Upoštevanje veljavnega delovnega normativa za področje patronažne dejavnosti (Slika 13) kaže na pomanjkanje 49,5 PMS in 68,7 ZT v ZR Ljubljana.

F. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Maribor

Razvrstitev po poklicnih skupinah v ZR Maribor je pokazala, da je v regiji zaposlenih 77 DMS, 28 VMS, 25 ZT, 4 BA, 2 organizatorja dela in 2 SOC DEL, kar skupno znaša 138 oseb. Za namen doseganja enostavnosti analize sta socialni delavki in organizatorja dela umeščeni v poklicno skupino PMS.

Slika 14: Preskrbljenost prebivalcev ZR Maribor z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

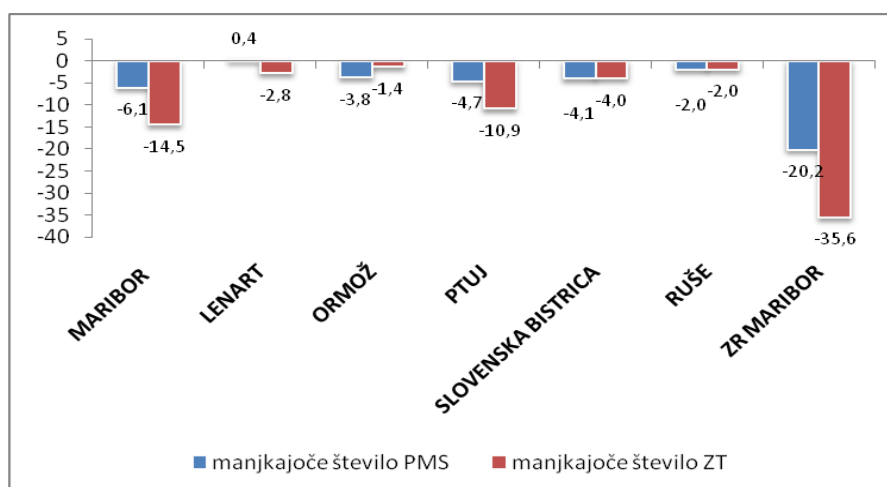


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 21.

Abscisna os Slike 14 prikazuje posamezne upravne enote ZR Maribor, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Rezultati so pokazali, da je preskrbljenost prebivalcev s PMS in ZT v ZR Maribor zelo različna. Prihaja do zelo velikih razlik v preskrbljenosti s PMS po UE in še do večjih razlik v preskrbljenosti z ZT.

Slika 15: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Maribor preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



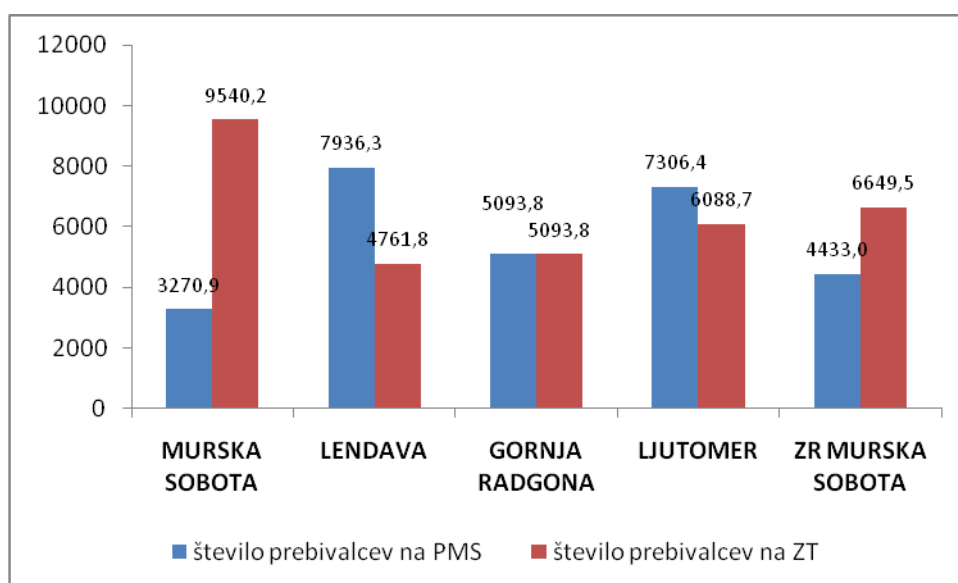
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 21.

Analiza preskrbljenosti z zaposlenimi v patronažnem varstvu (Slika 15) kaže na največje pomanjkanje v patronažni službi UE Maribor, kjer skupno primanjkuje 20,6 oseb, od tega kar 14,5 ZT.

G. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Murska Sobota

V ZR Murska Sobota je bilo januarja 2010 v okviru patronažnega varstva zaposlenih 45 oseb, od tega 21 DMS, 5 VMS, 13 ZT, 5 BA in 1 SOC DEL. Glede na dejansko izvajanje aktivnosti v praksi je socialna delavka umeščena v skupino PMS.

Slika 16: Preskrbljenost prebivalcev ZR Murska Sobota z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

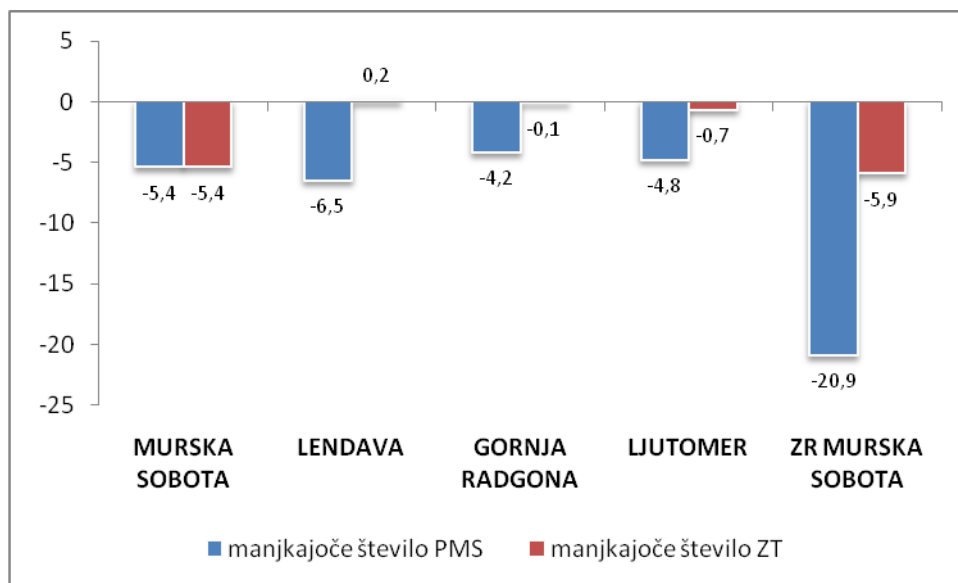


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 23.

Abscisna os Slike 16 prikazuje posamezne upravne enote ZR Murska Sobota, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Rezultati so pokazali, da je preskrbljenost prebivalcev po upravnih enotah ZR Murska Sobota zelo različna. Po številu prebivalcev na eno PMS izstopa UE Lendava, saj mora ta skrbeti za 2,5 krat več prebivalcev kot ena PMS iz UE Murska Sobota.

Slika 17: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Murska Sobota preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



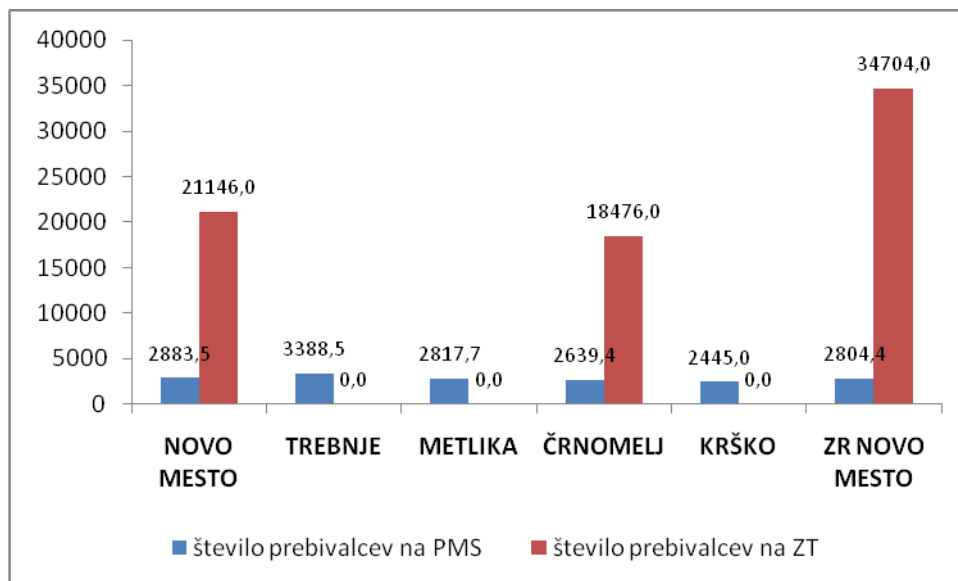
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 23.

Analiza preskrbljenosti prebivalcev, narejena na osnovi delovnega normativa (Slika 17), je pokazala, da v patronažnem varstvu ZR Murska Sobota močno primanjkuje tako PMS kot ZT. Največje pomanjkanje je moč zaslediti v UE Murska Sobota, kjer skupno primanjkuje 10,8 oseb.

H. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Novo mesto

Po podatkih o izvajalcih zdravstvene dejavnosti je bilo januarja 2010 v patronažnem varstvu ZR Novo mesto zaposlenih 53,5 oseb, med njimi 26 DMS, 22,5 VMS, 1 DB in 4 ZT.

Slika 18: Preskrbljenost prebivalcev ZR Novo mesto z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

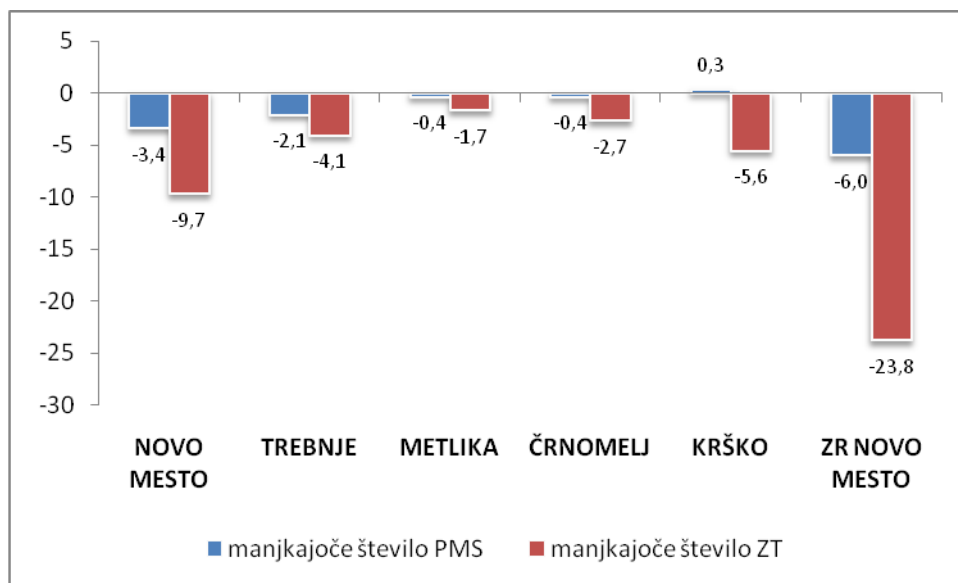


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 27.

Abscisna os Slike 18 prikazuje posamezne upravne enote ZR Novo mesto, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu ZR Novo mesto je po UE zelo različna. Po številu prebivalcev na PMS v regiji najbolj izstopa UE Trebnje. Neustrezna preskrbljenost prebivalcev z ZT izhaja iz dejstva, da so v regiji zaposleni le 4 ZT.

Slika 19: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Novo mesto preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



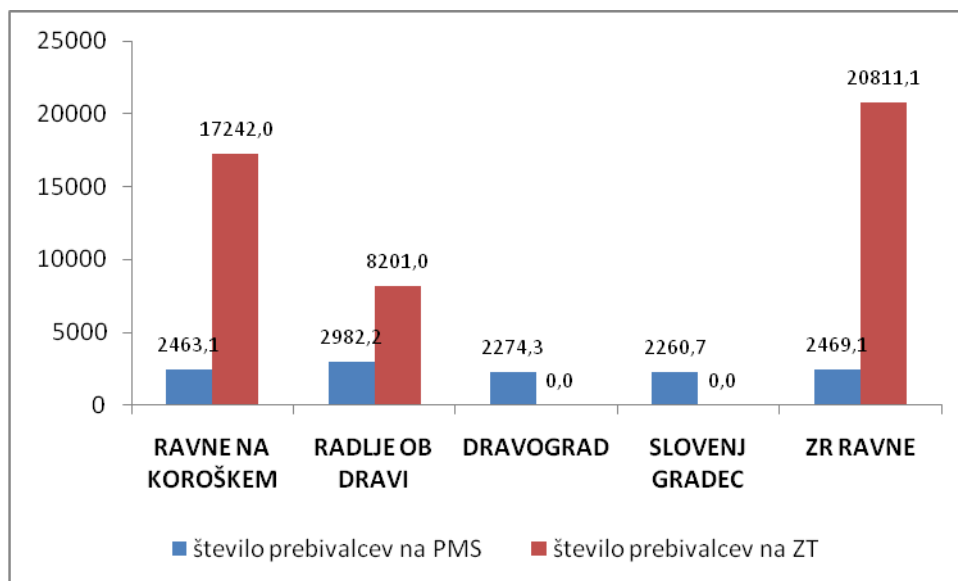
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 27.

Izračun preskrbljenosti z zaposlenimi v regiji (Slika 19) je pokazal, da v regiji primanjkuje 29,8 oseb, od tega kar 23,8 ZT, kar je posledica slabega zaposlovanja ZT v patronažnem varstvu ZR Novo mesto.

I. Zaposleni v patronažnem varstvu zdravstvene regije Ravne

Januarja 2010 je bilo v patronažnem varstvu ZR Ravne skupno zaposlenih 33 oseb, od tega 19 DMS, 7,5 VMS, 2 DB, 3 ZT, 0,5 BA in 1 SOC DEL, ki kompetentno opravlja aktivnosti kot PMS.

Slika 20: Preskrbljenost prebivalcev ZR Ravne z zaposlenimi v patronažnem varstvu po upravnih enotah in stopnji izobrazbe

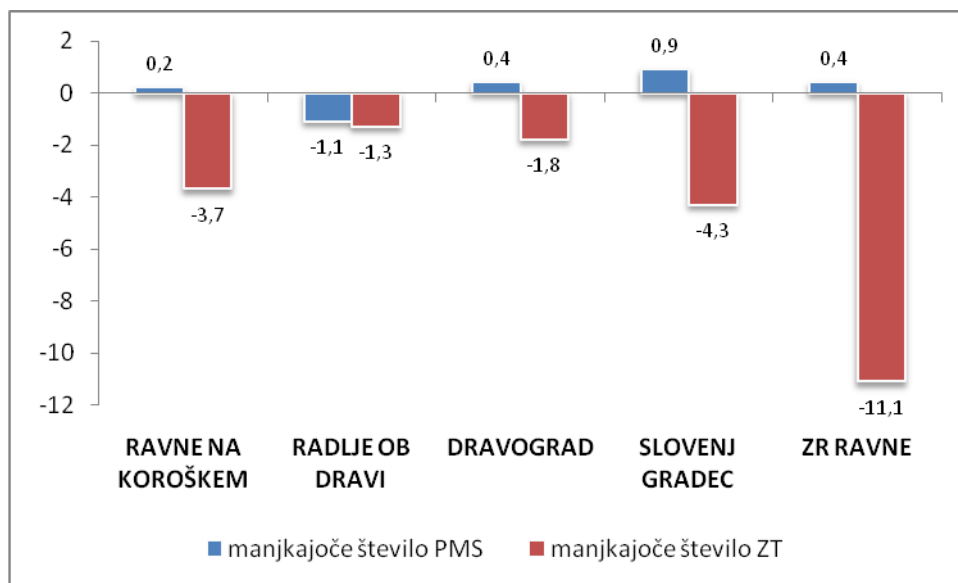


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 29.

Abscisna os Slike 20 prikazuje posamezne upravne enote ZR Ravne, ordinatna os pa število prebivalcev v posamezni upravni enoti. Modri in rdeči stolpec prikazujeta število prebivalcev na eno PMS oziroma enega ZT v upravni enoti.

Preskrbljenost prebivalcev s patronažnimi medicinskimi sestrami je v regiji zelo različna, vendar je preskrbljenost s PMS boljša kot z ZT. Tudi v tej regiji ne smemo zanemariti geografsko zahtevnega terena, ki od stroke zahteva dodatno natančnost pri oblikovanju delovnega normativa.

Slika 21: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Ravne preračunana na veljavni delovni normativ, po izobrazbi in upravni enoti



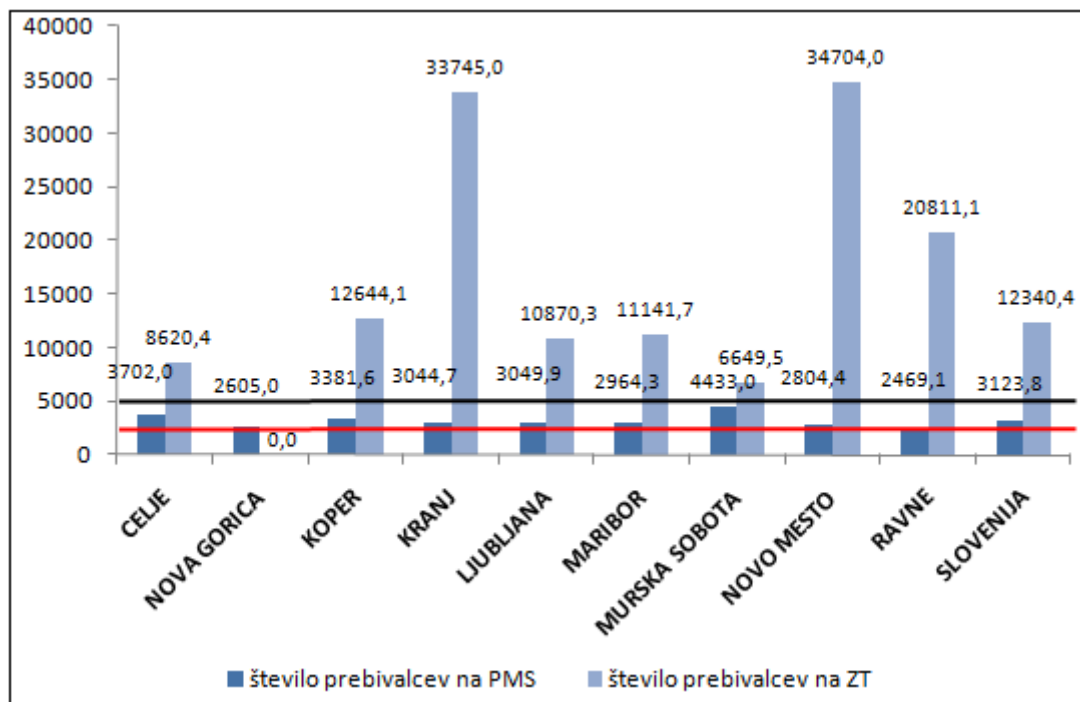
Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 30.

Izračun preskrbljenosti prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu je v ZR Ravne pokazal še na prav posebno podhranjenost z ZT v patronažnem varstvu (Slika 21). Da bi zadostili normativu, ki predpisuje 5.000 prebivalcev na enega ZT, bi moralo biti v regiji 14,6 ZT, trenutno pa jih je le 3,5. Glede na predpisan normativ 2.500 prebivalcev na eno PMS, rezultati kažejo, da imajo v ZR Ravne zaposlene 0,4 PMS preveč.

4.2.2 Preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu Slovenije

Z združitvijo podatkov iz prej narejenih analiz o preskrbljenosti prebivalcev z osebjem, zaposlenim v patronažnem varstvu Slovenije, lahko zaključimo, da je število prebivalcev na PMS po zdravstvenih regijah zelo različno. Slika 22 še enkrat povzema vse rezultate o že omenjeni preskrbljenosti prebivalcev s PMS in ZT po posameznih regijah v Sloveniji. Rdeča črta prikazuje predpisan delovni normativ 2.500 prebivalcev na eno PMS, črna črta pa delovni normativ 5.000 prebivalcev na enega ZT.

Slika 22: Preskrbljenost prebivalcev Slovenije z zaposlenimi v patronažnem varstvu po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji



Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 39.

Po številu prebivalcev na PMS najbolj izstopa ZR Murska Sobota (4.433 prebivalcev/PMS), kjer ena PMS skrbi za 1.963,9 prebivalcev več kot ena PMS v ZR Ravne (2.469,1 prebivalcev/PMS). Še večje razlike se kažejo v preskrbljenosti prebivalcev z ZT, ko v ZR Novo mesto en ZT skrbi kar za 34.704 prebivalcev, kar je za 28.054,5 prebivalcev več kot v ZR Murska Sobota. ZR Nova Gorica izstopa po tem, da v regiji nima zaposlenega niti enega ZT.

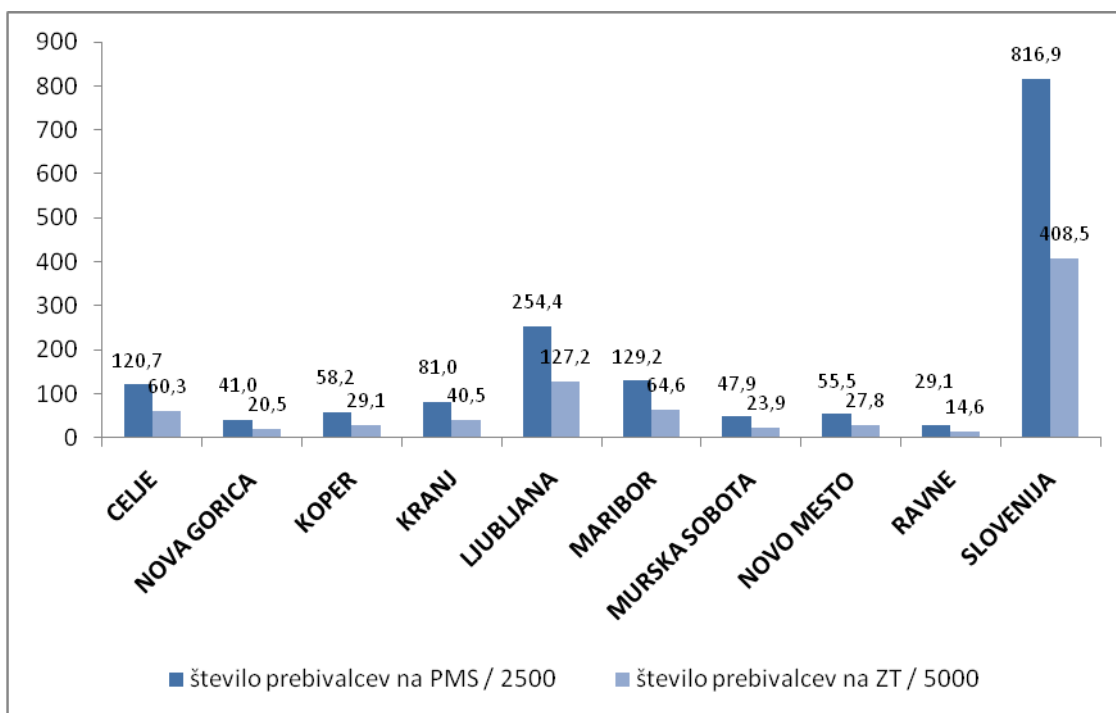
4.2.3 Potrebno število zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije

Izračun preskrbljenosti glede ne predpisan veljaven delovni normativ in trenutno število zaposlenih v patronažnem varstvu kaže na premajhno število zaposlenih PMS in ZT v patronažnem varstvu Slovenije. Primanjkljaj zaposlenih je po številu in po poklicni skupini regijsko zelo različen. Podatki kažejo, da je kadrovsko najbolj podhranjena ZR Ljubljana, saj v patronažnem varstvu skupno primanjkuje kar 114,6 oseb.

V že omenjenih podatkih je v ZR Ljubljana trenutno zaposlenih 267 oseb iz področja patronažnega varstva. Slika 23 prikazuje potrebno število zaposlenih v ZR Ljubljana, ki znaša 381,6 oseb (254,4 PMS in 127,2 ZT). Razlika med številka (114,6 oseb) kaže na

primanjkljaj števila oseb, zaposlenih v patronažnem varstvu ZR Ljubljana. ZR Ljubljana sledita še ZR Celje s 64,5 osebami in ZR Maribor s 55,6 osebami primanjkljaja.

Slika 23: Potrebno število zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije ob upoštevanju predpisanega delovnega normativa po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji

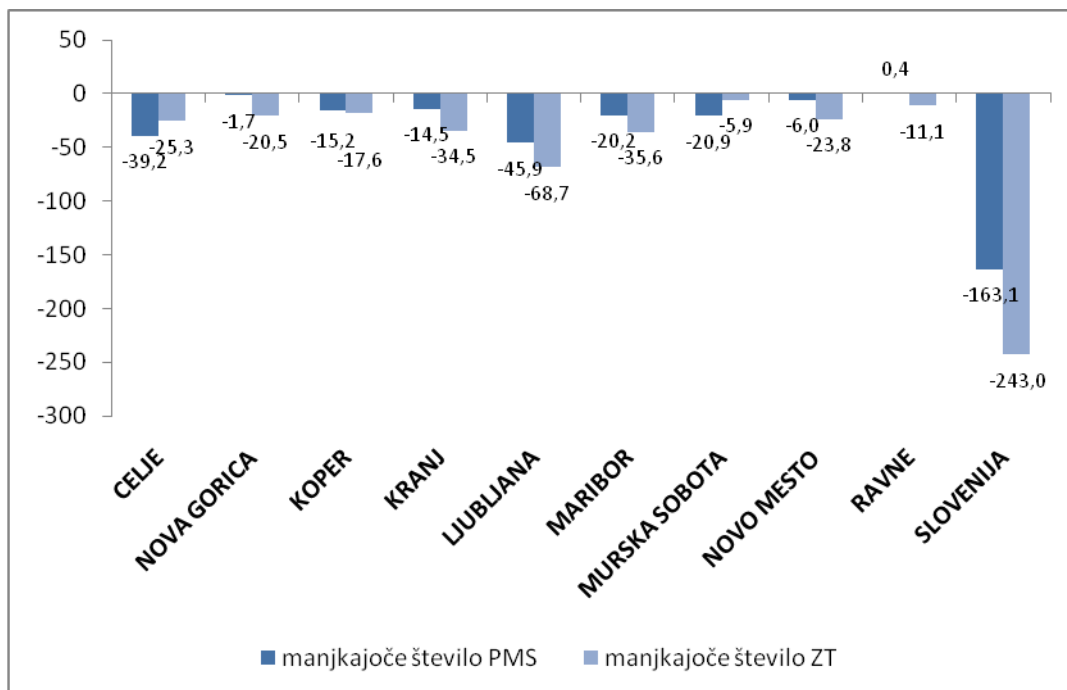


Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 40.

4.2.4 Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije

Slika 24 prikazuje, da bi morali v skladu z dosegom predpisanega delovnega normativa stroke v patronažnem varstvu dodatno zaposliti 406 oseb, kar kaže na velik primanjkljaj števila zaposlenih v tej dejavnosti. Na osnovi predstavljenih podatkov je bilo ugotovljeno, da je patronažno varstvo Slovenije v vseh zdravstvenih regijah Slovenije kadrovsko močno podhranjeno. Močno primanjkuje PMS, ki so nosilke opravljanja patronažne dejavnosti na podlagi koncesije, in ZT, ki so sestavni člen negovalnega tima v patronažnem varstvu. Trenutno primanjkuje 163,2 PMS in 243 ZT.

Slika 24: Ocena manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije preračunano na predpisani veljavni delovni normativ po poklicnih skupinah in po zdravstvenih regijah v Sloveniji



Vir: Sekcija patronažnih medicinskih sester: Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije – Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah, 2010, str. 41.

5 OCENA GLAVARINE IN STROŠKOV ZAVAROVALNICE

Na podlagi ocene stroškov, ki jih ima koncesionarka pri opravljanju patronažne dejavnosti na podlagi koncesije, bom ponovno ocenila ustreznost glavarine, ki jo mesečno prejema od ZZS in znaša 3.154,30 €.

V drugem delu poglavja pa bom ocenila potrebna sredstva, ki bi jih morala zdravstvena zavarovalnica nameniti zaposlovanju novih koncesionark, in sicer ob upoštevanju mesečne glavarine na eno v višini 3.154,30 €.

Podatke sem pridobila na podlagi intervjuvanja PMS, zaposlenih v patronažni enoti določenega zdravstvenega doma v Sloveniji.

5.1 Ocena glavarine patronažne medicinske sestre v zasebnem patronažnem varstvu

Levi stolpec Tabele 15 prikazuje razdelitev stroškov na fiksne in povprečne variabilne stroške dejavnosti PMS v zasebnem patronažnem varstvu. Fiksni stroški so ocenjeni na mesečni ravni in potem preračunani na letno raven, povprečni variabilni stroški pa so vezani na posamezni patronažni obisk in ob predpostavki 1.523 obiskov letno preračunani na letno raven.

Tabela 15: Ocena fiksnih in povprečnih variabilnih stroškov patronažne medicinske sestre v zasebnem patronažnem varstvu

VRSTA STROŠKOV		
FIKSNI STROŠKI		na letni ravni ob 1.523 obiskih letno
Administrativni stroški		2.412 €
- Računovodske storitve	65 €/mesec	780 €
- Storitve telefona	30 €/mesec	360 €
- Storitve interneta	26 €/mesec	312 €
- Zavarovanje poklicne odgovornosti	20 €/mesec	240 €
- Fotokopiranje	25 €/mesec	300 €
- Storitve programske hiše	35 €/mesec	420 €
Ostali stroški		
- Odvoz odpadnega materiala in infektivnih odpadkov	25 €/mesec (5 kg infektivnih odpadkov)	300 €
- Letni regres	50 €/mesec (600 €/leto)	600 €
POVPREČNI VARIABILNI STROŠKI		
Materialni stroški		
- Material za potrebe dela	2,4 €/obisk	3.655 €
Potni stroški		
- Kilometrina	1,07 €/obisk	1.632 €
Stroški dela		
- Delo pri povprečnem obisku	8,33 €/obisk	12.684 €

Vir: Podatki, pridobljeni na podlagi opravljenega intervjuja patronažne medicinske sestre, zaposlene v zasebni patronažni dejavnosti

Računovodski servis profit, Cenik računovodskih storitev, 2012.

Telekom Slovenije, d.d., Mobitel paketi Povezani 2400, 2012.

Telekom Slovenije, d.d., Siol internet, 2012.

Kolektivna pogodba za javni sektor, Uradni list RS št. 57/5008.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS-N), Uradni list RS št. 59/2010.

Sindikat vzgoje, izobraževanja, znanosti in kulture Slovenije, Povračila, nadomestila in drugi prejemki, 2012.

Pri izračunih sem upoštevala, da PMS letno ponudi 1.523 obiskov pri varovancih.

Formula za izračun dnevnega števila obiskov PMS v zasebnem patronažnem varstvu je:

$$\text{Dnevno število obiskov PMS v zasebnem patronažnem varstvu} = \text{letno število obiskov PMS v zasebnem patronažnem varstvu} / (\text{efektivno število dni v letu} - \text{povprečno število dni letnega dopusta}) =$$

$$= 1.523 \text{ patronažnih obiskov} / (249 \text{ dni} - 30 \text{ dni}) = 7 \text{ patronažnih obiskov dnevno}$$

Ob upoštevanju letnega števila obiskov in efektivnega števila dni v letu 2010 znaša povprečno število patronažnih obiskov na dan 7. To število sem upoštevala pri oceni stroškov kilometrine na en obisk. Upoštevala sem tudi, da je ocenjena prevožena pot 300 km mesečno, kilometrina pa znaša 0,4464 €/km. Za izračun povprečnega stroška dela na en obisk, pa sem upoštevala neto plačo v višini 1.057 €.

Iz Tabele 15 vidimo, da je letni strošek dejavnosti PMS 21.283 € oziroma 1.774 € mesečno, pri tem pa upoštevamo le neto plačo.

Mesečna glavarina, ki jo koncesionarka prejme od ZZZS znaša 3.154,30 €. Ocenjujem, da prihodek, ki ga zasebnica prejme od ZZZS, pokriva fiksne in povprečne variabilne stroške zasebne patronažne dejavnosti.

5.2 Ocena stroškov zavarovalnice pri zaposlovanju novih koncesionark

V nadaljevanju bom ocenila strošek ZZZS, ki bi ga zavarovalnica imela s financiranjem novih koncesionark po ZR Slovenije. Omejila sem se le na PMS. Oceno stroška zavarovalnice bom podala na podlagi glavarine, ki jo koncesionarka prejme na leto in znaša 37.851,10 €, ter ocene manjkajočega števila zaposlenih v patronažnem varstvu Slovenije po ZR Slovenije (Žajdela, 2002, str. 25).

Tabela 16: Ocena stroškov zavarovalnice s financiranjem manjkajočega števila PMS na letni ravni

ZDRAVSTVENA REGIJA (ZR)	MANJKAJOČE ŠTEVILO PMS V ZR	LETNI STROŠEK ZZZS V € (NA ENO PMS)	SKUPNA OCENA STROŠKOV ZZZS NA LETNI RAVNI V €
CELJE	39,2	37.851,10	1.483.763,12
NOVA GORICA	1,7	37.851,10	64.346,87
KOPER	15,2	37.851,10	575.336,72
KRANJ	14,5	37.851,10	548.840,95
LJUBLJANA	45,9	37.851,10	1.737.365,49
MARIBOR	20,2	37.851,10	764.592,22
MURSKA SOBOTA	20,9	37.851,10	791.087,99
NOVO MESTO	6,0	37.851,10	227.106,60
RAVNE	Presežek PMS 0,4	/	/
SKUPAJ SLOVENIJA	163,2	37.851,10	6.177.299,52

Tabela 16 prikazuje skupno oceno stroškov ZZZS na letni ravni, glede na manjkajoče število PMS v ZR in letni strošek ZZZS, ki ga ta ima na eno PMS. Skupni stroški zavarovalnice bi znašali skoraj 6.177.300 € in bili najvišji v ZR Ljubljana, kjer primanjkuje 45,9 PMS, najnižji pa v ZR Nova Gorica, kjer primanjkuje 1,7 PMS. V skupno število manjkajočih PMS je všteti tudi presežek s PMS v ZR Ravne, tako da je skupno število manjkajočih PMS v vseh ZR 163,2 PMS in temu primerna je tudi skupna ocena stroškov ZZZS, ki bi jih zavarovalnica imela s koncesioniranjem novo zaposlenih PMS v patronažnem zdravstvenem varstvu.

SKLEP

Velikokrat spremenjeni in dopolnjeni ZZDej je temelj področju podeljevanja koncesij za opravljanje javne službe na področju zdravstvene dejavnosti. Koncesije v zdravstvu se podeljujejo na lokalnem in na državnem nivoju države.

V mnogih pogledih je glavna prednost zasebne patronažne dejavnosti zagotavljanje kvalitetnejših storitev in boljše oskrbe bolnikov na domu. Glavni razlogi, ki pripomorejo k odločitvi o opravljanju samostojne patronažne dejavnosti, so po mnenju PMS predvsem slabi medsebojni odnosi v javnih zavodih, slaba organizacija dela, nepravično nagrajevanje nadurnega dela, neenakomerno obremenjevanje zaposlenih, neracionalna poraba denarja, namenjenega za patronažno dejavnost, lažje prilagajanje zasebnikovega delovnega časa potrebam bolnikov, organizacija dela po lastnih željah ter glede na potrebe bolnikov, fleksibilen delovni čas, samostojno odločanje o investicijah v opremo in potreben material ter samostojno odločanje o strokovnem izobraževanju.

Zasebne PMS imajo z ZZZS sklenjeno pogodbo, ki določa letni obseg dela, ki ga mora zasebnica z opravljenimi obiski na domu pacientov doseči. Njeno opravljanje dela na podlagi koncesije spremljajo poleg mesečnega nakazila za opravljeno delo tudi enkratni stroški, ki jih zasebna PMS ima, ko vstopa v zasebno patronažno dejavnost, ter mesečni stroški administracije, potni stroški, materialni stroški ter ostali stroški.

Cilj zasebne patronažne zdravstvene nege je osvoboditi PMS vseh ovir, jo razvijati v avtonomni in profesionalni dejavnosti zdravstvene nege ter izvajati kakovostno in učinkovito obravnavanje bolnikov. Poslabšanje zdravstvenega stanja prebivalstva, ki je posledica demografskih značilnosti v smislu večanja deleža starega prebivalstva, vodi v vedno večje potrebe tudi po povečanju števila zasebnih PMS. V prihodnosti bo potrebno zasebno patronažno zdravstveno nego organizirati glede na potrebe bolnikov, katerim bo potrebno zagotoviti predvsem kvalitetno zdravstveno oskrbo na domu. Podeljevanje koncesij je odvisno od organov odločanja na lokalni in državni ravni in se regijsko zelo razlikuje. Združenje zasebnih PMS trenutno šteje 100 članic, vsaka bodoča zasebnica pa mora imeti vsaj pet let delovnih izkušenj v zdravstveni negi, od tega zadnja tri leta v patronažni dejavnosti.

Na podlagi podatkov o gibanju števila zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu in zdravstveni negi po zdravstvenih regijah v Sloveniji med leti 2005 in 2009 lahko povzamem naslednje ugotovitve:

- število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu je med leti 2005 in 2008 naraslo iz 66 na 100 zaposlenih;
- v zadnjem letu je število zaposlenih padlo iz 100 na 99 zaposlenih;
- v šestih preučevanih zdravstvenih regijah se je število zaposlenih v obravnavanem obdobju povečalo;
- v petih zdravstvenih regijah je ostalo enako in
- le v eni zdravstveni regiji se je število zaposlenih v zasebnem patronažnem varstvu zmanjšalo.

Na osnovi zgornjih ugotovitev lahko zaključim, da je bilo podeljevanje koncesij za področje patronažne dejavnosti regijsko zelo različno.

Za doseg zastavljenega cilja ocene potreb po podeljevanju novih koncesij iz patronažne dejavnosti v prihodnosti, sem uporabila podatke o trenutnem številu vseh zaposlenih v patronažnem varstvu po zdravstvenih regijah v Sloveniji. Podatki o številu prebivalcev določene regije in predpisan delovni normativ, da na eno PMS pripada 2.500 prebivalcev določene regije in 5.000 prebivalcev na ZT, so mi omogočili podati zaključne ugotovitve o izračunu preskrbljenosti prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu Slovenije in izpostaviti manjkajoče število zaposlenih v posameznih regijah.

Ponovno sem ocenila delovni normativ, ki znaša 2.579 prebivalcev na eno PMS. Če ga primerjam s predpisanim delovnim normativom, ki znaša 2.500 prebivalcev na eno PMS, lahko zaključim, da med njima ni večjih odstopanj in tako potrdim ustreznost predpisanega delovnega normativa.

Ugotavljam, da bi manjkajoče število zaposlenih v slovenskem patronažnem varstvu lahko reševali z zaposlovanjem ustreznega kadra na podlagi podeljevanja koncesij. Trenutna preskrbljenost prebivalcev z zaposlenimi v patronažnem varstvu je namreč ocenjena na 3.123,8 prebivalcev na eno PMS in 12.340,4 na enega ZT, kar močno presega predpisani delovni normativ. Trenutno namreč primanjkuje 163,2 PMS, ki so nosilke opravljanja patronažne dejavnosti na podlagi koncesije, in 243 ZT, ki so sestavni člen negovalnega tima v patronažnem varstvu. Na trgu dela vsekakor obstajajo potrebe po zaposlovanju tovrstnega kadra in rešitev za to situacijo bi bila poleg zaposlovanja kadra v javnih zavodih, tudi zaposlovanje na podlagi koncesij. Seveda to za zavarovalnico na drugi strani pomeni strošek financiranja posameznega koncesionarja, ki znaša 37.851,10 € letno. Zavarovalnica bi tako morala za zaposlitev manjkajočega števila 163,2 PMS s koncesijo zagotoviti skoraj 6.177.300 € letno.

Mesečna glavarina, ki jo PMS s koncesijo prejme iz strani ZZZS znaša 3.154,30 €. Ocenila sem višino fiksnih in povprečnih variabilnih stroškov, ki jih ima PMS v zasebnem patronažnem varstvu. Ocenjeni stroški znašajo 1.774 €. Dohodek, ki ga zasebnica prejeme iz strani ZZZS pokriva fiksne in povprečne variabilne stroške zasebne patronažne dejavnosti.

Na osnovi obdelave razpoložljivih podatkov ugotavljam, da je patronažno varstvo Slovenije v vseh zdravstvenih regijah Slovenije kadrovsko zelo okrnjeno ter da obstajajo potrebe po zaposlovanju novih kadrov iz patronažnega varstva v javnih zavodih in pri podeljevanju novih koncesij iz patronažne dejavnosti. S kadrovsko okrepitvijo bi lahko zagotovili razbremenitev zaposlenih v patronažnem varstvu, s tem pa bi posledično vplivali tudi na dvig kakovosti izvajanja patronažne zdravstvene nege.

LITERATURA IN VIRI

1. Bračko, P. (2008). Obseg pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja (diplomsko delo). Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.cek.ef.uni-lj.si/u_diplome/bracko3556.pdf
2. Cukjati, F. (1995). O problemih zdravstvenih domov. *Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 4(5), 41–42.
3. Česen, M. (1999). Moč in nemoč privatizacije v zdravstvenem varstvu. *Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 8(1), 52–56.
4. Dobnikar, B. (2005). Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. *Zdravniški vestnik*, 74(7/8), 464–474.
5. Eror, A., & Novak, R. (2006). Javno-zasebno partnerstvo. *Zbornik referatov*, 322–335.
6. Ferčič, A. (2005). Javno-zasebno partnerstvo: delitev tveganj med partnerjema. *Pravna praksa*, 24(39/40), 1–16.
7. Horvat, M. (2009). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom v Sloveniji. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Kongress2009/Horvat.pdf>
8. Hoyer, S. (1994). Patronažno zdravstveno varstvo na ljubljanskem območju. *Zdravniški vestnik*, 63(2), 73–79.
9. Inštitut za varovanje zdravja. (2005). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=584&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
10. Inštitut za varovanje zdravja. (2006). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=583&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
11. Inštitut za varovanje zdravja. (2007). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=581&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
12. Inštitut za varovanje zdravja. (2008). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=407&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
13. Inštitut za varovanje zdravja. (2009). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&_7_id=1339&_7_PageIndex=0&_7_groupId=228&_7_newsCategory=&_7_action=ShowNewsFull&pl=0-7.0
14. Inštitut za varovanje zdravja. (2010). Zdravstveni statistični letopis. Polivalentna patronažna dejavnost. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu

http://ivz.si/Mp.aspx/?ni=78&pi=6&_6_FileName=attName.png&_6_MediaId=4483&_6_AutoResize=false&pl=78-6.3

15. Jus, M. (2005). Čas je za javno in zasebno partnerstvo. *Uprava*, 3(2), 140–157.
16. Keber, D. (2003). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
17. Kersnik, J. (b.l.). Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu www.drmed.org/projekt_kakovost/Porocilo_za_WHO_3.doc
18. Kolektivna pogodba za javni sektor. *Uradni list RS št. 57/5008*. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r04/predpis_KOLP234.html/
19. Kranjc, S. (2006). Pot do koncesije za zasebno patronažno dejavnost. Ormož: 2. srečanje Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.patronaza.si/public/images/dokumenti/Pot_do_koncesije.doc
20. Kunstič, N. (2008). *Zasebna patronažna dejavnost v Sloveniji* (diplomsko delo). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
21. Luzar, N. (2009). *Pregled normativnih izhodišč za zasebno zdravstveno nego* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta.
22. Mlakar, A. (2007). Končno koncesije tudi za patronažno dejavnost. *Mariborski utrip*. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://shrani.si/files/mariborski14d3f.pdf>
23. Molan, S. (2006a). Zakaj smo se odločile za zasebnitvo? Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.patronaza.si/forum/viewtopic.php?t=84&sid=22ba56ed0fc8089410bf9e8f9296bda8>
24. Molan, S. (2006b). Predlog seznama medicinsko tehničnih in ostalih pripomočkov, ki jih pri svojem delu uporablja patronažna medicinska sestra. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.shrani.si/files/materialniv8c7.doc>
25. Mužina, A. (2003). Postopek podelitve koncesije. *Podjetje in delo: revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo*, 29(6/7), 1630–1643.
26. Mužina, A. (2004). *Koncesije: pravna ureditev koncesijskih razmerij v Sloveniji in EU*. Ljubljana: Primath.
27. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS št. 19/1998*.
28. NHS Careers. (2006). Health visiting. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.nhs.uk/healthcareers/details/default.aspx?id=807/>
29. OE Patronažno varstvo. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.zd-mb.si/>
30. Pataky, L. (2010). Informatizacija zdravstva na primeru Slovenije (diplomsko delo). Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.cek.ef.uni-lj.si/UPES/pataky560.pdf>
31. Patronažno varstvo in nega na domu. (2008). Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.zd-lj.si/zdlj/>
32. Pirnat, R. (2006). Podeljevanje koncesij v zdravstveni dejavnosti. 13. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. *Inštitut za javno upravo pri Pravni Fakulteti, Univerze v Ljubljani*, str. 9–17.

33. Pirnat, R. (2007). Podelitev koncesije po zakonu o javno zasebnem partnerstvu. *Podjetje in delo: revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo*, 33(6/7), 1185-1198.
34. Podeljevanje koncesij - opis postopka za občine. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.zdravniskazbornica.si/>
35. Poslovni prostor zasebne patronažne medicinske sestre. (2007). Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://www.patronaza.si/#>
36. Prospects, the UK's official graduate careers website. (2012). Health visitor. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.prospects.ac.uk/health_visitor_job_description.htm/
37. Računovodski servis Profit. (2012). Cenik računovodskih storitev. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu <http://www.racunovodski-servis-profit.si/cenik-racunovodstvo.html/>
38. Rajkovič, V., & Šušteršič, O. (2000). *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Moderna organizacija.
39. Sekcija patronažnih medicinskih sester. (2010). Zaposleni v patronažnem varstvu Slovenije. Kadrovska mreža po zdravstvenih regijah. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=164&pi=5&_5_FileName=attName.png&_5_MediaId=3392&_5_AutoResize=false&pl=164-5.3/
40. Sindikat vzgoje, izobraževanja, znanosti in kulture Slovenije. (2012). Povračila, nadomestila in drugi prejemki. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu http://www2.sviz.si/Povracila_nadomestila/
41. Šoltes, I. (2008). Podeljevanje koncesij v zdravstvu. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu [http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K9E9E5DFC762DA407C125752800207A76/\\$file/KoncesijevZdravstvu-MZ.pdf](http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/K9E9E5DFC762DA407C125752800207A76/$file/KoncesijevZdravstvu-MZ.pdf)
42. Šušteršič, O., Rajkovič, V., Leskovar, R., Bitenc, I., Bernik, M., & Rajkovič, U. (2002). An information system for community nursing. *Public Health Nurs*, 19(3), 184–190.
43. Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic D., Peternelj, A., & Brložnik, M. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 247–252.
44. Telekom Slovenije, d.d. (2012). Mobitel paketi Povezani 2400. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu <http://www.mobitel.si/paketi/poslovni-novi-paketi-povezani.aspx?pu=1>
45. Telekom Slovenije, d.d. (2012). Siol internet. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu http://www.siol.net/pomoc_in_podpora/ceniki/siol_internet.aspx
46. Urlep, F. (1992). Privatna praksa – zamisli, želje, zagate. *Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 1(1), 5–6.
47. Urlep, F. (1994). Uvajanje zasebnega dela v zdravstvu v Republiki Sloveniji. *Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 3(5), 23–25.
48. Viler Kovačič, A. (2002). *Koncesije v Sloveniji: vrste, analiza in primerjava med posameznimi vrstami, položaj in njihov pomen v državi* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
49. Viler Kovačič, A. (2004). Koncesije, koncesije ... *Pravna praksa*, 23(7), 7–10.
50. Vrbnjak, T. (2007). Koncesionarke ne morejo nuditi vseh storitev. *Večer*. Najdeno 1. septembra 2011 na spletnem naslovu <http://shrani.si/f/1R/1p/2rEKRgyR/gec.pdf>
51. Zakon o delovnih razmerjih. *Uradni list RS* št. 42/2002.

52. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS-N). *Uradni list RS št. 59/2010*. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu <http://www.uradni-list.si/1/content?id=99155>
53. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. *Uradni list RS št. 65/2000*. Priloga BPI IVZ 16 – Evidenca gibanja zdravstvenih delavcev in mreža javnih zdravstvenih zavodov.
54. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS št. 23/2005-UPB2*.
55. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS št. 100/2005-UPB2*.
56. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011). Javni zavodi. Ceniki ter plan in realizacija zdravstvenih storitev. Najdeno 1. septembra na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/pao/izvajalci.nsf/o/DE61E43B9A604146C1256BC6002C37BA?opendocument>
57. Žajdela, I. (2002). *Analiza organiziranosti zasebne patronažne zdravstvene nege* (diplomsko delo). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
58. Židanik, A. (2006). Podeljevanje koncesij z vidika zdravstvenega zavoda. *Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu*, str. 37–41.