

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**RAZISKAVA MOŽNOSTI ZDRUŽITVE
BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ
TER GINEKOLOŠKO - PORODNIŠKEGA ODDELKA
SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE**

Ljubljana, september 2013

TEJA PINTARIČ

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisani(-a) TEJA PINTARIČ, študent(-ka) Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtor magistrskega dela z naslovom RAZISKAVA MOŽNOSTI ZDRUŽITVE BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ TER GINEKOLOŠKO – PORODNIŠKEGA ODDLEKA SPOLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE, pripravljene(-ga) v sodelovanju s svetovalcem/svetovalko prof. dr. SERGEJO SLAPNIČAR in sosvetovalcem/sosvetovalko prof. dr. MATEJEM LAHOVNIKOM.

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
 - poskrbel(-a), 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
 - pridobil(-a) 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 zapisal(-a);
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku (Ur. l. RS, št. 55/2008 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 20.9.2013

Podpis avtorja(-ice): _____

KAZALO

UVOD	1
1 PORODNIŠNICE NA SLOVENSKEM	3
1.1 Število porodov v slovenskih porodnišnicah	5
1.2 Velikost porodnišnic	6
1.3 Kadri	7
1.4 Gospodarsko finančni vidik poslovanja	10
1.5 Ocenjevanje kakovosti dela v porodnišnicah	11
1.6 Zakonodaja	13
1.7 Problematika porodništva in ginekologije v Sloveniji	17
1.7.1 Problem zagotavljanja kadrov na ginekološko porodniških oddelkih	17
1.7.2 Problematika izvajanje ginekološko porodniške dežurne službe v Sloveniji	17
1.7.3 Problematika zagotavljanja aparatur	18
1.7.4 Problematika spremljanja stroškov	18
1.7.5 Problematika prevelikega števila slovenskih porodnišnic in združevanje le-teh	19
2 ANALIZA DELOVANJA SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE TER NJENEGA ODDELKA ZA PORODNIŠTVO IN GINEKOLOGIJO	21
2.1 Splošna bolnišnica Jesenice	21
2.1.1 Zgodovina	21
2.1.2 Dejavnost	22
2.1.3 Kakovost v bolnišnici	23
2.2 Analiza kadra v bolnišnici	24
2.3 Analiza poslovanja SBJ	25
2.3.1 Poslovni izid	25
2.3.2 Finančni kazalniki poslovanja	28
2.4 Analiza poslovanja ginekološko porodniškega oddelka na Jesenicah	29
2.5 Povzetek analize stanja SBJ ter njenega oddelka za porodništvo in ginekologijo	32
3 ANALIZA DELOVANJA BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ	33
3.1 Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	33
3.1.1 Zgodovina	33
3.1.2 Dejavnost	34

3.1.3 Kakovost v bolnišnici.....	34
3.2 Analiza kadra v bolnišnici.....	35
3.3 Analiza poslovanja BGP Kranj	36
3.3.1 Poslovni izid.....	36
3.3.2 Finančni kazalniki poslovanja.....	38
3.4 Povzetek analize stanja BGP Kranj.....	39
4 ZDRUŽITEV ODDELKA ZA PORODNIŠTVO IN GINEKOLOGIJO SBJ Z BGP KRANJ	40
4.1 Združevanje bolnišnic v tujini.....	41
4.1.1 Trend združevanja	41
4.1.2 Razlogi za združitev	43
4.1.3 Dosedanji rezultati združitev.....	44
4.2 Idejna združitev oddelka za porodništvo in ginekologijo v SBJ ter BGP Kranj.....	45
4.2.1 Možne združitve.....	45
4.2.2 Zakonska ureditev združevanja bolnišnic	47
4.2.3 Udeleženci na katere vpliva združitev.....	48
4.2.4 Predstavitev najbolj optimalne možnosti združitve.....	48
4.2.5 Dejavnosti pred združitvijo	49
4.2.6 Fizična združitev	49
4.3 Pasti združevanja.....	52
5 ANALIZA ZDRUŽITVE.....	54
5.1 Analiza prihrankov	54
5.2 Analiza dodatnih stroškov	58
SKLEP.....	59
LITERATURA IN VIRI	62

KAZALO TABEL

Tabela 1: Porodi v Sloveniji po letih in porodnišnicah.....	5
Tabela 2: Poslovni izid SBJ – po letih, v EUR	26
Tabela 3: Analiza prihodkov SBJ po letih v EUR	27
Tabela 4: Analiza stroškov SBJ po letih v EUR	27
Tabela 5: Finančni kazalniki poslovanja.....	28
Tabela 6: Prihodki ginekološko porodniškega oddelka za leto 2012 v EUR.....	29

Tabela 7: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala ter stroški zunanjih laboratorijskih preiskav za leto 2012, v EUR.....	31
Tabela 8: Poslovni izid za ginekološko porodniški oddelek SBJ za leto 2010.....	32
Tabela 9: Poslovni izid BGP Kranj po letih v EUR.....	36
Tabela 10: Analiza prihodkov BGP Kranj po letih v EUR.....	37
Tabela 11: Analiza stroškov BGP Kranj po letih v EUR.....	37
Tabela 12: Finančni kazalniki poslovanja.....	38
Tabela 13: Struktura akutne bolnišnične obravnave po dejavnostih v številu primerov in številu uteži ter številu primerov doječih mater.....	50
Tabela 14: Prospektivni primeri.....	51
Tabela 15: Nezdravstveni delavci v SBJ in BGP Kranj l. 2012.....	52
Tabela 16: Izplačilo plač za vodstveni kader BGP Kranj l. 2013.....	55
Tabela 17: Izplačilo plač za vodstveni kader SBJ l. 2013.....	55

KAZALO SLIK

Slika 1: Slovenske porodničnice. Površina krožcev je proporcionalna številu porodov v letu 2007.....	4
Slika 2: Specialisti in specializanti.....	8
Slika 3: Specialisti po starosti in zaposlitvi.....	8
Slika 4: Bolnišnici se ne združita; oddelek porodništva in ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj.....	46
Slika 5: Bolnišnici se združita v eno enoto; splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ	46
Slika 6: Bolnišnici se združita v eno enoto; splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ; oddelek porodništva se odcepi od BGP Kranj in se združi na Jesenicah; oddelek ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj.....	47
Slika 7: Bolnišnici se združita v eno enoto, splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ, oddelek porodništva in ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj.....	47

UVOD

Zdravstveni sistemi po vsem svetu se soočajo s težavo povečevanja izdatkov za zdravstveno varstvo, medtem ko se istočasno na drugi strani viri sredstev zmanjšujejo. Za takšno stanje, ki prerašča v vsesplošno težavo na državni ravni, obstaja več razlogov. Prvi razlog je posledica hitrega razvoja medicinske znanosti in medicinske tehnologije, ki omogoča nove, uspešnejše metode zdravljenja – te pa žal zahtevajo dražje postopke, zdravila in aparature. V sodobni informacijski družbi so ljudje vedno bolj zdravstveno osveščeni in informirani, zato v primeru bolezni zahtevajo zdravljenje v skladu z vsemi metodami sodobne medicine. Pomemben razlog za povečanje stroškov zdravstvenega varstva pa je še naraščanje števila celotnega prebivalstva, med katerimi znatno narašča delež starejših prebivalcev, ki so seveda pogosteje bolni, zato potrebujejo zdravstveno varstvo v večjem obsegu (Soršak, 2005, str. 66). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije iz leta 2012 se je v Sloveniji pričakovano trajanje življenja ob rojstvu v zadnjih 50-ih letih podaljšalo za več kot 10 let. V naslednjih 50 letih se bo podaljšalo še za sedem ali osem let. Ljudje, starejši od 64 let, predstavljajo šestino vsega prebivalstva Slovenije – ta delež pa se bo v prihodnjih petih desetletjih povečal na tretjino. Nenazadnje pa se danes srečujemo še z gospodarsko krizo ter krizo vrednot, ki sta prav tako naredili veliko luknjo v zdravstveni blagajni.

Sredstva za zdravstvo so omejena predvsem z gospodarsko močjo države, pa tudi s tem, koliko sredstev je javnost pripravljena nameniti za zdravstveno varstvo. Leta 2010 so javni izdatki za zdravstvo v Sloveniji predstavljali 6,1 % BDP. Za prihodnost obstaja več variant, ki upoštevajo različne možnosti razvoja, večina pa jih napoveduje, da bo leta 2060 za zdravstvo potrebnih 7 %–8 % BDP (Statistični urad Republike Slovenije, 2012). Slovensko gospodarstvo je v globoki krizi (visoka stopnja brezposelnosti, nizka gospodarska rast, slabo stanje bančnega sistema [...]) to pa močno vpliva tudi na zdravstveno blagajno, ki jo polnimo s prispevki in premijami, in se v času krize nižajo ali pa celo izgubljajo (UMAR, 2013). Posledično to pomeni, da je denarja za zdravstvene potrebe vse manj, potreb po zdravstvenih storitvah pa vse več. Zato morajo izvajalci zdravstvenih storitev še toliko bolj vsak pridobljeni evro kar najbolje izkoristiti. Da pa bi izvajalci zdravstvenih storitev dosegli maksimalno izkoriščenost pridobljenega denarja, morajo poslovati čimbolj učinkovito, kakovostno ter gospodarno.

Eno izmed področij v zdravstvu, pri katerem so še skrite rezerve, je tudi porodništvo in ginekologija. V Sloveniji je 14 porodnišnic, od teh delujeta kot terciarna centra porodnišnica Ljubljana in Maribor. V obdobju 2002–2011 se je v povprečju rodilo 20.000 otrok na leto, kar pomeni, da je bilo na leto povprečno 60 porodov na dan. Torej, če bi lahko vse porode enakomerno porazdelili po porodnišnicah, bi imela vsaka porodnišnica povprečno 4 porode na dan. Pa ni tako. Poprečno letno število porodov se v porodnišnicah precej razlikuje. Podatki za obdobje zadnjih 10 let kažejo: 4 porodnišnice imajo povprečno manj kot dva poroda na dan in skupaj opravijo 10,98 % vseh porodov; 4 porodnišnice imajo 2–3 porode na dan, kar predstavlja 17,53 % vseh porodov; 3–6 porodov na dan ima 5 porodnišnic, kar znaša v

odstotkih 41,03 vseh porodov. V ljubljanski porodnišnici pa se zgodi povprečno 16–17 porodov na dan, kar pomeni, da se največ otrok rodi v Ljubljani, tj. 30,46 %.

Ocena števila porodov v slovenskih porodnišnicah privede do vprašanj: (1) ali je ekonomsko in strokovno upravičeno, da za manj kot dva poroda dnevno financiramo popolno opremo in kadre? in (2) ali je varno, da v takšnem okolju poteka usposabljanje za delo v porodništvu?

O ekonomski in strokovni upravičenosti obstoja majhnih slovenskih porodnišnic se Ministrstvo za zdravje in druge pristojne institucije ukvarjajo že več kot dobro desetletje. Razlog za to je majhno število porodov v posameznih porodnišnicah in s tem povezana finančna (ne)upravičenost kadrovskih kapacitet in opreme. V želji po optimizaciji javne zdravstvene mreže in zmanjševanju stroškov je ta tema ves čas aktualna. Ministrstvo za zdravje je v preteklosti že poskušalo pristopiti k resni analizi finančnega poslovanja slovenskih porodnišnic, vendar so bili vsi poskusi poglobljene razprave o tej problematiki zaradi različnih političnih interesov in pritiskov lokalnih skupnosti opuščeni (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 1).

V času krize ko država poizkuša privarčevati na vseh področjih, se ponovno pojavljajo ideje o ukinitvi nekaterih manjših porodnišnic, še posebej tistih, v katerih se rodita povprečno manj kot dva otroka na dan. Vendar sama ukinitve porodnišnic ne bi bila smotna zaradi političnih in socialnih dejavnikov. Veliko bolj smiselno bi bilo združevanje manjših porodnišnic med seboj oziroma združitev manjše porodnišnice z večjo porodnišnico.

V svojem magistrskem delu sem predstavila študijo primera zdužitve majhne porodnišnice z večjo. Sprva sem naredila analizo poslovanja oddelka za porodnišnitvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice, ki spada po številu rojstev med majhne porodnišnice, saj ima v povprečju manj kot 2 poroda na dan. Nato sem naredila še analizo poslovanja Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, ki spada med velike porodnišnice in ima po evropskem merilu optimalno število rojstev, tj. povprečno 4,4 porode na dan. Porodnišnici bi bilo smiselno združiti, saj sta tudi lokacijsko zelo blizu.

Pri izdelavi magistrske naloge sem uporabila deskriptivno metodo s študijem domače porodniške literature. Za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja na oddelku za porodništvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice ter Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj sem prebrala in analizirala vse javno objavljene dokumente (Letna poročila, Finančne načrte ipd.) ter ostale pripadajoče dokumente, ki so mi pomagali pri ugotavljanju obstoječega finančnega stanja omenjenih porodnišnic (interna gradiva omenjenih porodnišnic). Poleg pregleda literature sem uporabila tudi (1) metodo analize podatkov (zbiranje, obdelava in urejanje podatkov ter vrednotenje in interpretacija dobljenih rezultatov) in (2) metodo spraševanja (predvsem računovodskih delavk ter poslovodstev). Opravila sem tudi intervju z direktorjem Splošne bolnišnice Jesenice. Pri združevanju oddelka za porodništvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice ter Bolnišnice za ginekologijo in

porodništvo Kranj sem najprej uporabila deskriptivno metodo – s študijem tuje literature primerov združevanje bolnišnic – nato še statistično metodo. Pri pisanju magistrske naloge sem uporabila nabor literature: s seminarjev, predavanj na Ekonomski fakulteti, znanstvenih člankov, diplomskih in magistrskih nalog ter internetnih virov. Podatke sem iskala tudi v zakonodaji iz zdravstvenega področja ter v internih gradivih ostalih slovenskih bolnišnic. Pri izdelavi magistrskega dela sem uporabila teoretična znanja, pridobljena v okviru podiplomskega študija.

Namen magistrske naloge je narediti študijo primera združitve majhne porodnišnice z večjo, in preveriti ali je takšna združitev ekonomsko ter strokovno upravičena.

Cilj magistrske naloge je narediti študijo možnosti združitve majhne porodnišnice (oddelek porodništvo in ginekologija Splošne bolnišnice Jesenice) ter večje porodnišnice (Bolnišnica za porodništvo in ginekologijo Kranj). Z analizo poslovanja tako združene porodnišnice sem poskusila dokazati, da je taka združitev ekonomsko in strokovno upravičena. Funkcije – splošne službe, nabava, pravni in kadrovski oddelek, računovodstvo in finance – bi bilo mogoče združiti na eni lokaciji. S tem bi bilo možno pridobiti nekaj dodatne prostorske zmogljivosti porodnišnic, prav tako pa se bo zaradi podvajanja določenega dela zmanjšal strošek dela zaposlenih skupnih služb. Za zdravniške službe bo potrebno logistično preurediti službe.

Magistrsko delo sem razdelila na pet delov. V prvem poglavju (1) opisujem porodnišnice na Slovenskem, predstavljam, kakšen status imajo, kako velike so, kako delujejo; zakonodajo, ki pokriva delovanje porodnišnic ter težave s katerimi se srečujejo. V drugem poglavju (2) predstavljam in analiziram delovanje manjše porodnišnice, tj. oddelek za porodništvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice, v tretjem poglavju (3) predstavljam delovanje večje porodnišnice – Bolnišnice za porodništvo in ginekologijo Kranj. Pri obeh porodnišnicah z različnimi kazalniki predstavljam uspešnost njunega poslovanja. V četrtem, praktičnem delu magistrskega dela (4) opisujem idejo združitve oddelka za porodništvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice ter Bolnišnice za porodništvo in ginekologijo Kranj, medtem ko v petem poglavju (5) navajam možne ekonomske učinke združitve, kjer se potrди ekonomska upravičenost združitve omenjenih porodnišnic.

1 PORODNIŠNICE NA SLOVENSKEM

V Sloveniji deluje 14 ginekološko-porodniških oddelkov. Njihov status je različen (Cerar, Merlo & Gradecki, 2010, str. 16):

- 10 ginekološko-porodniških oddelkov deluje v **splošnih bolnišnicah** in so njihov konstitutivni del (Splošne bolnišnice: Brežice, Celje, Jesenice, Koper, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec in Trbovlje).

- Dva ginekološko-porodniška oddelka sta **samostojni bolnišnici**: (1) Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj in (2) Bolnišnica Postojna (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo).
- **Univerzitetna klinična centra v Ljubljani in Mariboru.**
 UKC Maribor obsega Kliniko za ginekologijo in perinatologijo¹ z oddelki:
 - Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo.
 - Oddelek za reproduktivno ginekologijo in ginekološko endokrinologijo.
 - Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk.
 - Oddelek za perinatologijo.
 - Laboratorij za medicinsko genetiko.
 UKC Ljubljana obsega Ginekološko kliniko z kliničnimi oddelki:
 - Klinični oddelek za ginekologijo.
 - Klinični oddelek za perinatologijo-Porodnišnica Ljubljana.
 - Služba za porodništvo.
 - Služba za neonatologijo².
 - Klinični oddelek za reprodukcijo.
 - Klinični inštitut za medicinsko genetiko.
 - Služba za medicinske dejavnosti skupnega pomena.

Vsak ginekološko-porodniški oddelek ima svoje organizacijske, kadrovske, ekonomske in strokovne posebnosti. Porodnišnice so geografsko razporejene po celotni Sloveniji (Slika 1).

Slika 1: Slovenske porodnišnice. Površina krožcev je proporcionalna številu porodov v letu 2007



Vir: H. Meden Vrtovec et al., Racionalizacija mreže porodnišnic v Sloveniji, 2009, str. 12.

¹ Perinatologija (tudi porodničarstvo) je veja medicine, ki deluje na področju rojevanja otrok (Perinatologija, 2013).

² Neonatologija pomeni oskrba in zdravljenje novorojenčka, zlasti tistega, ki ima težave zaradi prezgodnjega rojstva, prenizke teže, zastoja rasti v maternici, prirojenih nepravilnosti, obporodnega dušenja ali prirojene oziroma pridobljene okužbe (Neonatologija, 2013).

1.1 Število porodov v slovenskih porodnišnicah

V Tabeli 1 je prikazano število porodov na ginekološko porodniških oddelkih v Sloveniji od leta 2002 do leta 2011. Skupno se je v zadnjem desetletju v slovenskih porodnišnicah zgodilo skoraj 200.000 porodov. Povprečno število porodov na leto je bilo okoli 20.000, na dan pa približno 60. Ker v Sloveniji deluje 14 ginekološko-porodniških oddelkov, bi se morali v povprečju vsak dan v vsaki izmed porodnišnic zgoditi 4-je porodi, kar letno predstavlja približno 1.400 porodov na porodnišnico. Povprečno letno število porodov se med porodnišnicam precej razlikuje. Štiri porodnišnice imajo povprečno manj kot dva poroda na dan (Brežice 1.2, Trbovlje 1.3, Jesenice 1.6, Koper 1.8), od 2 do 3 porode na dan imajo 4 porodnišnice (Nova Gorica 2.1, Murska Sobota 2.4, Ptuj 2.4, Slovenj Gradec 2.5), od 3 do 6 porodov na dan ima 5 porodnišnic (Novo mesto 3.1, Kranj 3.7, Postojna 4.0, Celje 5.3, Maribor 5.7), v ljubljanski porodnišnici je dnevno 16–17 porodov. Kar osem porodnišnic ima manj kot tri porode na dan, preostalih 6 pa več kot tri porode na dan. V terciarnih centrih UKC Ljubljana in Maribor so v letih 2002–2011 opravili več kot 41 % vseh porodov, in sicer na področjih, ki sta najgosteje poseljeni.

Tabela 1: Porodi v Sloveniji po letih in porodnišnicah

<i>Leto</i>													
<i>Porodnišnice</i>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Skupaj 2002–2011	Na dan	
Brežice	410	346	362	382	445	397	486	429	502	482	4.241	1,2	
Celje	1.799	1.646	1.691	1.831	1.902	2.001	2.218	2.110	2.167	2.102	19.467	5,3	
Jesenice	416	428	518	451	578	630	775	662	698	619	5.775	1,6	
Koper	580	572	628	614	602	690	621	752	764	767	6.590	1,8	
Kranj	1.286	1.151	1.261	1.232	1.157	1.315	1.463	1.512	1.623	1.678	13.678	3,7	
Ljubljana	5.264	4.968	5.294	5.501	5.709	6.128	6.710	6.636	6.605	6.404	59.219	16,2	
Maribor	1.978	1.940	1.937	2.031	2.012	1.875	2.244	2.199	2.299	2.178	20.693	5,7	
Murska Sobota	801	845	854	783	790	845	933	985	939	928	8.703	2,4	
Nova Gorica	671	594	710	734	728	817	913	867	873	836	7.743	2,1	
Novo mesto	1.014	994	1.024	1.035	1.098	1.130	1.238	1.247	1.331	1.313	11.424	3,1	
Postojna	1.048	1.336	1.232	1.249	1.470	1.481	1.497	1.622	1.734	1.839	14.508	4,0	
Ptuj	754	803	770	847	877	879	942	934	918	869	8.593	2,4	
Slovenj Gradec	903	881	917	777	851	864	993	992	912	954	9.044	2,5	
Trbovlje	423	401	431	420	442	532	512	536	521	526	4.744	1,3	
Skupaj Slovenija	17.347	16.905	17.629	17.887	18.661	19.584	21.545	21.483	21.886	21.495	194.422	53,0	

Vir: V. Cerar, A. Merlo & M. Gradecki, Strategija celostnega razvoja ginekološko in porodniške (perinatalne) službe, 2010, str. 17; N. Bricelj & A. Ocepek, Analiza poslovanja Slovenskih porodnišnic, 2011, str. 4; Letna poročila 14 slovenskih porodnišnic.

Ocena števila porodov v slovenskih porodnišnicah privede do ključnih vprašanj, (1) ali je ekonomsko in strokovno upravičeno, da za manj kot dva poroda dnevno financiramo popolno opremo in kadre? in (2) ali je varno, da v takšnem okolju poteka usposabljanje za delo v porodništvu (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 7)?

1.2 Velikost porodnišnic

Med pomembnejša sodi vprašanje, kako ocenjujemo velikost porodnišnic oziroma porodniškega oddelka. Enotnega stališča v evropskem merilu ni, saj EURO PERISTAT (2008) v dokumentu European Perinatal Health Report definira kot male porodnišnice tiste z manj kot 500 porodi letno in velike kot tiste z več kot 2000 porodi letno.

Prednosti majhnih porodnišnic so predvsem v tem, da nudijo domačnostno okolje in se osebe zaradi manjših delovnih obremenitev lažje in več posveča varovankam. **Slabosti** manjših porodnišnic pa se pokažejo pri večjih zapletih v nosečnosti ali pri porodu, ki so pogosto nepravilno ocenjeni, predvsem zaradi pomanjkljivih izkušenj. Po podatkih Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema (v nadaljevanju NPIS) so nekatera stanja v porodništvu tako redka, da jih mlad zdravnik v majhni porodnišnici med izobraževanjem praktično ne more srečati in je zato na njih nepripravljen ob njihovem pojavu v vsakdanji praksi. Zato ima velikost porodnišnice velik pomen tudi pri načrtovanju in izvajanju izobraževanja zdravnikov specializantov.

Prednosti velikih porodnišnic so predvsem na strokovnem področju, saj večja frekvenca patoloških procesov pri nosečnicah in pri porodih omogoča hitrejšo razpoznavo teh stanj, timsko obravnavo in hkrati ustrezno ukrepanje. **Slabosti** velikih porodnišnic pa so manj domače okolje in večji poudarek na strokovnem in pedagoškem delu kot na sanatorijski obliki obravnave varovank (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 7-8).

Dokument Strategija razvoja in celostne ureditve ginekološko-porodniške službe v Sloveniji (Cerar, Merlo & Gradecki, 2010, str. 18-19), ki ga je pripravila delovna skupina strokovnjakov imenovana s strani ministra pristojnega za zdravje, prišteva med porodnišnice na sekundarnem nivoju tiste, ki imajo vsaj 1000 porodov na leto, optimalno 1500–1700 porodov letno. Pri tej frekvenci bi bili povprečno vsaj 3 porodi na dan, v najboljšem primeru 4–5 porodov na dan in 3–4 carski rezi na teden. Ob takih parametrih bi lahko zagotavljali strokovnost, izkušnost, varnost porodnic in možnost učenja. Iz podatkov iz Tabele 1 lahko razberemo, da imamo v Sloveniji samo 6 porodnišnic, katere bi lahko prištevali k bolnišnicam na sekundarnem nivoju. Pri taki porodnišnici je za zagotavljanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva nosečnic in porodnic potrebno naslednje **osebje**: 8–10 porodničarjev, 12 diplomiranih bobic, 4–5 neonatologov. Vedno morata biti prisotna oziroma na razpolago en anesteziolog in ena instrumentarka. Zagotovljena naj bi bila možnost lajšanja porodnih bolečin z epiduralno analgezijo, pokrita s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izmed **opreme** bi bile potrebne 3 porodne postelje, 3-je kardiografii, od katerih naj bi eden imel

možnost monitoriranja funkcij matere in otroka ter ustrezni porodniški instrumentarij. Za varno delovanje porodnišnice je potreben tudi dostopen urgentni laboratorij in ustrezna transfuzijska oskrba (2 litra 0 Rh D-krvni ni dovolj). **Potrebni prostori:** 2–3 porodne sobe, ambulanta za sprejem in triažo, bolniške sobe s 15 postelj za otročnice (od tega 3 postelje za otročnice po carskem rezu) in 5 postelj za nosečnice (pri tem upoštevamo povprečno ležalno dobo največ 4 dni po normalnem porodu in največ 6 dni po carskem rezu), operacijska dvorana, ki je vedno na razpolago ter 1–2 inkubatorja.

1.3 Kadri

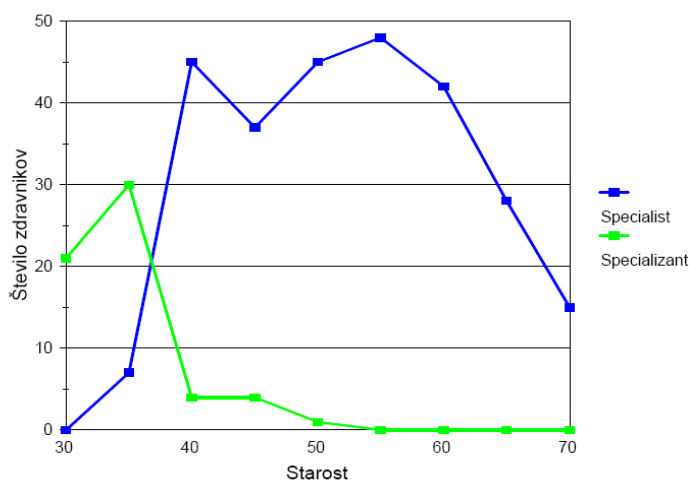
Porode v vseh porodnišnicah vodijo babice pod nadzorom zdravnikov. Babice delajo v turnusu in nimajo »svojih« nosečnic in porodnic. Zdravniki delajo v porodništvu v rednem delu in dežurajo. Večina zdravnikov je ginekologov, specialistov porodničarjev je malo. Dežurajo ginekologi, zaposleni v bolnišnicah in tudi ginekologi s primarnega nivoja. Glede tega se ginekološko porodniški oddelki precej razlikujejo med seboj. V porodnišnicah delajo tudi pediatri neonatologi, ki so oddelčni ali prihajajo s pediatričnih oddelkov bolnišnice. Specializacije ali subspecializacije iz neonatologije ni. Na neonatalnih oddelkih delajo tudi babice ali medicinske sestre. Na porodniških oddelkih delajo anesteziologi, ki pripadajo porodnišnici, ginekološko porodniškemu oddelku ali celi bolnišnici. Z njimi sodelujejo anestezijske medicinske sestre (Cerar, Merlo & Gradecki, 2010, str. 17).

- **Ginekologija in porodništvo**

Podatki iz raziskav kažejo, da je velika razlika v obravnavi porodnic in ginekoloških bolnic v Sloveniji. Te razlike se kažejo v obremenitvah s porodi, s kirurškimi posegi in z različnimi urnimi obremenitvami hospitalnih ginekologov. Tu se postavlja ključno vprašanje. Specializacija iz ginekologije in porodništva je dolgotrajen proces izobraževanja, ki se konča s specialističnim izpitom. Povprečen strošek specializacije za enega specializanta vključno s specialističnim izpitom je 236.438 EUR. Veščine in znanja specialistov po izpitu so preverjene in specialist je sposoben opravljati samostojno oskrbo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Pridobljeno znanje in veščine bi se strokovno in ekonomsko upravičeno morale odražati v delovanju specialistov na dveh ravneh – primarni in sekundarni. Zato je smiselno, da so vsi specialisti ginekologije in porodništva vključeni v ambulantno in hospitalno delo. Le na ta način se bo proces dolgotrajne in drage specializacije »amortiziral«, hkrati bo omogočena kontinuirana oskrba varovank in z reorganizacijo dela tudi večja dostopnost do specialistov ginekologov ter porodničarjev. Tako hospitalni kot ambulantni ginekologi so dolžni nuditi nujno (neprekinjeno 24-urno) zdravniško pomoč, kar pri sedanjí organizaciji dela ni realizirano. V dokumentu Strategija razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Sloveniji (Meden Vrtovec, 2010, str. 5-7) ugotavljajo, da je Slovenija po številu ginekologov na 100.000 prebivalcev v evropskem povprečju. To razmerje se z leti opazno spreminja in kaže trend rasti, saj je bilo v letu 2001 12 ginekologov na 100.000 prebivalcev, leta 2003 jih je bilo 14, v letu 2010 pa 16. Starostna struktura

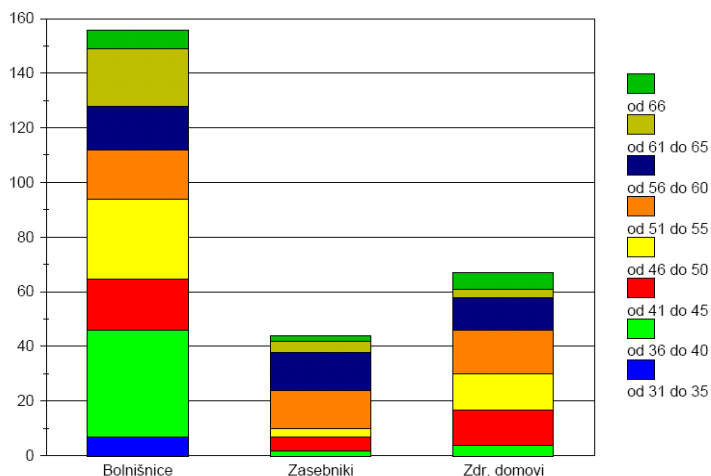
specialistov ginekologov in porodničarjev je za vzdrževanje neprekinjenega zdravstvenega varstva občutno neugodna, saj je 50 % vseh specialistov starejših od 51 let, kar lahko vidimo v Sliki 2 in Sliki 3. Vendar Slovenija tudi uspešno načrtuje pomlajevanje kadrov na področju ginekologije in porodništva, saj s 60 specializanti (18 %) sodi med prve tri države v Evropi. V Sloveniji smo leta 2010 imeli 268 specialistov ginekologije, od tega jih je 156 delalo v bolnišnicah, 67 na primarni ravni v zdravstvenem domu, 44 je bilo zasebnikov na primarni ravni, en specialist ginekolog pa je bil zaposlen v zdravilišču kot je prikazano v Sliki 3 (Zupančič, 2011b).

Slika 2: Specialisti in specializanti



Vir: H. Meden Vrtovec, *Specializacija iz ginekologije in porodništva*, 2010, str. 8.

Slika 3: Specialisti po starosti in zaposlitvi



Vir: H. Meden Vrtovec, *Specializacija iz ginekologije in porodništva*, 2010, str. 7.

- **Babištvo**

Dejavnosti babic v Sloveniji, ki naj bi jih Slovenija po vključitvi v EU upoštevala in izvajala, so zapisane v Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 36/2005/ES. Babice v Sloveniji so le redko zaposlene v dispanzerjih za ženske, kjer bi opravljale svetovanja in skrbele za nosečnice – vodijo normalne porode in izvajajo epiziotomijo³, sodelujejo z zdravnikom pri medeničnih porodih, pri porodu dvojčkov, kot tudi pri pri morebitnih opaženih nepravilnostih. V prvih treh urah pregledujejo in negujejo novorojenčka ter skrbijo za žensko. Na poporodnih oddelkih je babic malo. Dejavnosti babic, ki jih kot minimalni standard odredjajo direktive EU, marsikje opravljajo medicinske sestre. Podatki iz leta 2010 kažejo (Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije), da je bilo v registru izvajalcev babiške nege registrirano 690 babic, od tega okoli 200 diplomiranih babic. Vendar naj bi bilo babic še več, saj je podeljevanje licence za opravljanje dejavnosti še vedno v teku. Statistični izračun o povpraševanju po babicah še ni bil opravljen. S primerno reorganizacijo zdravstvenega varstva na primarni in sekundarni ravni bi utegnili potrebovati veliko več babic (Čelhar, Prelec & Zakšek, 2010, str. 21-23).

- **Dežurna služba**

Dežurna služba na področju ginekologije in porodništva predstavlja pomembno dejavnost, s katero izboljšujemo kazalce obolenosti in umrljivosti pri ginekoloških bolnicah, nosečnicah in porodnicah. Dežurna služba je v Sloveniji organizirana po regionalnem principu in jo zagotavlja deset regionalnih splošnih bolnišnic (Brežice, Celje, Izola, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec, Trbovlje); dve bolnišnici za ginekologijo in porodništvo (Kranj, Postojna); ter dva univerzitetna klinična centra (Ljubljana, Maribor). V teh ustanovah se zagotavlja neprekinjeno 24-urno zdravstveno varstvo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 8). Dežurna služba se prične po preteku rednega delovnega časa in traja do začetka naslednjega delavnika. Na podlagi 2. odstavka 6. člena **Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva** (Ur.l. RS 94/2010) se dežurstvo lahko izvaja le v naslednjih časovnih obdobjih: od ponedeljka do petka 00.00–7.00 ure ter 20.00–24.00 ure; v soboto, nedeljo in na z zakonom določen dela prost dan pa 00.00–24.00 ure. V dokumentu Strategija razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji (Takač, Lukanović & Weber, 2010, str. 29) lahko razberemo, da je v Sloveniji na področju ginekologije in porodništva 27 dežurnih mest, od tega 21 stalnih (v ustanovah) in 6 v pripravljenosti (na klic). Po podatkih, ki jih je Delovna skupina pridobila od Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju ZZS) je v letu 2009 delovalo v Sloveniji 332 specialistov, 58 specializantov

³ Epiziotomija je kirurški poseg, oziroma kirurški rez na področju presredka (perineum) ali perineja, področja, ki ustvarja dno žličke. Perineum je pravzaprav mišica, ki se nahaja med zunanjim delom vagine in anusom. Epiziotomija je namenjena razširitvi porodne odprtine skozi katero se rojevajo otroci, ter preprečevanju raztrganin na področju presredka, pri čemer se lahko poškoduje tudi zaključni del debelega črevesa (Epiziotomija, 2013).

ginekologije in porodništva. Od tega je po dobljenih podatkih 148 specialistov zaposlenih v ustanovah sekundarnega in terciarnega nivoja. Število ginekologov - porodničarjev, ki delujejo na primarnem nivoju, izmed navedenih podatkov ni zanesljivo/natančno, saj sta v anketah manjkala podatka za področji Ljubljano in Kranj. Skupaj je torej delovalo v letu 2009 na primarnem nivoju 139 specialistov ginekologov - porodničarjev. Skupaj s specialisti na sekundarnem in terciarnem nivoju to znese 287 zdravnikov. Za ostalih 45 specialistov se lahko predvideva, da so ali upokojeni ali pa še iščejo zaposlitev.

1.4 Gospodarsko finančni vidik poslovanja

Slovenske porodnišnice oziroma ginekološko porodniški oddelki so zaradi izvajanja programov ali storitev, ki jih uvrščamo med dejavnosti posebnega družbenega pomena, oblikovani v okviru javnih zdravstvenih zavodov oziroma ustanovljene kot samostojni javni zdravstveni zavodi, katerih dobiček ni primarni cilj. Merjenje uspešnosti nepridobitnih zavodov je zahtevnejše od pridobitnih, saj dobičkonosno poslovanje ni edini kazalec uspešnosti. Ne glede na to je gospodarno ravnanje s sredstvi ter odločanje na osnovi ekonomskih informacij v porodnišnicah prav tako pomembno kot v gospodarskih družbah. Management javno zdravstvenega zavoda je uspešen, če je poslovanje gospodarno in finančno vzdržno, kar pomeni, da se raven zdravstvenih storitev znotraj razpoložljivih sredstev optimizira (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 2).

Leta 2011 je skupina študentov podiplomskega študija Ekonomske fakultete v Ljubljani opravila analizo poslovanja porodnišnic po Sloveniji. Podatke so pridobili pri plansko analitskih službah slovenskih porodnišnic – od tega ena porodnišnica ni posredovala podatkov /.../ (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 2-3). Ugotovili so, da rezultati poslovanja niso odvisni od števila porodov v določeni porodnišnici. Porodnišnice so za porode plačane po sistemu skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP) – kar pomeni, da so za težje primere plačane več kot za lažje. Ugotovljeno je bilo, da sta najvišjo povprečno težavnost porodov, poleg Kliničnih centrov Ljubljana in Maribor (kamor se stekajo najtežji primeri) opredelili tudi dve porodnišnici z manj kot 1.000 porodi na leto, ki sta po lastnih opredelitvah imeli v povprečju težje primere kot Klinična centra. Ker porodnišnice poleg porodov izvajajo tudi druge akutne bolnišnične obravnave, ki zajemajo skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), so študentje izračunali tudi povprečno skupno utež SPP. Ugotovili so, da obremenjenost kadra na primer izjemno variira med porodnišnicami, vendar od tega ni odvisna finančna uspešnost. Le-ta je odvisna od razmerja med ustvarjenimi stroški in zasluženimi prihodki na podlagi težavnosti primerov (uteži SPP). Na prve vpliva predvsem struktura zaposlenih in angažirana sredstva, zato ni presenetljivo, da najvišje stroške na primer realizirata obe porodnišnici kliničnih centrov. Na prihodke pa vpliva lastno opredeljena težavnost primerov. Raziskava je pokazala, da kar pet majhnih porodnišnic opredeljuje, da obravnava v povprečju težje primere od porodnišnice Kliničnega centra Maribor. Te porodnišnice prejemajo zato več prihodkov. Kar štiri porodnišnice delajo z izgubo. Zanimivo je tudi dejstvo, da je druga finančno najuspešnejša porodnišnica tista, ki je realizirala najmanjše število porodov oziroma obseg

zdravstvenih storitev in nima najmanjšega obsega sredstev (Slapničar, Bricelj & Ocepek, 2011, str. 4-5). Raziskava študentov je pokazala, da tržna dejavnost porodnišnic zavzema zelo majhen delež celotnih prihodkov iz poslovanja. Donosnost sredstev kot kazalec uspešnosti med porodnišnicami zelo niha, tako da se zastavlja vprašanje enakosti pogojev poslovanja zaradi odpisanosti opreme in vprašanje pravilne evidence opreme po stroškovnih mestih. Z vidika proučevanja kazalnikov gospodarnosti, kazalnikov donosnosti sredstev, študentje ugotavljajo, da uspešnost posameznega izvajalca ni povezana z velikostjo porodnišnice in ekonomijo obsega, saj prvi dve mesti po uspešnosti zavzemata največja porodnišnica v okviru tercijalnega centra UKC Ljubljana in najmanjša po številu porodov splošna bolnišnica Brežice. Celotna analiza, ki so jo opravili študentje, dokazuje, da je finančno poslovanje povezano z lastnim opredeljevanjem težavnosti primerov preko SPP-jev. Za financiranje dejavnosti bi bil zato na področju finančnega nadzora bolnišnic nadzor SPP-jev najpomembnejši element, ki bistveno vpliva na prerazporejanje denarnih tokov med bolnišnicami (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 19).

Pri zgornji analizi ekonomske vzdržnosti porodnišnic v raziskovalni študiji je potrebno izpostaviti pridobivanje in kakovost podatkov, saj predvsem v splošnih bolnišnicah, kjer predstavlja ginekološko porodniški oddelek le del zdravstvenih dejavnosti, finančnih podatkov ni bilo možno pridobiti ločeno za ginekološko porodniški del oziroma po ustreznih stroškovnih mestih. Ločeno spremljanje podatkov po posameznih dejavnostih v splošnih bolnišnicah, ki ga trenutno ni, bi pripomoglo k preglednejšemu poslovanju ter odločitvam, kateri programi so upravičeni (finančno, strokovno in medicinsko podprti). Posledica navedenega je bila otežena primerjava ekonomsko računovodskih kategorij: npr. obremenjenost kadra, prihodkov, stroškov znotraj posameznih izvajalcev idr. Porodnišnice se razlikujejo po organizaciji in obsegu dela (le določene izvajajo reproduktivno zdravljenje), zato je rezultat le približek dejanskega stanja. Prav tako plansko analitske službe slovenskih porodnišnic uporabljajo različne načine za beleženje in evidentiranje ekonomskih kategorij in ostalih podatkov, zato je zgornja analiza poslovanja porodnišnic narejena na podlagi le nekaterih ključnih ekonomskih kategorij in na podlagi nekaterih neračunovodskih podatkov ginekološko porodniškega oddelka kot celote. Zanesljivost in natančnost predstavljenih finančnih in nefinančnih kazalcev je odvisna od natančnosti, načina spremljanja ter evidentiranja podatkov plansko analitskih služb slovenskih bolnišnic (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 2-3, 19).

1.5 Ocenjevanje kakovosti dela v porodnišnicah

Ocena kakovosti dela je odvisna od kazalcev, ki so izbrani za presojo in primerjavo. Ocena in primerjava števila otrok s premajhno porodno težo ali porodnic s prezgodnjim porodom ne sodi v oceno porodnišnice po kazalcu kakovosti, saj sta oba dejavnika povezana s kakovostjo prenatalnega varstva⁴ in ne s kakovostjo dela porodnišnice. Takšne ocene vodijo v napačne

⁴ Prenatalno varstvo pomeni predporodno varstvo (Prenatalno varstvo, 2013).

zaključke in sklepanja. Nekateri poudarjajo kot vodilni kazalec maternalno mortaliteto, kar je ponovno večplasten problem. Retrospektivna analiza maternalnih smrti v 50 ameriških državah je pokazala, da imajo največjo smrtnost najmanjši in največji porodniški oddelki: najmanjši zato, ker ne prepoznajo tveganja za resnejše zaplete, največji pa zato, ker prepoznana tveganja za nosečnice iz srednje velikih porodnišnic premestijo k njim (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 5). V Sloveniji poteka že od leta 1999 pod okriljem ZZS zbiranje in redna obdelava podatkov NPIS-a, ki vključuje 18 kazalcev kakovosti dela v porodnišnicah. Zaradi relativno nizke incidence zapletov je praktično nemogoče strokovno oceniti minimalno število porodov, ko porod v takšni porodnišnici postane bolj tvegan. Zato je za odločanje primernejši podatek o tem, v kakšni meri so zagotovljeni minimalni standardi za varen porod in oskrbo novorojenčka (24-urna prisotnost porodničarja, neonatologa, anesteziologa idr.). Kritična ocena izbora kazalcev pokaže, da v kakovost dela v porodnišnici ne sodi odstotek eklampsij⁵, saj so le-te odvisne od kakovosti dela v prenatalnem varstvu. Tudi letalne malformacije⁶ niso povezane s kakovostjo dela, prav tako ne število nosečnic, ki imajo več pregledov do 12. tedna nosečnosti, in tistih, ki rodijo po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo. Presoja kakovosti dela porodnišnic mora zato temeljiti na kazalcih, ki dejansko predstavljajo strokovno, kadrovsko in organizacijsko kapaciteto posameznih porodnišnic ter kakovost medicinske opreme. Na kakovost dela v porodnišnicah zagotovo vpliva strokovna usposobljenost kadrov, starostna struktura osebja, praktična znanja in veščine, posebna znanja (subsposobnost) in organiziranost kontinuiranega izobraževanja. Dobra opremljenost z aparaturami je pogoj za optimalno delo, ni pa porok za boljšo kakovost. V presojo dela posameznih porodnišnic sodijo vsekakor tudi delovni pogoji in okolje ter zavzetost in motiviranost delavcev (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 5-6).

Podatki NPIS-a za obdobje od 2002–2011 kažejo, da je v zadnjem desetletju poraslo število porodov za 24 %. Mrtvorojenost je ostala enaka, znižali pa sta se umrljivost plodov med porodom in umrljivost novorojenčkov pred odpustom. Vsa umrljivost novorojenčkov pred odpustom pa se je v zadnjih 10-ih letih zmanjšala za 34 %. Le 0,2 odstotka žensk je rodilo doma ali na poti v porodnišnico – umrljivost novorojenčkov na domu je bila petkrat večja kot v porodnišnicah; povečal se je odstotek preživetja novorojenčkov okoli 30. tedna nosečnosti, ki skorajda doseže odstotek preživetja ob predvidenem dnevu poroda. Stopnja maternalne umrljivosti se v zadnjih 30-ih letih žal ni spremenila in je v primerjavi z drugimi evropskimi državami velika. Vodi samomor zaradi duševnih motenj. Pogostnost transfuzije med in po porodu rahlo upada, ostaja pa visoka stopnja histerektomij⁷ po porodu. Obporodna oskrba novorojenčkov se z leti izboljšuje, bilo je manj obporodnih asfiksij⁸ in možganskih krvavitev. V naslednjih letih naj bi v porodnišnicah posvetili veliko pozornosti preprečevanju carskih

⁵ Eklampsija je oblika epileptičnega napada, ki ga sprožijo bolezenski procesi zaradi nosečnosti (Poslovna aplikacija) (Eklampsija, 2013).

⁶ Malformacije so tip nepravilnosti, ki nastanejo med razvojem neke strukture, npr. med razvojem organov; tj. med 3. in 8. tednom po oploditvi. Posledica tega je lahko delna ali popolna odsotnost prizadete strukture, lahko pa tudi sprememba v delovanju (Malformacije, 2013).

⁷ Histerektomija pomeni kirurška odstranitev maternice (Histerektomija, 2013).

⁸ Asfiksija pomeni dušenje (Asfiksija, 2013).

rezov, vključno s problemom poporodnih histerktomij, in duševnemu zdravju nosečnic ter spodbujanju »babiškega poroda« (Verdnik, Novak Antolič & Zupan, 2013, str. 71).

Slovenske porodnišnice so si podobne po številnih kazalcih (mrtvorojenost, prenizka porodna teža za gestacijsko starost⁹, prezgodnji porod). Ob upoštevanju doktrinarnih stališč vse dosegajo zadovoljivo raven kakovosti. Dosedanje analize, ki temeljijo na kazalcih kakovosti, niso posredovale zadovoljivega odgovora na pomembno vprašanje: Katero porodnišnico bi lahko ukinili brez škode za reproduktivno zdravje prebivalcev (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 1)?

1.6 Zakonodaja

Vse bolnišnice v Sloveniji (in s tem tudi porodnišnice) so organizirane kot javni zdravstveni zavodi. Javni zavodi, ki so v Sloveniji še vedno prevladujoča oblika organiziranosti izvajalcev zdravstvenih storitev, so ustanovljeni po posebni zakonodaji, ki ni del podjetniške zakonodaje (**Zakon o zavodih**, Ur. l. RS št. 12/1991 in nasl.). Ustanovitelj ali lastnik javnih zdravstvenih zavodov je lahko ali država preko Ministrstva za zdravje Republike Slovenije ali določena občina (5. člen **Zakona o zdravstveni dejavnosti** (Ur.l. RS št. 9/1992; v nadaljevanju ZZDej)), ustanovitelj pa mora zagotoviti ustrezne materialne pogoje za delo zavoda in potrebne zmogljivosti, kar pomeni, da mora zagotoviti ustrezna sredstva za potrebne investicije (27. člen ZZDej). Ustanovitelj je tako tudi lastnik sredstev, ki jih posamezni izvajalec zdravstvenih storitev na ta način pridobi za izvajanje svojih dejavnosti. Ustanovitelj bolnišnic v Sloveniji je država, preko Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. V primeru bolnišnic ustanovitelj oziroma lastnik, tj. država, upravlja tak javni zdravstveni zavod preko posebnega organa, ki ga imenujemo svet zavoda, sestavljajo pa ga predstavniki ustanovitelja, delavcev zavoda ter zavarovancev oziroma uporabnikov storitev zdravstvenega varstva (Došenović, 2010, str. 28).

Bolnišnice spadajo po opredelitvi **Zakona o javnih financah** (Ur. l. RS št. 11/2011 in nasl.) med posredne proračunske uporabnike. Spadajo med določene uporabnike Enotnega kontnega načrta, ki ga uporabljajo osebe javnega prava in tiste pravne osebe, za katere ne velja Zakon o gospodarskih družbah. Za računovodenje bolnišnice uporabljajo **Zakon o računovodstvu** (Ur. l. RS št. 23/1999 in nasl.) ter **Slovenski računovodski standard 36**.

Ministrstvo za zdravstvo (ki zastopa državo), predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, ZZS, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih narodnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije) in Zavod za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju ZZZZ) so partnerji določeni z **Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju** (UR. l. RS št. 72/2006; v nadaljevanju ZZVZZ), ki odločajo o programu zdravstvenih storitev.

⁹ Gestacijska starost je starost ploda (Gestacijska starost, 2013).

Vsako leto glede na razpoložljiva sredstva določijo letni program zdravstvenih storitev za vso državo (Kozamernik, 2005, str. 20). Osnovni dokument, s katerim uredijo partnerji medsebojne odnose, je **Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013** (v nadaljevanju Dogovor). Pogajanja o programu zdravstvenih storitev se pričnejo v prvi polovici septembra vsako leto. Na redni seji partnerji na vsebino Dogovora dajo predloge za spremembe in dopolnitve. Za sprejetje predlogov je potreben konsenz vseh. Sporna vprašanja partnerji obravnavajo na arbitraži. Arbitraža se odloča s konsenzom vseh arbitrov. V primeru, ko konsenz ni sklenjen, o spornih vprašanjih odloča Vlada Republike Slovenije (Komac, 2012, str. 6). Dogovor določa: zdravstveni program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa; obseg sredstev za dogovorjene programe; globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih opredeljenih v Dogovoru; izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oz. cen zdravstvenih storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in javnimi zdravstvenimi zavodi (Ministrstvo za zdravje et al., 2013).

Nadaljnje pravne podlage pa so **letne pogodbe**, ki jih posamezni izvajalci zdravstvenih dejavnosti sklenejo z ZZZS. Letne pogodbe se sklenejo tudi s posameznimi zdravstvenimi zavarovalnicami, ki zavarujejo prostovoljno zavarovanje (Lozej & Strgar, 2004, str. 45). Za bolnišnice je najpomembnejši planski akt Pogodba z ZZZS o obsegu delovnega programa. Kar dobrih 98 % vseh prihodkov se financira na podlagi sklenjene pogodbe, le neznatni del, 1–2 odstotka vseh prihodkov, pa bolnišnica planira kot prihodek na trgu, npr. dejavnost kuhinje za zaposlene in zunanje kupce, pranje perila drugim zavodom ter podjetjem, opravljanje hospitalnih in specialističnih ambulantnih samoplačniških storitev itd. Vendar je v prihodnje pričakovati, da se bo delež prihodkov, ki bodo doseženi na trgu in ne bodo financirani s strani javnih sredstev (ZZZS), povečeval v bolnišnicah, ki bodo pripravljene sprejeti nove izzive ter priložnosti, ki se bodo porodile na trgu. S povečanjem tržnih prihodkov pa se bo povečevala tudi konkurenčnost med bolnišnicami na slovenskem in širšem evropskem prostoru. Prav zato bodo morale bolnišnice načrtno graditi na izboljšanju učinkovitosti poslovanja in poiskati svoje tržne niše ter ponuditi kakovostne storitve za primerno ceno (Sambt, 2006, str. 5-6). ZZZS je zato že leta 2009 uvedel **nacionalni razpis za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo izbranih zdravstvenih programov**, s ciljem povečanja dostopnosti na podlagi povečevanja konkurenčnosti med izvajalci. Leta 2009 je bil razpis izveden za štiri zdravstvene programe leta 2010 pa že za deset zdravstvenih programov (za področje porodništva in ginekologije je bil izbran program; lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema). Dodatna sredstva so se zagotovila tako, da se je vsem izvajalcem zdravstvenih storitev znižal planirani obseg navedenih programov (za leto 2010 se je znižal za 30 odstotkov), skladno s tem pa tudi planirana vrednost programov. Pri tem so se posameznemu izvajalcu celotna sredstva lahko znižala za največ tri odstotke glede na skupno planirano vrednost akutne bolnišnične obravnave na letni ravni po veljavnih cenah oziroma za največ tri odstotke glede na skupno planirano vrednost specialistično ambulantne dejavnosti na letni ravni po veljavnih cenah. Kot kriterij sta se upoštevala (1) cena – ki ni smela biti višja od veljavne cene v času razpisa – in (2) obdobje, v katerem bo izvajalec izvedel program

(Ministrstvo za zdravje, 2011, str. 4-5). Za leto 2013 nacionalnega razpisa ni bilo razpisanega in se ne ve ali bo razpis še kdaj potekal. Kljub nekaterim nepravilnostim in pomankljivostim, ki so se pojavili pri tem razpisu, pa je razpis po ocenah ZZZS v zadnjih treh letih povečal dostopnost do zdravstvenih storitev in zagotovil skrajšanje nekaterih čakalnih dob (STA, 2013a).

V sistemu financiranja zdravstvene dejavnosti so merila za vrednotenje delovnega programa dogovorjena z ZZZS. Kot že omenjeno: obseg se vsako leto na novo določi v Dogovoru, in sicer za vsako dejavnost bolnišnice posebej. Za modele plačevanja izvajalcem bolnišnične dejavnosti v Sloveniji je značilno, da so prospektivni. Obstajata prospektivni model plačevanja in retrospektivni model plačevanja: Prospektivni model plačevanja pomeni, da se izvajalci in plačnik vnaprej dogovorijo za določeno plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa. Pri retrospektivnih modelih plačevanja, plačnik za višino izdatkov izve tedaj, ko mu izvajalec pošlje račun za opravljene zdravstvene storitve. Modeli vnaprej omejujejo raven finančnih sredstev, do katerih je na podlagi realiziranega vnaprej dogovorjenega programa upravičen izvajalec (Ceglar, 2005, str. 49-50). Od leta 2003 se v Sloveniji za plačilo akutne bolnišnične obravnave¹⁰ uporablja model plačevanja po SPP. Za neakutne bolnišnične obravnave¹¹ in ostale bolnišnične dejavnosti pa se uporablja plačilo opravljenih primerov (npr. za financiranje psihiatrične dejavnosti), plačilo bolnišničnih oskrbnih dni (npr. za nego na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje in zdravstveno nego ter paliativno oskrbo) ali pa enotno ceno za posamezni poseg, npr. za transplantacijo ledvic (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013a).

Najpomembnejša za porodnišnice je akutna bolnišnična obravnava. Kot že omenjeno, osnova za zaračunavanje opravljenega dela akutnih bolnišničnih obravnav temelji na SPP. Sistem SPP postavlja kot osrednji element bolnišničnega dela diagnozo ali skupino diagnoz bolnišničnih pacientov, pri razvrščanju pacientov v posamezne diagnostične skupine pa upošteva tudi opravljene storitve. S tem se izogne slabostim proračunskega sistema, ki so predvsem v tem, da ne upošteva vsebine dela v bolnišnicah. Po drugi strani pa tudi ne stimulira prekomernega produciranja zdravstvenih storitev, kar se dogaja v storitvenem sistemu. Plačilo za zdravljenje pacienta z določeno diagnozo je namreč več ali manj fiksno, zato je interes bolnišnice, da skrajša ležalno dobo in ne pretirava s številom storitev (Soršak, 2005, str. 76). Seznam SPP je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP določeno utež. Cena za eno utež je določena v Dogovoru in se spreminja v skladu z vsakoletnim dogovorom. Uteži se spremenijo največkrat enkrat letno. Največja težava tega sistema je zaradi lastnega opredeljevanja težavnosti primerov preko SPP-ja (gl. poglavje 1.4 o gospodarskem finančnem vidiku poslovanja). Porodnišnice so po modelu SPP plačane za porode, splave, lažje posege

¹⁰ Akutno bolnišnično obravnavo lahko opredelimo kot skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici (Stariha, 2009).

¹¹ Neakutna bolnišnična obravnava praviloma predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013a).

ženskega reproduktivnega sistema, operacije ženske stresne inkontinence¹² idr. Za programe spremstva oseb na bolnišnični obravnavi (vključno doječe matere) porodničnice obračunavajo primere. Primer je zaključena stacionarna bolnišnična obravnava zavarovane osebe v eni dejavnosti, ki praviloma traja več kot 24 ur in vključuje vsa opravila za zavarovano osebo v času njenega bolnišničnega stacionarnega zdravljenja. Izvajalci oblikujejo primer in bolnišnično oskrbni dan kot storitev v okviru bolnišničnega zdravljenja po podskupinah bolnišnične dejavnosti v skladu s šifrantom ZZZS. V porodničnicah delujejo tudi specialistične ambulantne dejavnosti (programi: pediatrija, bolezni dojk, mamografija in ultrazvok dojk) ter osnovna zdravstvena dejavnost (program dispanzer za žene). Pogoje in načine financiranja specialistične ambulantne dejavnosti prav tako ureja vsakoletni Dogovor. Storitve se obračunavajo v skladu z Zeleno knjigo. Vrednosti točk se določijo za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti. Če posamezen izvajalec opravlja več ožjih specialističnih ambulantnih dejavnosti, za vsako pogodbeno dejavnost uporablja veljavno ceno točke. Za posamezne specialistično-ambulantne dejavnosti so v vsakoletnem dogovoru opredeljeni standardi za delo ambulant. Tako morajo izvajalci doseči standardizirano število točk, da si zagotovijo 100-odstotno plačilo planiranih finančnih sredstev. Partnerji lahko v Dogovoru opredelijo tudi druge elemente za ugotavljanje realizacije programa, kot je na primer število obiskov (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013a).

Zakonodaja v zdravstvu se ves čas spreminja in dopolnjuje, še posebno sedaj, ko je kriza, in je sredstev v državni blagajni vse manj. Poleg zgoraj naštetih zakonov je že l. 2012 stopil v veljavo **Zakon za uravnoteženje javnih financ** (Ur. l. RS št. 40/2012; v nadaljevanju ZUJF) z naslednjimi pomembnimi ukrepi, ki so bistveno vplivali na poslovanje bolnišnic v letu 2012 (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 46):

- odprava 3. in 4. četrtnine plačanih nesorazmerij;
- osnovne plače plačnih razredov so se znižale za 8 %;
- znižanje regresa za prehrano med delom;
- spremembe na področju povračil stroškov prevoza na delo in z dela;
- izplačilo regresa za letni dopust ob upoštevanju uvrstitve zaposlenega v plačni razred v mesecu pred izplačilom regresa;
- znižanje solidarnostne pomoči in jubilejnih nagrad;
- nižje odpravnine ob upokojitvi;
- omejitev študentskega dela;
- omejitve sklepanja avtorskih in podjemnih pogodb.

¹² Stresna inkontinenca pomeni nekontrolirano uhajanje urina med običajnimi vsakodnevnimi aktivnostmi (Stresna inkontinenca, 2013).

1.7 Problematika porodništva in ginekologije v Sloveniji

1.7.1 Problem zagotavljanja kadrov na ginekološko porodniških oddelkih

Obseg in kakovost opravljenega dela na področju perinatologije v Sloveniji je delovna skupina Ministrstvo za zdravje (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 6) ocenjevala po podatkih NPIS-a. Rezultati analize izbranih spremenljivk so pokazali, da število opravljenih storitev v terciarnih centrih signifikantno izstopa. Ob signifikantno večjem obsegu opravljenega dela (večjemu deležu dejavnosti iz naslova terciarja) v večjih bolnišnicah in terciarnih centrih je v teh ustanovah kadrovska problematika najbolj pereča prav zaradi določb **Zakona o zdravniški službi** (Ur. l. RS 36/04, 62/04, 72/06, 15/08, 58/08) in ZZDej-a (Ur. l. RS 36/04, 80/04, 23/05, 23/08). Glede na potrebo po določitvi obsega dela za zdravnike, ki jo neposredno opredeljuje 26. člen **Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi** (v nadaljevanju ZZdrS-E), ki je bil sprejet 30. maja 2008, je delovna komisija Ministrstva za zdravje pripravila normative za zdravnike na sekundarni ravni v kirurških strokah. V zavodih, ki opravljajo tudi delo na terciarni ravni, se normativ za zdravnike, ki opravlja terciarno delo, zmanjša za največ 30 %. Posledično to pomeni, da z razpoložljivimi kadri in ob nespremenjenem obsegu dela v terciarnem centru, z zakonom usklajena organizacija dela ni mogoča. Zato nadalje 26. člen ZZdrS-E omogoča sklepanje podjemnih pogodb z drugimi zdravniki in izdajanje dovoljenj za zaposlene zdravnike za delo pri drugem delodajalcu. Tako delavci na delovišču z večjim obsegom dela izkoriščajo določbo 41d-člena Zakona o zdravniški službi, ki določa, da je delodajalec dolžan zagotavljati delavcu dnevni počitek v trajanju 12 ur nepretrgoma in tedenski počitek v trajanju 24 ur nepretrgoma. Preprosto zapisano to pomeni: beg delavcev na drugo delovišče, kjer je obseg dela manjši. Nadaljnji problem prehajanja kadrov iz večjih centrov v manjše je tudi ta, da so čisti prihodki od dela izplačani po podjemnih pogodbah bistveno večji od izplačil v domicilni ustanovi. Na področju ginekologije in porodništva je največji problem zagotavljanje zdravnikov anesteziologov in pediatrov neonatologov. Potrebno pa je izpostaviti tudi dejstvo, da je delo na področju ginekologije in porodništva v Sloveniji – ne glede v kateri ustanovi oziroma okolju je delavec zaposlen – enako finančno ovrednoteno. Šele, ko bodo zaposleni v ustanovi z večjim obsegom dela in zahtevnejšo patologijo bolje nagrajeni, bo interes za delo večji.

1.7.2 Problematika izvajanje ginekološko porodniške dežurne službe v Sloveniji

Zaradi vse bolj omejevalne zakonodaje s področja dela in počitka po delu, neugodne starostne strukture specialistov ginekologije in porodništva, delitve ginekologov in porodničarjev na primarni, sekundarni in terciarni nivo ter vse večje skrbi za kakovostno zdravstveno varstvo žensk in nosečnic ter porodnic, so se v mnogih ginekološko-porodniških ustanovah že pojavili resni znaki, ki kažejo na določene pomanjkljivosti sedanje organiziranosti ginekološko porodniške službe v državi in njene sposobnosti zagotavljanja 24-urne dežurne službe. V Sloveniji je namreč posebnost, da ginekologi, ki delajo v ambulantah na primarni ravni, ne dežurajo v bolnišnicah. Druga težava je, da je polovica ginekologov starih več kot 50 let in

jim torej po zakonu ni treba dežurati. Skoraj tretjina se jih bo v naslednjih nekaj letih upokojila (Zupančič, 2011b). Ginekologi in porodničarji zagotavljajo tudi zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, ki jim je pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 8). Dežurna ginekološko porodniška služba v Sloveniji zaenkrat še omogoča kakovostno oskrbo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic, vendar je predvsem zaradi neugodne starostne strukture ginekologov - porodničarjev le še vprašanje časa, kako dolgo bo še možno na tak način zagotavljati ustrezno kakovost 24-urne dežurne službe. Delovna skupina Ministrstva za zdravje je v dokumentu Racionalizacija mreže porodnišnic v Sloveniji (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 9) predlagala, da bi vključitev specialistov vseh ravni (primarna, sekundarna in terciarna) v dežurno službo bistveno pripomogla k normalizaciji pogojev za delo sedanjih dežurnih ekip. Ravno tako bi se pomladila in s tem izboljšala starostna struktura zdravnikov, ki opravljajo dežurno službo, izboljšal bi se tudi pretok strokovnih informacij in veščin. V okoljih, kjer v popoldanskem in nočnem času ni veliko porodov in potreb po ginekoloških posegih, pa bi lahko združili po dve manjši ginekološko porodniški enoti v eno in tako zmanjšali število dežurnih ekip. Tako bi z izvedbo omenjenih konkretnih ukrepov sčasoma omogočili: povečanje števila razpoložljivih ginekologov - porodničarjev za opravljanje dežurne službe, pomladili njihovo starostno strukturo in preprečili nadaljnjo prekomerno obremenjenost dežurnih ekip na slovenskih ginekološko porodniških oddelkih.

1.7.3 Problematika zagotavljanja aparatur

Za nemoteno in strokovno ustrezno in kakovostno kirurško delo je potrebna kakovostna tehnična oprema. V Sloveniji je v bolnišnicah sodobna tehnična oprema za kirurško dejavnost višjega cenovnega razreda. Poleg tega, da je draga, je potrebno to opremo stalno obnavljati. Seveda se amortizira prej tam, kjer je več v rabi. Obnavljati in posodabljeni jo je potrebno zaradi dotrajanosti in napredka tehnologije. Za racionalizacijo delovnega procesa je pomembna časovna izkoriščenost te opreme. Vsaka porodniška dejavnost zahteva opremljeno kirurško dvorano s pripadajočimi aparaturami (operacijska miza, instrumentarij, elektrokirurški nož, anesteziološki aparat) in nizom drobnega specifičnega inventarja. Z natančno opredelitvijo potrebne opreme nivojsko razdeljenih bolnišnic bi se lahko prihranilo veliko finančnih sredstev za investicije in vzdrževanje nezadostno izkoriščene opreme. Prihranilo pa bi se tudi pri usposabljanju kadrov za rokovanje in vzdrževanje te opreme (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 7).

1.7.4 Problematika spremljanja stroškov

V zdravstvu je upravljanje s sredstvi daleč od optimalnega, kar priča dejstvo, da v sektorju z 3,2 mrd. EUR proračuna (podatek za leto 2010) izvajalcem ni potrebno izračunavati lastnih stroškov storitev in da jim do sedaj še ni bilo potrebno vzpostaviti nobenih v profitnem sektorju uveljavljenih sodobnih sistemov za nadzor stroškov. Povsem nerazvit je t. i. kontroling oz. poslovodno računovodski sistem, ki temelji na sistemu izračunavanja in

nadziranja stroškov po storitvah in povezuje razdelitev organizacije na mesta odgovornosti z jasno opredeljeno odgovornostjo vodij enot in organizacij za finančno poslovanje. Tako vodstva zdravstvenih organizacij sicer približno vedo, kateri posamični oddelki poslujejo na račun drugih oddelkov, ker bodisi ti oddelki ne izvajajo dovolj storitev, da bi pokrili stroške, bodisi se od njih ne terja odgovornosti za iskanje optimalnejših izbir pri nabavi materiala in izvedbi procesov. Vendar formalno vodstva proti temu nimajo zadostnih mehanizmov ukrepanja – ne točnih informacij, ne potrebne vodstvene moči (Slapničar, Bricelj & Ocepek, 2011, str. 1). Lastniki bolnišnic bi morali preko mehanizmov upravljanja bolnišnic (svetov) vzpostaviti boljši nadzor nad poslovanjem bolnišnic in v okviru tega porodnišnic. Vzpostaviti bi bilo potrebno metodološko usklajeno merjenje uspešnosti po stroškovnih mestih odgovornosti, merjenje uspešnosti programov in odgovornih oseb. Le-tako bo mogoče spremljati strokovno utemeljene odločitve o reorganizaciji zdravstvene službe z namenom večje učinkovitosti – se pravi, da z danim sredstvi dosega maksimalno preskrbo s storitvami na najvišji kakovostni ravni. Z izboljšanjem učinkovitosti spremljanja stroškov po stroškovnih mestih in nosilcih je mogoča učinkovitejša analiza uspešnosti poslovanja. Poslovanje se lahko optimizira le, če bodo vzpostavljeni mehanizmi upravljanja bolnišnic, podobni tistim v zasebnem sektorju. Ker v tem sektorju trg ne deluje, mora imeti plačnik storitev večjo možnost kontrole stroškov in višine priznanih prihodkov. V organizacijskem ustroju porodnišnic pa bi se za vzpostavitev ustreznega sistema managerskega informiranja morala dati poslovnim direktorjem vloga, kakršno imajo člani uprave za finance in računovodstvo v organizacijah zasebnega sektorja. Ekonomske in poslovne vede so v tem sektorju podhranjene in ne igrajo svoje vloge, čeprav bi bila ta znanja močno potrebna za optimizacijo poslovnih procesov ter vzpostavitev sistema merjenja uspešnosti in nagrajevanja; preko tega pa tudi motiviranja zdravstvenega (in ostalega nezdravstvenega) osebja, plačevanja odličnosti v zdravstvu in doseganja najvišje ravni kakovosti storitev (Bricelj & Ocepek, 2011, str. 20).

1.7.5 Problematika prevelikega števila slovenskih porodnišnic in združevanje le-teh

V Sloveniji so se že v preteklosti pojavile ideje o združevanju in ukinjanju porodnišnic. V osemdesetih letih je bila uvedena regionalizacija porodniške službe. Vsaj pet do šest porodnišnic v Sloveniji ni ustrezalo kriterijem sekundarnega nivoja. Dilema je bila, ali bodo te porodnišnice zavestno uvrstili na sekundarni nivo in jih primerno ekipirali ali pa bodo te porodnišnice ukinitili. Iz strokovno političnih razlogov so se na razširjenem strokovnem kolegiju odločili za neukinitev porodnišnic. Nekateri strokovnjaki žal še danes ocenjujejo, da določeni porodniški oddelki ne dosegajo kriterijev za sekundarni nivo (Cerar, Merlo & Gradecki, 2010, str. 18).

V času krize, ko država poskuša privarčevati na vseh področjih, se ponovno pojavljajo ideje o ukinitvi nekaterih manjših porodnišnic, še posebej tistih, v katerih se rodita povprečno manj kot dva otroka na dan. Vendar omenjena ukinitvev porodnišnic ne bi bila smotna zaradi političnih in socialnih dejavnikov. Veliko bolj smiselno bi bilo združevanje manjših porodnišnic med seboj oz. združitev manjše porodnišnice z večjo porodnišnico.

Dva razloga, ki opravičujeta združevanje kapacitet oziroma prestrukturiranje vsebine dela majhnih porodnišnic, sta: (1) ekonomska situacija v slovenskem zdravstvu in (2) bistveno boljše cestne povezave kot so bile v času širitve mreže slovenskih porodnišnic 1945–1955. To velja za vse ustanove, saj so si lokacijsko toliko blizu, da transport porodnice ni pomemben dodatni dejavnik tveganja. Združevanje majhnih porodnišnic bi bistveno racionaliziralo kadrovske kapacitete in uporabo opreme (Meden Vrtovec et al., 2009, str. 9). Zagovorniki bližine porodnišnic domu vztrajajo, da mora biti porodnišnica čim bližje domu porodnic zlasti zaradi varnosti oz. čim krajše poti v primeru nepričakovanega poroda. Nekateri strokovnjaki menijo (med njimi ginekolog Vasilij Cerar, ki ima za seboj več kot 40 let izkušenj v porodništvu), da čas prevoza v Sloveniji ni odločilen dejavnik za uspešnost poroda. Če bi hoteli, da bi vse ženske imele do porodnišnice približno enako daleč, bi jih morali imeti 20 ali celo 25. Obenem pa podatki kažejo, da se veliko žensk odloča za porod v Ljubljani in ne v najbližji porodnišnici. V letu 2010 se je za porod v Ljubljani odločilo 307 žensk od drugod, ki so vse normalno rodile, druga skupina pa so tiste, ki so jih v ljubljansko porodnišnico ali kak drug večji center pripeljali zaradi težavnosti primera. To ljubljansko porodnišnico dodatno obremeni, lokalne pa zaradi tega pogosto samevajo. Na podlagi zbranih podatkov je bilo ugotovljeno, da se je v obdobju 2002–2009 zgodilo, da so bili v eni od manjših porodnišnic kar deset dni zaporedoma brez poroda, drugod je med dvema porodoma dvojčkov minilo kar 352 dni, v tretji porodnišnici pa so bili 39 dni brez carskega reza. V teh primerih se lahko upravičeno vprašamo, koliko so torej usposobljeni zdravniki v takih porodnišnicah za najtežje primere, če vemo, da pri kirurških šteje tako rekoč samo vsakodnevna praksa /.../ (Zupančič, 2011b).

Tudi slovenska vlada se vse bolj nagiba k temu, da bi se javni zdravstveni zavodi združevali: praviloma na območju posamezne območne enote ZZZS. S tem bi se zmanjšalo tudi število delovnih mest v plačni skupini »B« (direktorjev, strokovnih direktorjev in pomočnikov direktorja). Za lažje združevanje javnih zavodov so v letu 2011 pripravili **Uredbo o enotnih izhodiščih za organizacijo in vodenje javnih zdravstvenih zavodov**, vendar uredba še ni bila sprejeta. Trenutno je možno na podlagi 51. člena Zakona o zavodih zavod pripojiti drugemu zavodu ali več zavodov spojiti v en zavod, na podlagi odločitve ustanoviteljev zavodov, ki se združujejo. Na podlagi omenjenega člena, je možno organizacijsko enoto zavoda izločiti in pripojiti drugemu zavodu ali jo organizirati kot samostojni zavod. Za vse spremembe oziroma razširitve dejavnosti javnega zdravstvenega zavoda pa je potrebno predhodno pridobiti mnenje ZZZS (25. člen ZZDej).

Izpostavili smo nekaj najpomembnejših problemov, s katerimi se sooča ginekološko porodniška dejavnost v Sloveniji. V svojem magistrskem delu bom predstavila možnost rešitve zadnjega omenjenega problema. S študijem primera združitve dveh ginekološko porodniških oddelkov bom poskusila potrditi oziroma ovreči teorijo o smiselnosti združitve majhne porodnišnice (oddelek »porodništvo in ginekologija Splošne bolnišnice Jesenice«) ter večje porodnišnice (Bolnišnica za porodništvo in ginekologijo Kranj). Z analizo poslovanja tako združene porodnišnice bom predstavila, da je taka združitev ekonomsko in strokovno

upravičena.

V naslednjem poglavju predstavljam analizo poslovanja celotne bolnišnice in oddelka za porodništvo in ginekologijo Splošne bolnišnice Jesenice, ki spada po številu rojstev med majhne porodnišnice, saj ima v povprečju manj kot 2 poroda na dan. Za tem predstavljam analizo poslovanja Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, ki spada med velike porodnišnice in ima po evropskem merilu optimalno število rojstev – tj. povprečno 4,4 porode na dan.

2 ANALIZA DELOVANJA SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE TER NJENEGA ODDELKA ZA PORODNIŠTVO IN GINEKOLOGIJO

Oddelek za porodništvo in ginekologije je del Splošne bolnišnice Jesenice, zato sem v poglavju najprej na kratko predstavila značilnosti celotne bolnišnice ter nato še opis oddelka za ginekologijo in porodništvo.

2.1 Splošna bolnišnica Jesenice

2.1.1 Zgodovina

Splošno bolnišnico Jesenice (v nadaljevanju SBJ) je z Ustanovitvenim aktom ustanovila Republika Slovenije - Ministrstvo za zdravje v skladu z Zakonom o zavodih, dne 11. 4. 1948. Bolnišnica izvaja kakovostno in celostno zdravstveno oskrbo bolnikov z doseganjem najboljših izidov zdravljenja in oskrbe na sekundarnem nivoju na Gorenjskem ter širše. Z vlaganjem v strokovni in osebni razvoj zaposlenih se zagotavlja razvoj bolnišnice. Bolnišnica deluje na področju izobraževanja in raziskovalne dejavnosti ter je učna baza na vseh nivojih izobraževanja zdravstvene dejavnosti (Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice, 2013).

- **Ginekološko porodniški oddelek**

Ginekološko porodniški oddelek se nahaja v tretjem nadstropju SBJ. Posteljni del je združen v zahodnem traktu in je umetno ločen na ginekološki del z desetimi posteljami in porodniški del s šestnajstimi posteljami. Porodni blok, administracija in sobe zdravnikov so nameščeni v vzhodnem traktu. V porodnem bloku so nameščene tri porodne postelje in operacijska miza za urgentne carske reze. Operacijska dvorana je v prvem nadstropju v severnem traktu in si jo po prenovitvi od oktobra 2011 oddelek deli z ortopedi. Ambulantni del dejavnosti je lociran v prvem nadstropju ambulantnega prizidka in služi za namene ginekološkega dispanzerja, specialistične ginekološke ambulante, UZ-diagnostike in ambulante za bolezni dojk (Splošna bolnišnica Jesenice, 2012b, str. 192).

2.1.2 Dejavnost

SBJ opravlja zdravstveno službo na sekundarnem nivoju (bolnišnica specifična dejavnost in ambulantna specifična dejavnost). Bolnišnica ima 263 postelj v štirih osnovnih bolnišničnih dejavnostih (kirurški, internistični, pediatrični in ginekološko porodniški oddelek). Poleg teh oddelkov ima bolnišnica organiziran tudi dnevni oddelek, oddelek za zdravstveno nego in enoto za intenzivno terapijo. Na vseh bolnišničnih oddelkih se letno zdravi 13.000 bolnikov. V bolnišnici deluje tudi ambulanta za fizioterapijo in dispanzer za žene, ki pa jih ZZVZZ razvršča med osnovno zdravstveno dejavnost. V letu 2012 so v SBJ obravnavali 12.885 primerov s povprečno utežjo 1,3939; uresničili so 4.420 prospektivnih primerov ter opravili 111.454 pregledov v specialističnih ambulantah. Povprečna ležalna doba v bolnišnici je trajala 4,01 dneva (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 1-4).

• Ginekološki oddelek

V okviru splošne bolnišnice se na ginekološkem oddelku na Jesenicah izvaja operativna in konzervativna oskrba pacientk. Pri kirurškem delu se opravljajo večinoma standardne klasične operativne in širok spekter minimalno invazivne kirurgije¹³. Zdravniki pa izvajajo tudi kirurške biopsije¹⁴ benignih in nejasnih spememb na dojkah. Oddelek ima 9 postelj za ginekološko obdelavo in enkrat tedensko z dodatnimi sedmimi posteljami za male ginekološke posege. Osnovna dela na ginekološkem oddelku obsega naslednja področja (Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice, 2013):

- preventiva razvoja rakastih spememb na materničnem vratu;
- preventiva in terapija prekomernih in nerednih ginekoloških krvavitev;
- uroginekologija, kjer se s klasičnimi operativnimi postopki in najnovejšimi operativnimi metodami podpore obravnava nehotna inkontinenca urina in motnje statike medeničnega dna;
- obravnava neplodnosti;
- obravnava tumoroznih ginekoloških novotvorb, kjer pogosto zahteva multiplidisciplinaren pristop;
- številni rutinski postopki.

Letno v SBJ na ginekološkem oddelku izvedejo 600 ginekoloških operacij in 300 manjših ginekoloških posegov. Spejmejo okrog 1.200 pacientk z ginekološkimi težavami (www.sb-je.si: dostop 2013). V letu 2012 so uresničili 315 posegov na ženskem reproduktivnem sistemu ter opravili 62 operacij ženske stresne inkontinence (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 19).

¹³ Minimalna invazivna kirurgija pomeni na najmanj travmatičen način operirati bolnika. Pri njej je manjši stresni odgovor organizma na operacijo (Minimalna invazivna kirurgija, 2013).

¹⁴ Biopsija pomeni v medicini odvzem vzorca tkiva iz živega telesa za mikroskopsko preiskavo (Biopsija, 2013).

- **Porodniški oddelek**

Porodnišnica nosi naziv »Novorojencem prijazna porodnišnica«. Porodniški oddelek ima 5 sob, od tega so štiri dvoposteljne. Matere imajo omogočeno bivanje v sobi skupaj z novorojenčkom. Matere na oddelku ostanejo 3–4 dni, v primeru carskega reza pa 7 dni. Ta čas zdravstveno osebje nudi strokovno pomoč in svetovanje pri pristavljanju k prsim, dojenju, izvajanje osebne higijene in nega dojenčka. Pred odhodom matere in novorojenčka domov, pediater naredi vsem novorojenčkom avdiometrijo in ultrazvočno slikanje kolkov (Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice, 2013).

Na porodniškem oddelku je bilo leta 2010 698 porodov in 191 splavov, v letu 2011 619 porodov in 144 splavov (Splošna bolnišnica Jesenice, 2012a, str. 25) in v letu 2012 654 porodov in 35 splavov (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 19).

V letu 2012 so na ginekološko porodniškem oddelku obravnavali 1.504 primerov s povprečno utežjo 0,8507; povprečna ležalna doba na oddelku je trajala 2,63 dneva. V specialistični ambulantni dejavnosti so imeli na oddelku ginekologija in porodništvo 7125 obiskov – 3.278 obiskov za ginekologijo in porodništvo ter 3.847 obiskov za bolezni dojk. (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 16-20).

2.1.3 Kakovost v bolnišnici

V SBJ si ves čas prizadevajo izvajati kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacientov. Trudijo se zadovoljiti potrebe, želje in pričakovanja pacientov ter njihovih svojcev. Delo izvajajo (Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice, 2013):

- mednarodni standard kakovosti ISO 9001:2008;
 - nemški certifikat kakovosti v zdravstvu TEMOS – Quality in Medical care – worldwide;
 - mednarodno priznana zdravstvena akreditacija Det Norske Veritas (DNV) – National Integrated Accreditation for healthcare organization (NIAHO);
 - certifikat »Družini prijazno podjetje«.
- **Ginekološko porodniški oddelek**

SBJ ima od leta 2000 dalje na ginekološko porodniškem oddelku pridobljen certifikat »Novorojenčkom prijazna porodnišnica«, ki ga podeljuje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) skupaj z UNICEF-om. S tem certifikatom v bolnišnici potrjujejo, da je porodnicam in novorojenčkom zagotovljeno, tako zdravstvena obravnava kot okolje, ki spodbuja dojenje in neprestanu bivanje novorojenčka pri materi.

2.2 Analiza kadra v bolnišnici

V SBJ je bilo na zadnji dan leta 2012 zaposlenih 656 oseb. Celotni strošek dela je v SBJ v letu 2012 znašal 18.705.211 EUR, kar znaša 57,21 % v celotnih stroških (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 25). Največji enoti sta kirurški oddelek s fizioterapijo, kjer je 164 zaposlenih in interni oddelek s centrom za hemodializo s 131 zaposlenimi. V specialističnih ambulantah bolnike oskrbuje 43 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Na pediatričnem oddelku je 44, na ginekološko porodniškem oddelku 37 in na anestezijskem oddelku z reanimacijo 41 zaposlenih. Na oddelku za zdravstveno nego opravlja službo 15 zaposlenih, na rentgenološkem oddelku 27, v laboratorijski dejavnosti 11 in v lekarni 9. Za brezhibno delovanje bolnišnice pa skrbi še 134 zaposlenih zdravstvenih in nezdravstvenih sodelavcev v podpornih službah (administracija, računovostvo, nabava, kuhinja, delavnice ...) (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 57).

Na dan 31. 12. 2012 je bilo v bolnišnici zaposlenih 67 zdravnikov specialistov. Njihovo področje dela obsega specialnosti: splošna kirurgija, ortopedska kirurgija, abdominalna kirurgija, travmatologija, interna medicina, ginekologija in porodništvo, anesteziologija z reanimatologijo, pediatrija, patologija, radiologija, dermatovenerologija in otorinolaringologija. Zdravstveno nego bolnikov izvaja 342 medicinskih sester in babic – od tega je 125 diplomiranih medicinskih sester oziroma zaposlenih z visoko izobrazbo in 217 s srednješolsko izobrazbo. Fizioterapijo izvaja 10 fizioterapevtov in 1 delovni terapevt. Na rentgenološkem oddelku delo opravlja 13 radioloških inženirjev. Pripravnštvo zdravstvene nega opravljajo 4, specializacijo 42 in sekundarij 9 oseb¹⁵. Med zdravstvenimi sodelavci zaposlenimi v laboratoriju, lekarni in v histopatološkem laboratoriju so zaposleni: 1 specialist farmacevt, 3 farmacevti, 5 farmacevtskih tehnikov, 3 specialisti medicinske biokemije, 3 inženirji laboratorijske biomedicine in 8 laboratorijskih tehnikov. Med zdravstvene sodelavce spadajo še 4 osebe iz drugih plačnih skupin. Nezdravstveni delavci (141) izvajajo dela in naloge na področju zdravstvene administracije, prehranske službe, tehničnega vzdrževanja, nabave in informatike, na ekonomskem, kadrovsko-pravnem in splošnem pordročju in področju vodenja (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 57-59). V Prilogi 1 so zaposleni podrobno predstavljeni po dejanski izobrazbi, oziroma po področjih dela poleg leta 2012 še za leti 2010 in 2011, iz česar je razvidno spreminanje števila zaposlenih za posamezno področje.

SBJ pogodbeno zaposluje zunanje sodelavce, predvsem na področju rentgenologije, ginekologije, internistike, anesteziologije, kirurgije, okulistike (izvajanje dežurne službe, odčitavanje magnetnih resonanc, izvajanje diabetološke ambulante, okulistična ambulanta ...). S pomočjo pogodbenih delavcev lahko izvajajo program, ki ga brez njih ne bi mogli izvesti. Glede na naravo dela pa je za bolnišnico le-to ugodnejše od dodatnega zaposlovanja. S svojimi zaposlenimi je SBJ sklepala podjemne pogodbe za programe, ki so priznani s strani

¹⁵ Pripravnštvo, sekundarij in specializacije so refundirane s strani ZZS.

Ministrstva za zdravje (SVIT¹⁶) oziroma za opravljanje storitev, za katera so pridobljena dodatna finančna sredstva (samoplačniške ambulante). Vsa dela po podjemnih pogodbah so zaposleni opravljali izven rednega delovnega časa (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 58). V letu 2012 je znašal strošek dela po podjemnih pogodbah, po pogodbah o poslovnem sodelovanju ter strošek študentskega dela skupaj 785.738 EUR. To znaša 2,40 % celotnih odhodkov (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 87-88). V primerjavi z letom 2011, ko je bil strošek pogodb 916.164 EUR in je v celotnih odhodkih predstavljal 2,79 % vseh stroškov (Splošna bolnišnica Jesenice, 2012a, str. 30), je zmanjšanje teh stroškov posledica ZUJF-a. Stroški pogodbenikov spadajo v kategorijo stroškov storitev in predstavljajo 15,49 % teh stroškov.

• **Ginekološko porodniški oddelek**

Ginekološko porodniški oddelek spada med manjše oddelke v SBJ. V njem so zaposleni (Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice, 2013):

- 6 zdravnikov specialistov
- 2 specializanta
- 2 diplomirani medicinski sestri
- 4 diplomirane babice
- 6 MS-babic
- 6 zdravstvenih tehnikov (PNN)
- 5 zdravstvenih tehnikov na oddelku
- 2 administrativni delavki

2.3 Analiza poslovanja SBJ

2.3.1 Poslovni izid

Bolnišnice so neprofitne organizacije. Njihov namen ni maksimiranje dobička, ampak zagotoviti javno dobrobit. Sredstva za bolnišnice niso neomejena. Dejstvo je, da bi bolnišnice lahko porabile ves denar, ki ga dobijo. V zdravstvu so namreč vedno možnosti za dodatne izboljšave, raziskave, nabave novejših in modernejših opreme... Vendar denarja ni na pretek in pomembno je, da bolnišnica z danimi sredstvi dosega maksimalno preskrbo s storitvami na najvišji kakovostni ravni. Bolnišnica posluje uspešno, če odhodki ne presežejo prihodkov.

Iz Tabele 2 vidimo, da je poslovni izid iz leta v leta slabši. Če je imela SBJ še leta 2009 pol milijona evrov presežka prihodkov nad odhodki, pa je imela leta 2012 že skoraj 750.000 evrov primankljaja. Razlog je predvsem v občutnem znižanju javno finančnih sredstev. SBJ je

¹⁶ SVIT – državni program presajanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesju in danki (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 23).

morala že poleti 2011 prilagoditi nabavo osnovnih sredstev in sicer na le najbolj nujno potrebne. Veliko aktivnosti so namenili tudi spremljanju sprememb pogojev financiranja, uresničevanju načrtovanega delovnega programa in uresničevanju načrtovanih porab zdravstvenega materiala. V letu 2011 je bolnišnici še uspelo izenačiti prihodke in odhodke (Splošna bolnišnica Jesenice, 2012a, str. 29). V letu 2012 pa jim v SBJ, predvsem zaradi ZUJF-a, ko so se jim finančna sredstva znižala za kar 5,6 %, (kar predstavlja 1.676.843 EUR, saj je bila pogodbeno vrednost programa v letu 2011 30.030.460 EUR, v letu 2012 pa 28.353.617 EUR), ni uspelo poslovati pozitivno, kljub temu, da so nabavo osnovnih sredstev ter investicijsko vzdrževanje znižali na le najbolj nujno potrebno (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 23-24).

Tabela 2: Poslovni izid SBJ – po letih, v EUR

	Leto 2009	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012
Prihodki	30.916.328	31.795.519	32.822.310	31.948.333
Odhodki	30.337.124	31.724.703	32.819.454	32.695.893
Poslovni izid	579.204	70.816	2.856	-747.060
Skupaj presežek odhodkov nad prihodki v bilanci stanja	-2.491.260	-2.420.444	-2.417.588	-3.164.648
Delež presežka/primankljaja v celotnih prihodkih (v %)	1,87	0,22	0,01	-2,33

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2011, 2012a, str. 29, 68; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 24, 81.

V Tabeli 3 so predstavljeni vsi glavni prihodki SBJ v letih 2010, 2011 in 2012; v Tabeli 4, pa vidimo vse glavne vrste stroškov, ki jih je bolnišnica imela v letih 2010, 2011 in 2012.

Največji delež prihodkov (99,55 %) predstavljajo prihodki od prodaje proizvodov in storitev. Od tega jih je kar 28.382.443 EUR od pogodb z ZZZS, kar predstavlja 88,84 % vseh prihodkov. Večino prihodkov bolnišnica lahko napove že v začetku leta, ko se z ZZZS dogovorijo za zakupljeni program. Če se med letom ne spremeni pogodba z ZZZS (kot se je v letu 2012) in če bolnišnica doseže zakupljeni program ob koncu leta, lahko bolnišnica pričakuje take prihodke, kot jih je ocenila na začetku leta.

Ker bolnišnica ve koliko prihodkov bo dosegla konec leta (ob nespremenjenih pogojih poslovanja), lahko planira tudi odhodke; kar pomeni, če bolnišnica planira manj prihodkov, mora vse napore usmeriti v to, da ustvari manj odhodkov

Tabela 3: Analiza prihodkov SBJ po letih v EUR

	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	Delež 2012 (v %)
Prihodki od prodaje proizvodov in storitev	31.615.896	32.582.610	31.804.269	99,55
Finančni prihodki	101.992	190.738	115.135	0,36
Prihodki od prodaje blaga in materiala, drugi prihodki in prevrednotovalni prihodki	77.631	48.962	29.428	0,09
PRIHODKI SKUPAJ	31.795.519	32.822.310	31.948.833	100,00

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2011, 2012a, str. 30; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 25.

V zdravstveni dejavnosti, zdravstveni kader predstavlja večino stroškov. V Tabeli 4 lahko vidimo, da je v SBJ v letu 2012 strošek dela znašal 18.705.211 EUR, kar predstavlja 57,21 % vseh stroškov, ki jih je imela bolnišnica v letu 2012. Vendar ta znesek še ne predstavlja celotnega stroška izvajalcev zdravstvenih storitev. Zraven je potrebno prišteti še stroške pogodbenih delavcev in stroške študentov (785.738 EUR; 2,40 % celotnih stroškov) ter stroške izobraževanj zaposlenih (502.671 EUR; 1,54 % celotnih stroškov). To predstavlja skupaj 19.993.620 EUR, kar je 61,15 % stroškov v celotnem znesku vseh odhodkov.

Tabela 4: Analiza stroškov SBJ po letih v EUR

	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	Delež 2012 (v %)
Stroški materiala	7.012.747	7.113.970	7.058.719	21,59
Stroški storitev	4.915.321	6.091.257	5.074.151	15,52
Amortizacija	1.653.201	1.630.597	1.624.974	4,97
Stroški dela	17.950.985	18.580.222	18.705.211	57,21
Finančni odhodki	6.728	23.850	52.064	0,16
Drugi stroški, stroški prodanih zalog in preverdnotovalni poslovni odhodki	175.721	176.716	180.773	0,55
ODHODKI SKUPAJ	31.724.703	32.819.454	32.695.893	100,00

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2011, 2012a, str. 30; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 25.

2.3.2 Finančni kazalniki poslovanja

Finančni kazalniki poslovanja za celotno SBJ so za leta 2010, 2011 in 2012 predstavljeni v Tabeli 5. V nadaljevanju podrobno predstavljam kazalnike za leto 2012: Kazalnik celotne gospodarnosti je za leto 2012 nižji kot 1 (0,9772), kar pomeni, da bolnišnica s svojim poslovanjem ni izpolnila načela gospodarnosti. Kazalnik nižji od 1 pomeni, da je bolnišnica poslovala s presežkom odhodkov nad prihodki. V primeru, da bi bili odhodki za 2,28 % nižji, bi bili prihodki enaki odhodkom. Kazalnik gospodarnosti je slabši kot preteklo leto. Delež obračunane amortizacije v celotnem prihodku je 5,50 in je nižji od deleža preteklega leta.

Tabela 5: Finančni kazalniki poslovanja

KAZALNIK	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	INDEKS 12/11
1. Kazalnik gospodarnosti	1,0022	1,0001	0,9772	97,71
2. Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah ZZZS	5,43	5,84	5,50	94,26
3. Delež porabljenih amortizacijskih sredstev	85,74	197,25	132,08	66,96
4. Stopnja odpisanosti opreme	80,96	76,13	78,03	102,49
5. Dnevi vezave zalog materiala	37,63	34,83	43,35	124,47
6. Koeficient plačilne sposobnosti	1,90	2,46	3,65	148,25
7. Koeficient zapadlih obveznosti	0,20	1,58	2,46	156,00
8. Kazalnik zadolženosti	0,71	0,75	0,84	112,00
9. Pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi	0,44	0,45	0,37	81,73
10. Kazalnik obračanja sredstev	1,17	1,13	1,05	92,82

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2011, 2012a, str. 32; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 27.

Delež amortizacije v ceni storitve se je znižal v primerjavi s preteklim letom. Stopnja odpisanosti opreme pomeni stopnjo zastarelosti opreme. Višja je stopnja, bolj je sredstvo zastarelo. Stopnja odpisanosti opreme je višja kot preteklo leto in znaša 78,03 %. Stopnja se je zvišala, saj nanjo vpliva vrednost novih nabav. V letu 2012 je SBJ aktivirala vrednostno manj opreme kot je je odpisala. Kazalnik vezave zalog izražen v dnevih pokaže, za koliko dni zadošča vrednost zalog na zadnji dan obdobja v primerjavi s celotno nabavno vrednostjo materiala. Vrednost zalog se je zvišala v primerjavi s predhodnim letom in zaloge zadoščajo za 43,35 dneva. Kazalnik je manj ugoden kot preteklo leto, saj so se zaloge na zadnji dan leta zvišale za 8,5 dneva v primerjavi s preteklim stanjem. Povečale so se zaloge zdravil in zdravstvenega materiala v lekarni in na oddelkih. Koeficient plačilne sposobnosti, ki je razmerje med povprečnim številom dejanskih dni za plačilo in povprečim številom dogovorjenih dni za plačilo, znaša 3,65. V primerjavi s koeficientom iz leta 2011 se je kazalnik poslabšal. Dogovorjeni dnevi za plačilo so 30 dni (leta 2010 35 dni), plačuje pa se v povprečju v 109 dnevih – leta 2011 v 74 dnevih, leta 2010 v 66 dnevih. Znižanje prihodkov

ima za posledico tudi daljše plačilne roke. Koefficient zapadlih obveznosti na zadnji dan leta, ki je razmerje med zapadlimi neplačanimi obveznostmi in povprečnim mesečnim prometom do dobavitelja, znaša 2,46 in se je v primerjavi z letom 2011 močno poslabšal. To pomeni, da SBJ dobaviteljem dolguje na zadnji dan leta za 74 povprečnih dnevni nabav (47 v letu 2011). Kazalnik zadolženosti je 0,84 in kazalnik pokrivanja kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi je 0,37. Oba kazalnika sta finančna kazalnika in izražata slabše finančno stanje kot leta 2011. Kazalnik obračanja sredstev je 1,05, in pove, koliko osnovnih sredstev je vloženih na enoto prihodka. Predstavlja zasedenost obstoječih kapacitet. Višja vrednost kazalnika kaže na boljše poslovanje, kar pomeni, da je SBJ v letu 2012 poslovala slabše v primerjavi z letom 2011 (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 27-28).

2.4 Analiza poslovanja ginekološko porodniškega oddelka na Jesenicah

Oddelek za ginekologijo in porodništvo predstavlja eno izmed štirih glavnih dejavnosti, ki se izvajajo v SBJ. Ker SBJ v Letnem poročilu ne poroča o uspehu poslovanja za posamezno dejavnost, sem iz podatkov, ki so navedeni v Letnem poročilu, poskusila ugotoviti poslovni izid za področje ginekologije in porodništva.

- **Analiza prihodkov za oddelek ginekologije in porodništva na Jesenicah**

V Tabeli 6 so predstavljeni celotni prihodki bolnišnice ter na podlagi podatkov iz Letnega poročila 2012 izračunani prihodki za ginekološko porodniški oddelek.

Tabela 6: Prihodki ginekološko porodniškega oddelka za leto 2012 v EUR

	Skupaj bolnišnica	Odstotek za GIN – POR oddelek	Skupaj GIN – POR oddelek
Akutna bolnišnična obravnava	20.969.500	7,23	1.516.095
Osnovno zdravstvena dejavnost	294.809	47,56	140.211
Specialistilno ambulantna dejavnost	5.996.032	7,32	438.910
Dialize	1.276.841	0,00	0
Prihodki od Pogodbe z ZZS	28.537.182	/	2.095.216
Ostali prihodki	3.267.087		
Finančni prihodki	115.135		
Prihodki od prodaje blaga in materiala, drugi prihodki in prevredn. Prihodki	29.428		
Ostali prihodki	3.411.650	7,25	247.345
PRIHODKI SKUPAJ	31.948.832	/	2.342.561

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 18, 23.

Odstotek akutne bolnišnice obravnave sem izračunala na podlagi podatka strukture uteži v letu 2012 v bolnišnični dejavnosti. V strukturi opravljenega programa je 7,23 % vseh uteži opravljenih na ginekološko porodniškem oddelku (Splošna bolnišnica Jesenice, 2013, str. 18).

Za osnovno zdravstveno dejavnost sem odstotek preračunala na podlagi točk. Osnovna zdravstvena dejavnost se v SBJ opravlja v ambulanti za fizioterapijo (v letu 2012 uresničenih 38.790 točk) ter Dispanzerju za žene (v letu 2012 uresničenih 35.184 točk). Če točke prevedemo v odstotke, ambulanta za fizioterapijo predstavlja 52,44 % ter Dispanzer za žene 47,56 %.

Enako sem izračunala odstotek za specialistično ambulantno dejavnost. Skupaj so vse specialistične ambulante dosegle 1.237.305 točk¹⁷. Ginekološka ambulanta, GCBD (Gorenjski center za bolezni dojk) in mamografija, so skupaj dosegli 90.576 točk, kar znaša 7,32 %. Dialize ne sodijo v ginekološko porodniški oddelek.

Za vse ostale prihodke sem uporabila odstotek izračunan iz zaposlenih na ginekološko porodniškem oddelku (37) ter zaposlenih v celotni bolnišnici (656), od katerih sem odštela število zaposlenih v splošnih službah (143), saj ti ne izvajajo storitev, ki bi prinašale prihodke, vendar so nujno potrebni za normalno poslovanje bolnišnice. Ta odstotek (ključ) znaša 7,25, kar je razvidno iz enačbe (1).

$$\text{Ključ za nerazdeljene prihodke} = \frac{\text{Zaposleni na ginekološkem oddelku}}{\text{Vsi zaposleni v bolnišnici} - \text{Zaposleni v splošni službi}} \quad (1)$$

S pomočjo Letnega poročila lahko razdelimo skoraj 90 % vseh prihodkov na oddelek ginekologije in porodništva. Iz enačbe (2) lahko vidimo, da je samo 10,68 % vseh prihodkov nerazdeljenih in jih je na posamezne oddelke potrebno razdeliti s pomočjo ključa.

$$\text{Odstotek nerazdeljenih prihodkov} = \frac{\text{Ostali prihodki}}{\text{Vsi prihodki}} \quad (2)$$

- **Analiza odhodkov za oddelek ginekologije in porodništva na Jesenicah**

Za porabo materiala in laboratorijskih storitev so v Letnem poročilu podani podrobni podatki za vsak oddelek posebej. V Tabeli 7 so predstavljeni ti podatki za ginekološko porodniški oddelek za leto 2012 v primerjavi s skupnim stroškom za celotno bolnišnico. V letu 2012 so v

¹⁷ Poleg doseženih točk se delovni program v specialističnih ambulantah meri tudi s številom preiskav (CT in MR-preiskave) in številom operacij (operacije karpalnega kanala in medikamentozni splav). V celotnih prihodkih te storitve ne predstavljajo večjega deleža prihodkov (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 20-21). Ker nisem zasledila točnega podatka, kakšen odstotek predstavljajo te preiskave oziroma operacije v primerjavi s točkami v specialističnih ambulantah, sem ta podatek zanemarila.

ginekološko porodniškem oddelku porabili 3,46 % vsega porabljenega materiala in opravili 11,33 % vseh zunanjih laboratorijskih preiskav.

Za vse ostale vrste stroške pa s pomočjo Letnega poročila ne moremo ugotoviti koliko stroškov povzroči oddelek za ginekologijo in porodništvo. Javno objavljeni dejanski stroški, ki jih je povzročil ta oddelek, predstavljajo samo 20,74 % vseh stroškov, kar je razvidno iz enačbe (3). To pomeni, da bi morali vse ostale stroške razdeliti na oddelek s pomočjo ključev. Ker pa je nerazdeljenih skoraj 80 % vseh stroškov le-teh ne moremo razdeliti samo na podlagi neke približne ocene; če se ta ocena samo za malenkost spremeni, dobimo popolnoma drugačen znesek za ginekološko porodniški oddelek in s tem posledično tudi drugačen poslovni izid tega oddelka.

$$\text{Odstotek razdeljenih stroškov} = \frac{\text{Stroški porabljenih zdravil in zdravstvenega materiala} + \text{Stroški zunanjih laboratorijskih raziskav}}{\text{Vsi stroški}} \quad (3)$$

Tabela 7: Poraba zdravil in zdravstvenega materiala ter stroški zunanjih laboratorijskih preiskav za leto 2012, v EUR

	Skupaj Bolnišnica	Odstotek za GIN	GIN - POR oddelek
Poraba zdravil in zdravstvenega materiala			
GIN OP anestezijski material			33.505
Gin por oddelek			87.279
Material v GIN OP			74.118
GIN-POR ODD. SKUPAJ			194.902
GIN-POR AMBULANTA			12.861
SKUPAJ Poraba zdravil in zdravst. mat.	6.009.965	3,46	207.763
Stroški zunanjih laboratorijskih preiskav			
Ginekologija - porodništvo			56.932
Ginekološka ambulanta			30.266
SKUPAJ Stroški zunanjih lab. preiskav	769.726	11,33	87.198

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 86, 89.

- **Poslovni izid**

Poslovnega izida za ginekološko porodniški oddelek na podlagi javnih podatkov ni mogoče izračunati. S pomočjo raziskovalne študije, ki so jo naredili študentje na Ekonomski fakulteti v letu 2011, pa sem lahko ocenila poslovni izid za leto 2010, ki je predstavljen v Tabeli 8. Ginekološko porodniški oddelek je na podlagi te ocene leta 2010 posloval z izgubo 356.080

EUR. Celotna bolnišnica je imela v tem letu 70.816 EUR dobička. Predvidevam, da se poslovanje v letu 2011 in 2012 ni izboljšalo.

Tabela 8: Poslovni izid za ginekološko porodniški oddelek SBJ za leto 2010

	Znesek
Prihodki iz poslovanja po vrstah dejavnosti	
- Javna dejavnost	1.988.840
- Tržna dejavnost	22.891
SKUPAJ PRIHODKI	2.011.731
Neposredni stroški po naravnih vrstah	
- Stroški dela	1.730.870
- Stroški materiala, blaga, zdravstvenih storitev	535.125
- Stroški amortizacije	101.816
- Drugi stroški	0
SKUPAJ ODHODKI	2.367.811
Poslovni izid	-356.080

Vir: N. Bricelj & A. Ocepek, Analiza poslovanja Slovenskih porodnišnic, 2011, str. 13,15.

2.5 Povzetek analize stanja SBJ ter njenega oddelka za porodništvo in ginekologijo

Na podlagi podatkov, ki so bili predstavljeni v poglavju o SBJ in njenem oddelku za ginekologijo in porodništvo, lahko ugotovimo, da je bilo leto 2012 težko leto. Iz letnega poročila smo povzeli, da je imela bolnišnica skoraj tričetrtilijona EUR izgube v letu 2012. Kumulativna izguba celotne bolnišnice iz preteklih let znaša na dan 31. 12. 2012 3.164.648 EUR, ki je sicer skoraj za 2 milijona nižja kot je bila dne 31. 12. 2006. To pomeni, da je SBJ v obdobju zadnjih šestih let izgubo uspešno nižala. Iz letnega poročila lahko razberemo, da je bolnišnica izgubo pokrivala predvsem z lastnimi napori, saj je pridobila več bolnišničnih primerov z višjo povprečno utežjo, prav tako pa se jim je povečal specialistični ambulantni program in preiskave z MRI. Vendar zgolj povečevanje obsega dela ni zadostna osnova za pozitivno poslovanje. Znižati bi se moral obseg dela ali pa povečati prihodki. Ustanovitelj jim doslej še ni pokrival izgube. Izguba, ki se bolnišnici nabira že trinajsto leto in je sami ne morejo pokriti, je tudi vzrok, da dobaviteljem ne poravnajo obveznosti v dogovorjenem roku. Na zadnji dan leta 2012 je SBJ plačevala dobaviteljem povprečno v 109-ih dnevih od prejema blaga ali opravljene storitve. Za 25 dni se je rok plačila še poslabšal v primerjavi z letom 2011. Z dobavitelji imajo dogovorjeni rok plačila 30 dni, kar pomeni da SBJ zamuja s plačilom v povprečju za kar 79 dni. V bolnišnici so se že novembra 2012 soočili z možnostjo, da ne bodo uspeli izplačati plač zaposlenim, saj so posledice težke gospodarske situacije vplivale tudi na slabo likvidnostno situacijo plačnika bolnišnic, tj. ZZZS. ZZZS se namreč po

navodilih ministra za finance ni smel zadolževati, vprašljiva so bila tudi nakazila akontacij na dan izplačila plač. Po pogajanjih so bile akontacije vendarle nakazane (Splošna bolnišnica Jesenice, 2012a, str. 96-97).

V tekočem letu 2013 se bolnišnica še vedno sooča s težavami. Zaradi hudih likvidnostnih težav, ki izhajajo iz vladnih varčevalnih ukrepov, je SBJ v mesecu februarju svojim dobaviteljem dolgovala kar štiri milijone evrov, od tega 2,8 milijona evrov že zapadlih obveznosti. Bolnišnica ni bila sposobna plačevati računov, zato jim je največji dobavitelj Kemofarmacija za nekaj časa ustavil dobavo zdravil. Kemofarmacija SBJ dobavlja številna nujna zdravila, med njimi tudi taka za zdravljenje okužb in oživljanje pacientov (STA, 2013b). To samo dokazuje, da je situacija v bolnišnici resna. Bolnišnica, ki nima zdravil in zdravstvenega materiala, ne more opravljati svojega poslanstva, kar se v najhujšem primeru lahko konča tragično.

Na podlagi javno objavljenih podatkov zelo težko ugotovimo, kako posluje ginekološko porodniški oddelek SBJ. Oddelek namreč predstavlja eno izmed štirih glavnih dejavnosti, ki jih opravlja bolnišnica. Podatki v Letnem poročilu pa so večinoma predstavljeni samo za celotno bolnišnico. Kljub temu lahko ugotovimo, da se tudi ginekološko porodniški oddelek sooča s težavami. Direktor SBJ mi je potrdil da je oddelek v letu 2012 posloval z negativnim poslovnim izidom.

3 ANALIZA DELOVANJA BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ

3.1 Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

3.1.1 Zgodovina

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo v Kranju je pričela s svojim delom 7. novembra leta 1955 pod imenom Porodnišnica Kranj. Namenjena je bila porodnicam s področja takratnih občin Kranj, Škofja Loka in Tržič. Zaradi strokovnega dela in dobrimi medčloveškimi odnosi, tako med zaposlenimi, kod do uporabnikov, si je bolnišnica pridobila veliko zaupanje porodnic in bolnic. Kmalu je postala pretesna za potrebe gorenjskih žensk. L. 1959 se je preimenovala v Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, pričela pa so se tudi dela na novogradnji, na novi (zdajšnji) lokaciji, kamor se je preselila 7. novembra leta 1964. Zelo hitro si je pridobila sloves dobre, strokovne in prijazne bolnišnice in postala znana po porodih v hipnozi, po zunanjih obratih pri nosečnicah z medenično vstavo ploda, po programiranih porodih in po naporih za uveljavitev dojenja. Vrh rojstev je dosegla leta 1979, ko se je v njej rodilo pri 2901. porodu 2937 otrok. Na slovenskem nivoju je bila med prvimi, ki je uvedla amnioskopijo, pH-metrijo, kardiografijo in laparoskopijo v svoje rutinsko delo (Predstavitev Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013).

3.1.2 Dejavnost

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj (v nadaljevanju BGP Kranj) je specializirana bolnišnica za zdravstveno varstvo žensk in novorojenčkov (1.), za specialistično zdravstveno varstvo žensk in novorojenčkov (2.) in za zdravstveno varstvo žensk na primarnem nivoju (3.) (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 1-2):

- Bolnišnično zdravstveno varstvo obsega ginekološko in porodniško dejavnost. Ginekološko dejavnost izvajajo na ginekološkem oddelku, v dveh operacijskih sobah ter v enoti za intenzivno nego. Porodniška zdravstvena dejavnost se izvaja na posteljah za patološko nosečnost, v porodni sobi, na porodniškem oddelku in otroškem oddelku.
- Specialistično zdravstveno varstvo žensk obsega urgentno ambulanto, Center za bolezni dojk, ultrazvočno, kolposkopsko, histeroskopsko in amnioskopsko ambulanto. Center za bolezni dojk (CBD) deluje v okviru bolnišnice od leta 1999. Kontrole novorojenčkov po odpustu iz bolnišnice se vršijo v neonatalni ambulanti, kjer se opravljajo tudi ultrazvočne preiskave trebuha, glave in kolkov novorojenčkov in dojenčkov.
- Dispanzersko dejavnost na področju zdravstvenega varstva žensk opravljajo v dveh ginekoloških ambulantah in ultrazvočni ambulanti. Za ginekologe je bilo 30. 11. 2012 opredeljenih 17.216 pacientk.

V preteklih petdesetih letih je bolnišnica BGP Kranj opravila preko 236.000 sprejemov, preko 122.000 operativnih posegov in v njej je rodilo več kot 92.000 žensk. Bolnišnica je prejela tudi najvišje priznanje Mestne občine Kranj, ob 50. obletnici delovanja. Trenutno je BGP Kranj po številu porodov na 5. mestu med slovenskimi porodničnicami, porodništvo pa predstavlja tretjino celotne bolnišnične dejavnosti (Predstavitev Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013).

V letu 2012 so v BGP Kranj obravnavali 4.389 primerov s povprečno utežjo 0,88; uresničili so 3.020 prospektivnih primerov ter imeli 11.235 obiskov v specialističnih ambulantah. Povprečna ležalna doba v bolnišnici je trajala 2,9 dneva (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 19, 20; Gl. priloga).

V letu 2010 je bilo 1.623 porodov in 423 splavov, v letu 2011 1.678 porodov in 352 splavov in v letu 2012 1.638 porodov in 320 splavov (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2011, str. 16; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2012, str. 18; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 19).

3.1.3 Kakovost v bolnišnici

Pokazatelj strokovnega in kakovostno opravljenega dela je zadovoljstvo uporabnikov storitev, katerega v bolnišnici spremljajo z izvedenimi internimi anketami. Da svoje delo izvaja kakovostno, dokazujejo tudi številni certifikati kakovosti. BGP Kranj je leta 1997 pristopila k pripravi udejanjanja Unicefovega programa „Novorojencem prijazna porodnišnica” in 10.

oktobra leta 2000, po opravljenem ogledu bolnišnice in preizkusu znanja, ta naziv tudi prejela. Ta naziv jo zavezuje, da izpolnjuje zahteve listine „Deset korakov k uspešnemu dojenju” (Predstavitev Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013). V letu 2010 so pristopili k aktivnostim za pridobitev ISO standarda 9001:2008, kar so v letu 2011 nadgradili, tako da so v aprilu 2012 opravili certifikacijsko presojo ter junija 2012 že prejeli certifikat. V juniju 2012 je imela bolnišnica predpresojo za pridobitev mednarodne akreditacije po »standardu DIAS«. V bolnišnici se trudijo tudi z izobraževanjem širše javnosti. V ta namen so posneli že 14 izobraževalnih oddaj (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 23).

3.2 Analiza kadra v bolnišnici

V BGP je bilo na dan 31. 12. 2012 zaposlenih 128 delavcev. Stroški dela so v letu 2012 znašali 3.702.185 EUR. To znaša 59,53 % v celotnih odhodkih (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 50). Majhnost bolnišnice ter številna področja delovanja zahtevajo od zaposlenih prilagodljivost in obvladovanje različnih področij aktivnosti v vseh oddelkih (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 26).

Na dan 31. 12. 2012 je bilo zaposlenih 21 zdravnikov in 57 medicinskih sester (od tega je 5 medicinskih sester refundiranih s strani ZZZS). V bolnišnici so zaposleni še zdravstveni sodelavci: magister farmacije, farmacevtski tehnik, diplomiranega inženirja radiologije, 2 citologa, 1 fizioterapevt ter 2 laboratorijska tehnika. V kategorijo ostali zdravstveni delavci iz drugih plačnih skupin spadajo: direktorica, pomočnica direktorice ter pomočnica direktorice za zdravstveno nego. V BGP Kranj je zaposlenih tudi 39 nezdravstvenih delavcev (od tega sta 2 osebi refundiranih s strani ZZZS), ki delujejo na področju: nabave (2), tehnične službe za vzdrževanje (4), uprave, računovodstva in zdravstvene administracije (10), v oskrbovalni službi (bolniške strežnice) (12) ter v kuhinji (11). V Prilogi 2 so zaposleni predstavljeni po dejanski izobrazbi, oziroma po področjih dela – poleg leta 2012 še za leti 2010 in 2011, iz česar je razvidno spreminjanje števila zaposlenih za posamezno področje.

Poleg redno zaposlenih delavcev delo v bolnišnici opravljajo tudi pogodbeniki in študentje. V letu 2012 je imela bolnišnica 642.911 EUR stroškov pogodbenega dela (skupaj s študentskim delom), kar je 18 % manj kot jih je bilo v letu 2011 (782.681 EUR), kar je posledica boljše organizacije dela redno zaposlenih (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 28). To predstavlja 10,34 % v celotnih odhodkih (v letu 2011 12,29 %). V letu 2011 so se celotni stroški dela in strošek dela pogodbenikov v primerjavi s preteklimi leti precej povečali tudi zaradi dejstva, da je bila na podlagi Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva 1. 1. 2011 sprejeta nova organizacija zagotavljanja neprekinjene nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NNMP). Zaradi nove organizacije se je v primerjavi s prejšnjimi leti povečal strošek nadurnega dela na račun stroška NNMP (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2012, str. 48). Poleg zagotavljanja NNMP se večina pogodbenega dela nanaša na citološki in patohistološki laboratorij ter Center za bolezni dojk.

Pogodbeno delo BGP Kranj uporablja v primeru, da obseg dela ni zadosten, da bi upravičeval dodatno zaposlitev in pa pri deficitarnem kadru z namenom pokritja potreb zavoda. Stroški pogodbenega dela zunanjih zdravnikov za zagotavljanje NNMP v primerjavi z lastnimi zaposlenimi, so po opravljenih stroškovnih analizah nižji in zato ekonomsko upravičeni. Stroški študentskega dela so v letu 2012 znašali 20.052 EUR, kar je polovica manj od stroškov dela študentov v letu 2011. V celotnih stroških dela stroški študentskega dela ne predstavljajo pomembnejšega deleža – za leto 2012 znašajo 0,32 % v celotnih stroških. V primeru daljših odsotnosti iz dela redno zaposlenih, ko dodatno zaposlovanje ni dovoljeno, je mogoče s pomočjo študentskega dela pokriti daljše odsotnosti. Zaradi omejitve študentskega dela po določitih ZUJF- a so morali v bolnišnici študentsko delo omejiti na minimum (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 28). Stroški študentskega dela in delo pogodbenikov spadajo v kategorijo stroškov storitev in predstavljajo 49,53 % teh storitev (l. 2011 55,29 %). Večina teh stroškov nastane pri opravljanju zdravstvenih storitev. V Prilogi 3 so prikazani stroški storitev lastnih zaposlenih in zunanjih izvajalcev za zdravstvene storitve.

3.3 Analiza poslovanja BGP Kranj

3.3.1 Poslovni izid

Presežek odhodkov nad prihodki je v letu 2012 znašal 231.951 EUR (Tabela 9). Bolnišnica BGP Kranj je ves trud v letu 2012 vložila v obvladovanje stroškov. Negativen poslovni izid gre pripisati nedoseganju zakupljenega programa in nižjim cenam zdravstvenih storitev, ki so posledica ZUJP-a (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 21).

Tabela 9: Poslovni izid BGP Kranj po letih v EUR

	Leto 2009	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012
Prihodki	6.066.922	6.208.723	6.375.055	5.987.332
Odhodki	6.054.682	6.198.046	6.368.681	6.219.283
Presežek prihodkov nad odhodki	12.240	10.677	6.374	-231.951
Skupaj presežek odhodkov nad prihodki v bilanci stanja	-191.455	-180.778	-174.404	-406.355
Delež primanjkljaja/presežka v celotnem prihodku (v %)	0,20	0,17	0,10	-3,87

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2010, 2011a, str. 18; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj 1, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 20; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 21.

V Tabeli 10 so predstavljeni vsi glavni prihodki BGP Kranj 2010–2012; v Tabeli 11 pa vidimo vse glavne vrste stroškov, ki jih je bolnišnica imela v letih 2010–2012.

Tako kot pri poslovanju bolnišnice SBJ, tudi v BGP Kranj, največ prihodkov prihaja iz naslova prihodki od prodaje proizvodov in storitev (99,47 %). ZZZS jim je v letu 2012 prinesel 5.633.510 EUR, kar je 94,09 % vseh prihodkov. Teh prihodkov bi bilo več za še 151.000 EUR, vendar bolnišnica v letu 2012 ni dosegla celotnega zakupljenega programa (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str.17).

Tabela 10: Analiza prihodkov BGP Kranj po letih v EUR

	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	Delež 2012 (v %)
Prihodki od prodaje proizvodov in storitev	5.954.681	6.122.200	5.955.866	99,47
Finančni prihodki	3.357	5.914	1.099	0,02
Prihodki od prodaje blaga in materiala, drugi prihodki in prevrednotovalni prihodki	250.685	246.941	30.367	0,51
PRIHODKI SKUPAJ	6.208.723	6.375.055	5.987.332	100,00

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2010, 2011a, str. 41; Bilanca stanja Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj 2012, 2013.

Tabela 11: Analiza stroškov BGP Kranj po letih v EUR

	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	Delež 2012 (v %)
Stroški materiala	907.472	954.189	986.815	15,87
Stroški storitev	1.347.744	1.415.481	1.302.742	20,95
Amortizacija	259.314	201.267	201.605	3,24
Stroški dela	3.601.001	3.758.011	3.702.185	59,53
Finančni odhodki	6	0	2.279	0,04
Ostali drugi stroški, drugi strški in prevrednotovalni posovni odhodki	82.509	39.734	23.657	0,38
ODHODKI SKUPAJ	6.198.046	6.368.681	6.219.283	100,00

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2010, 2011a, str. 45 - 46; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 45 - 49; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 48-52.

Največji delež stroškov predstavljajo stroški dela in sicer 3.702.185 EUR, kar predstavlja 59,53 % celotnih stroškov. Skupaj s stroški pogodbenikov in študentov (642.911 EUR; 10,34

% v celotnih stroških) in stroškov izobraževanj (53.202 EUR; 0,86 % v celotnih stroških) znaša strošek izvajalcev zdravstvenih storitev 4.398.298 EUR vseh stroškov BGP v letu 2012. To znaša 70,72 % vseh stroškov.

3.3.2 Finančni kazalniki poslovanja

Finančni kazalniki poslovanja za BGP Kranj so za leta 2010, 2011 in 2012 predstavljeni v Tabeli 12. V nadaljevanju podrobno predstavljam kazalnike za leto 2012: Kazalnik gospodarnosti je v letu 2012 manjši od 1, saj je bolnišnica poslovno leto 2012 zaključila s presežkom odhodkov nad prihodki. Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah ZZS se je v letu 2012 v primerjavi s preteklim letom malenkostno zmanjšal. V letih 2010, 2011 in 2012 so v bolnišnici za investicije porabili vsa amortizacijska sredstva priznana v cenah storitev.

Tabela 12: Finančni kazalniki poslovanja

KAZALNIK	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012	INDEKS 12/11
1. Kazalnik gospodarnosti	1,00	1,00	0,96	96,0
2. Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah ZZS	3,56	3,60	3,58	99,4
3. Delež porabljenih amortizacijskih sredstev	100,00	100,00	100,00	100,0
4. Stopnja odpisanosti opreme	0,78	0,79	0,75	94,9
5. Dnevi vezave zalog materiala	59,33	54,80	39,26	71,6
6. Koeficient plačilne sposobnosti	1,00	1,00	1,00	100,0
7. Koeficient zapadlih obveznosti	0,01	0,00	0,00	-
8. Kazalnik zadolženosti	0,36	0,36	0,38	105,6
9. Pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi	1,11	1,26	0,77	61,1
10. Kazalnik obračanja sredstev	1,04	1,00	0,92	92,0

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 22; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 22.

Stopnja odpisanosti opreme je ostala na ravni iz leta 2011. Dnevi vezave zalog materiala so se glede na preteklo leto skrajšali. V BGP Kranj si bodo še naprej prizadevali za skrajševanje dni vezave zalog materiala. Koeficient plačilne sposobnosti znaša 1, kar pomeni, da bolnišnica obveznosti plačuje vsem dobaviteljem v dogovorjenih rokih. Zapadlih obveznosti v letu 2012 niso imeli, zato je vrednost koeficienta zapadlih obveznosti nič. Kazalnik zadolženosti izraža delež tujih virov v vseh obveznostih do virov sredstev in se je v primerjavi z letom 2011 malenkostno povečal. Vrednost kazalnika pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi se je v letu 2011 zmanjšal. Kazalnik obračanja sredstev nam pove, koliko osnovnih sredstev ima bolnišnica vloženi na enoto prihodka in predstavlja zasedenost obstoječih kapacitet. Vrednost kazalnika se je zmanjšala glede na leto 2011, kar pomeni da se je

poslovanje BGP Kranj v letu 2012 poslabšalo (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 22-23).

V Prilogi 4 je opravljena primerjava med finančnimi kazalniki SBJ in BGP Kranj. Na podlagi primerjave kazalnikov si ne moremo ustvariti dejanske in realne predstave o poslovanju bolnišnic. Namreč BGP Kranj opravlja samo eno izmed štirih glavnih zdravstvenih dejavnosti, ki se izvajajo v SBJ. Boljša primerjava bi bila med BGP Kranj in oddelkom za ginekologijo in porodništvo SBJ, vendar tudi ne popolnoma, saj je oddelek le del celotne bolnišnice, ta pa ima politiko poslovanja narejeno za celoto in ne posebej za ginekološko porodniški oddelek.

3.4 Povzetek analize stanja BGP Kranj

Če povzamemo analizo stanja BGP Kranj, lahko ugotovimo, da je tudi porodnišnica v Kranju leto 2012 poslovanje zaključila z veliko izgubo. Presežek odhodkov nad prihodki je znašal 231.951 EUR in predstavlja kar 3,87 % v celotnih prihodkih. To je predvsem posledica nedoseganja zakupljenega programa s strani ZZZS (v ocenjeni višini 150.000 EUR) in vpliva določil ZUJF-a (v ocenjeni višini 130.000 EUR). Kumulativna izguba je na dan 31. 12. 2012 znašala 406.355 EUR in je posledica izgube leta 2012 ter izgube iz preteklih let. Bolnišnica sicer zadnjih 10 let posluje zelo uspešno, saj je v obdobju 2001 do 2011 vsako leto končala poslovno leto s presežkom prihodkov nad odhodki, z izjemo leta 2003, ko je ustvarila 24.361 EUR izgube (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2009, str. 42). Bolnišnica je v letu 2012, kljub presežku odhodkov nad prihodki, še vedno ostala likvidna in je obveznosti do dobaviteljev poravnala v zakonskih rokih (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 52).

Bolnišnica BGP Kranj se poleg finančnih težav sooča še z drugimi težavami. Težave imajo predvsem s pomanjkanjem kadra, zato morajo zaposleni opraviti veliko nadur. V preteklosti so lahko te nadure koristili kot proste ure, zaradi kadrovske podhranjenosti porodnišnice pa so jih pozneje beležili le kot »zamrznjene ure«. Skladno z veljavno zakonodajo in dogovorom z reprezentativnima sindikatoma ter s sklepoma nadzornega organa Sveta zavoda bolnišnice (29. junija in 1. decembra 2011) so v letu 2011 nekaj teh ur izbrisali. Zakon namreč določa, da te terjatve zapadejo po preteku petih let, nekateri presežki ur pa so pri določenih zaposlenih izhajali že iz leta 1992. Vse to zelo slabo vpliva na zadovoljstvo zaposlenih (Hanc, 2012). Poleg velikega števila nadur, pa BGP Kranj rešuje pomanjkanje kadra z najemanjem zunanjih izvajalcev, kar lahko vidimo iz zgornje analize poslovanja. Če primerjamo strošek pogodbenikov s SBJ, lahko ugotovimo, da v celotnih stroških pogodbeniki za SBJ predstavljajo 2,40 %, v BGP Kranj pa kar 10,43 % – kar je odraz velikega pomankanja zaposlenih. Žal za oddelek ginekologija in porodništva Jesenice nimamo podatka, koliko pogodbenikov dela na tem oddelku, da bi lahko dejansko primerjali z BGP Kranj in ugotovili, koliko ginekologov manjka za eno in drugo porodnišnico pri takih obsegih dejavnosti, kot jih

opravljajo. Oboji morajo namreč vzdrževati dežurstva, tudi če je dejansko število porodov lahko majhno.

Če povzamemo analizo stanja BGP Kranj, ne kaže kaj dosti bolje kot v SBJ. Izguba v BGP Kranj je bila sicer vrednostno manjša kot v SBJ, vendar je odstotkovno v primerjavi s celotnimi prihodki izguba večja. Seveda je zelo težko primerjati bolnišnici med seboj, saj je SBJ splošna bolnišnica, kar pomeni da opravlja še veliko drugih dejavnosti, za oddelek ginekologije in porodništva na Jesenicah pa nimam relevantnih podatkov. To pomeni, da je vrednostno BGP Kranj in SBJ nemogoče primerjati. Kljub temu, da dejansko ne moremo primerjati stanja v Kranju in na Jesenicah, pa same številke govorijo o tem, da bo potrebno nekaj ukreniti oz. spremeniti. Kot je bilo omenjeno v uvodu magistrske naloge, bo zdravstvenih potreb vse več, denarja pa vse manj. Bolnišnici BGP Kranj in SBJ bi ravno zaradi pomanjkanja kadrov lahko optimizirali poslovanje s tem, da bi se združili in reorganizirali dežurstva in najeme zdravnikov.

4 ZDRUŽITEV ODDELKA ZA PORODNIŠTVO IN GINEKOLOGIJO SBJ Z BGP KRANJ

Ideje o ukinitvi porodnišnice SBJ ali BGP Kranj so se že večkrat pojavile v javnosti. Porodnišnica SBJ bi lahko bila ukinjena že v letu 2001, saj je takratni minister za zdravje dr. Dušan Keber dal pobudo o ukinitvi te porodnišnice z utemeljitvijo, da je to strokovno in ekonomsko upravičeno. Na njegovi strani je bil tudi takratni direktor SBJ dr. Janez Remškar. Zaključek takratne pobude je bil, da je porodnišnica SBJ ostala, direktor pa je odstopil še pred to pobudo, saj je sprejel objektivno odgovornost zaradi smrti novorojenčka, ki se je zgodila v porodnišnici SBJ (Knez, 2001). Tudi BGP Kranj je bila že predmet diskusije o ukinitvi, saj je lokacijsko postavljena med Ljubljano in Jesenice, tako bi v primeru ukinitve pacientke lahko brez večjih tveganj dostopale do omenjenih dveh porodnišnic.

Vendar fizična ukinitve ene ali druge porodnišnice ne bo izvedljiva zaradi socialnih in političnih razlogov. Nazadnje se je to pokazalo leta 2011, ko je delovna skupina Ministrstva za zdravje (takratni minister je bil Dorijan Marušič) pripravila strategijo razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Sloveniji do leta 2020. Minister ni dobil podpore v državnem zboru, prav tako so se pojavila javna gibanja za zbiranje podpisov proti ukinjanju porodnišnic (Zupančič, 2011a). Najbolj smiselno bi bilo, da se porodnišnici združita, kar pomeni, da se ne bi ukinila nobena izmed njiju. S skupno močjo pa se bosta lahko lažje zoperstavili kriznim razmeram, ki so v Sloveniji in v zdravstvenem sistemu. V nadaljevanju sem predstavila kako se združujejo porodnišnice oziroma bolnišnice v tujini, kakšna je moja ideja o združitvi BGP Kranj in SBJ ter s kakšnimi pastmi združevanja se lahko srečata pri združevanju.

4.1 Združevanje bolnišnic v tujini

V tuji literaturi lahko najdemo več primerov združitve bolnišnic. Še posebej veliko se jih zgodi v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA). Ta trend se še povečuje. Po podatkih Irving Levin Associates se je v letu 2009 zgodilo 51 združitve, v letu 2010 75 združitve in v letu 2011 že 86 združitve bolnišnic (Stagg Elliott, 2012). Primeri iz tujine so lahko dobra podlaga za združitve bolnišnic oziroma porodnišnic v Sloveniji. Analiz, ali so združitve bolnišnic na dolgi rok uspešne, še ni veliko, se je pa nekaj združitve že pokazalo za neuspešne. Ti primeri so lahko dober zgled, na kaj moramo biti pozorni pri združevanju bolnišnic.

4.1.1 Trend združevanja

V ZDA je zadnja zdravstvena reforma močno povečala trend združevanja in prevzemov. »Val« bolnišničnih združitve se je sicer dogajal že v preteklosti, natančneje v 90-ih letih prejšnjega stoletja. Takrat je združevanje bolnišnic spodbudil zunanji dejavnik »*manage care*«¹⁸. V tistem času se je leta 1996 zgodilo kar 235 transakcij (združitve ali prevzemov); v ZDA je padel na 30–50 primerov na leto – vse do leta 2004. Še tako redki primeri so bili v glavnem prevzemi manjših lokalnih bolnišnic, kjer je lastnik postal večji mednarodni sistem (Brown, Werling, Walker, Burgdorfer & Shields, 2012). Žal si z analizo takratnih združitve ne moremo kaj dosti pomagati, saj se je potrebno zavedati dejstva, da so bili takrat časi drugačni, tako da analiza takratnih združitve ne bi pomenila, da se bodo enaki rezultati pokazali tudi v tem »novem valu združitve«.

Če je bil še prvi »val« združitve, predvsem združevanje bolnišnic med seboj (horizontalna združitve), so se v novem »valu« bolnišnice začele združevati tudi z drugimi vrstami organizacij (vertikalna združitve). Največji trend med temi je združitve bolnišnic z zdravniki. V ZDA je veliko zdravnikov samozaposlenih in niso zaposleni v bolnišnici. V 90-ih letih je bilo takih primerov več kot 62 %; po zadnjih raziskavah pa naj bi bilo v bolnišnicah zaposlenih že več kot 40 % vseh zdravnikov. Trg dela za zdravnike se iz samozaposlenih zdravnikov občutno obrača k zaposlovanju v ustanovah ter iz primarnega sektorja v specializacijo. Razlog je predvsem v tem, da mladi zdravniki nočejo več toliko časa ostajati v službi (kot je to v primerih samozaposlitve) ter da so plače v specializiranih dejavnostih bistveno večje kot v primarnem zdravstvu (Summer, 2010).

V preteklosti se neprofitni sistemi niso združevali in delovali na trgu kot normalna podjetja. Med neprofitne organizacije spadajo tudi bolnišnice. V ZDA je sicer kar 20 % bolnišnic, ki spadajo pod profitna podjetja. Eden izmed razlogov, zakaj se bolnišnični trg v ZDA ni razvil

¹⁸ »*Manage (health) care*« je izraz, ki se uporablja v ZDA: za opis različnih tehnik, ki so namenjene zmanjševanju stroškov zagotavljanja zdravstvenih koristi in izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe; za opis organizacij, ki uporabljajo te tehnike; ali za opis sistemov financiranja in zagotavljanja zdravstvenega varstva (Managed care, 2013).

tako kot ostale industrije je, da so bolnišnice del lokalne ekonomije in da so uporabniki bolj naklonjeni lokalnim bolnišnicam in visoki dostopnosti do zdravstvenih storitev. Prav tako so bolnišnice zelo razdrobljene po celotni državi, tako da je na trgu veliko bolnišnic z majhnimi tržnimi deleži (Brown et al., 2012).

Vendar sedaj, ko je čas reform, so tudi bolnišnice pokazale zanimanje za širjenje. Težava pa je, da se bolnišnice še ne znajo tako združevati kot normalna podjetja in večkrat pri tem uporabljajo nerodne pristope. Ravno zaradi tega se večkrat zgodi, da do dokončnih transakcij/združitve sploh ne pride (Brown et al., 2012).

Danes slabo stabilizirane bolnišnice težko dobijo dobrega ponudnika, saj tudi investitorji niso pripravljeni investirati v finančno tvegane bolnišnice. V preteklosti, v prvem »valu« združitve, je veliko bolnišnic z večjim tržnim deležem izgubilo dostop do kapitala. Ko so se soočili z nujnimi potrebami za obnovo bolnišnic, so se odbori bolnišnic odločili, da bodo vstopili v posel kombiniranih transakcij. Do danes se je ta trend spremenil. Manjšim bolnišnicam oziroma sistemom se namreč ni več potrebno združevati zaradi finančnih razlogov, zato se njihovi odbori le s težavo odločijo za potencialne združitve. Dogovorjene transakcijske strukture so sedaj drugačne kot so bile v preteklosti, ko so bile vpletene bolnišnice primorane pretvoriti se iz neprofitne v profitno organizacijo in z dokončnimi gotovinskimi prodajami. Danes je trend združevanja kombinacija med rastočemislečimi prodajalci in komercialno razvitimi (vendar ne v smislu združevanja) konsolidatorji (kupci). Prav tako je vsem transakcijam skupno, da so brezgotovinske. Namesto gotovinskega poslovanja, se dogovarjajo za menjavo članstva ali za združitve (Brown et al., 2012).

Veliki neprofitni sistemi so v času svetovne finančne krize ugotovili, da morajo temeljito spremeniti svojo strategijo, če hočejo preživeti. Tako so se pripravljene združevati z bolnišnicami tudi preko meja svojih držav, veliko manj pa so naklonjeni k združevanju bolnišnic, ki jih financirajo lokalne fundacije, ker imajo pomankanje nadzora nad lokalnimi ustanovami. Tudi bolnišnice so bolj zainteresirane za neposredno vlaganje vanje. Nekateri neprofitni sistemi delajo strateške prevzeme na način, da novi investitorji veliko težje tekmujejo z njimi, in jih prisilijo, da spremenijo svoje tradicionalne metodologije vrednotenja za premije, ki jih plačujejo ti veliki neprofitni strateški kupci. S tem postavijo »meje« za investitorje, ki niso tako finančno stabilni kot oni (Brown et al., 2012).

V ZDA se nekatera velika mesta z velikim številom revnega prebivalstvom zavedajo da si s socialnega vidika ne morejo privoščiti, da bi izgubili nekatere bolnišnice. Zaradi tega dejstva se pojavlja nov trend, da še pred leti nemogoče transakcije postanejo mogoče. Tako je država dovolila prevzem nekaterih bolnišnic, čeprav naj bi šlo za sovražni prevzem, med bolnišnico in čistim profitnim podjetjem. Te transakcije predstavljajo rešitve za bolnišnične sisteme, ki se zdijo prevelike, tako kot za mnoge banke, da ne bi propadle (Brown et al., 2012).

4.1.2 Razlogi za združitev

Eden izmed razlogov, zakaj se bolnišnice združujejo je, da bi zmanjšale stroške ter da bi si povečale pogajalsko moč pri dobaviteljih in plačnikih njenih storitev. V ZDA so se stroški poslovanja bolnišnic zaradi nove zakonodaje močno povečali, obenem pa so se zmanjšali prihodki. Če hočejo bolnišnice preživeti, morajo iskati nove poti za pridobivanje virov in zmanjševanje stroškov. Na večje stroške vpliva tudi nova tehnologijo in zaposlovanje zdravnikov (Brown et al., 2012).

V ZDA je bil z novo zdravstveno reformo sprejet »*Affordable Care Act*«, ki vzpodbuja združevanje bolnišnic v skupnost »*network*«, saj nagrajuje bolnišnice, ki so v tem integriranem sistemu in zmanjšujejo stroške ter povečujejo kvaliteto storitev. Zato ni presenetljivo, da je reforma še povečala željo po združevanju v ZDA. Za to obstajajo trije glavni razlogi (Brown et al., 2012):

- **Zmanjšanje prihodkov** – z zdravstveno reformo, ki je bila sprejeta v ZDA, hoče vlada doseči, da bi se delalo bolj na preventivi in s tem spodbuditi, da ne bi bilo potrebno toliko pacientom priti v bolnišnico. Vlada je prav tako znižala plačilne »stopnje« in s tem še dodatno motivirala bolnišnice k združevanju, da bi si s tem izboljšale pogajalsko moč pri plačnikih in dobaviteljih. Reforma spodbuja kvaliteto storitev, saj vlada nagrajuje tiste bolnišnice, ki presežejo mejo za kakovost ter kaznuje tiste, ki ne dosegajo kakovosti; s tem naj bi se povečala konkurenca. Vlada tako kaznuje tiste bolnišnice, ki ne morejo slediti novi zakonodaji in jih tako spodbuja v združevanje z večjimi sistemi. Nova zdravstvena reforma je naklonjena predvsem velikim sistemom, prav zato bo vzpodbujala združevanje, ker (1) večji sistemi lažje pokrijejo fiksne stroške, ker imajo več različnih storitev, med katerimi so tudi dobičkonosne, (2) imajo lažji dostop do kapitala, ter boljše pogoje in (3) večji sistemi lažje razvijejo visoko razvite sisteme, ki merijo kakovost in si lažje delijo dobro prakso.
- **Povečanje stroškov** – povečali so se stroški, za izpoljevanje predpisov; za manjše institucije se je povečala vrednost kapitala (težje ga dobijo in po slabših pogojih); vse več stroškov je potrebno dati za novo tehnologijo, saj so standardi v zdravstvu vsako leto višji. In nenazadnje so tu še zdravniki, ki jih bolnišnice vedno bolj potrebujejo in zaposlujejo, kar pa bolnišnicam povzroča ogromen dodatni strošek.
- **Nagrada za združevanje** – del zdravstvene reforme je tudi »*Accountable care organization (ACO)*« model, ki dovoljuje delitev stroškovnih prihrankov ali delitev niza plačil za doseganje višje kakovosti (kar neposredno vzpodbuja združevanje). En ACO-model se nanaša na primarno zdravstvo, drugi pa na specialistično. ACO-model zahteva skupno upravljanje in poročanje o kakovosti. Bolnišnice morajo dosegati zelo visoko razvitost za razvoj in upravljanje ACOs. Na splošno imajo večji sistemi z več sredstvi več možnosti, da pozitivno izkoristijo to priložnost.

4.1.3 Dosedanji rezultati združitvev

Kljub temu, da je porast združitvev bolnišnic v ZDA in drugod po svetu, tj. predvsem v Skandinavskih državah, zelo velik, do sedaj še ni bilo narejenih veliko raziskav o uspešnosti teh združitvev. Res je tudi, da se bodo temeljite analize lahko naredila šele čez nekaj let, ko se bodo združitve že končale. Šele takrat se bo dejansko videlo ali so bile združitve uspešne. Sedaj lahko ocenimo samo uspeh združitvev na kratki rok ter povzamemo nekatera mnenja, ki jih podajajo strokovnjaki, kadar gre za združevanje bolnišnic.

V ZDA je sicer v porastu trend, da do združitvev sploh ne pride, čeprav so bili papirji o nameri že podpisani. Vendar teh primerov ne moremo šteti kot neuspelo združitvev, saj do dejanske združitve sploh še ni prišlo. V letu 2011 je bilo 25–50 % takih primerov, ko je bilo pismo o nameri že podpisano, vendar se združitvev nikoli ni zgodila (Brown et al., 2012).

V študiji *Most hospital M&A transactions are financially unsuccessful* (Brimmer, 2012) so za obdobje od 1998 do 2008 naredili analizo za 220 bolnišnic pred in po združitvi. Ugotovili so, da je bilo dve leti po združitvi finančno uspešnih samo 41 % združitvev ter da je 18 % bolnišnic, ki so bile vpletene v združitve, prešlo iz pozitivnega poslovanja »margins« na negativno poslovanje. Ugotovili so tudi, da se večji sistemi bolje znajdejo pri združitvah (bolje nastopajo) kot pa manjši sistemi. Vsem uspešnim združitvam naj bi bilo skupno tudi to, da imajo subjektu podobne zmogljivosti, vendar obenem vsak svoje značilnosti in posebnosti. Ko pridejo skupaj, je pomembno, da se subjektov ne spremeni, in tako je njihova prednost na trgu, da ponudijo nekaj drugačnega in samo za njih značilnega. Povzetek študije je bil, da naj se združujejo bolnišnice, ki imajo podobne poglede, kulturo in filozofijo, kakšno pozicijo hočejo imeti na trgu (Brimmer, 2012). Uspešnost združitvev bolnišnic se ocenjuje tudi na podlagi spemembe cen ter kvalitete zdravstvenih storitev. Prve analize za horizontalne združitve so pokazale, da je večina združitvev bolnišnic vplivala na dvig cen zdravstvenih storitev, tako v neprofitnem kot v profitnem sektorju. Cene so se veliko bolj dvignile v primerih, ko sta si bili obe bolnišnici geografsko bolj blizu (Summer, 2010). Analiz o kvaliteti zdravstvenih storitev še ni veliko, vendar je večina strokovnjakov prepričana, da bo po združitvi kvaliteta padla. Velikokrat se za neuspešno združitvev bolnišnic izkaže nepravilen pristop pri združevanju. Pri združevanju bolnišnic vodje projekta ponavadi pozabijo na najpomembnejši dejavnik uspeha združitve – na udeležence, ki jih taka združitvev najbolj prizadene: javnost, uporabnike/paciente in izvajalce, tj. zaposlene.

V članku *Current trends in hospital mergers and acquisitions* (Brown et al., 2012) je predstavljeno, na kaj je potrebno biti še posebej pozoren pri združevanju bolnišnic. Kadar upoštevamo konsolidacijo ali prodajo, mora bolnišnični management imeti v mislih tudi odnose s »prizadeto« javnostjo. Prodaja bolnišnice, posebej kupcu, ki ne prihaja iz domačega okolja, navadno sproži burne in čustvene odzive v večini družb. V ZDA je poznanih precej primerov propadlih združitvev zaradi neprimernih odnosov z javnostjo, ki je pravilno ali nepravilno zaključila da je bila bolnišnica prodana brez ustreznih razkritij. Zato je pomembno,

da so uprave bolnišnic in javnost ustrezno seznanjene z vsemi okoliščinami pred kakršnimi koli spremembami o lastništvu. Izobraževalni proces se prične pri vodstvu – upravi. Uprava se mora zavedati vseh dejavnikov konsolidacije na splošno, in vseh drugih okoliščin, ki vplivajo za posamezno bolnišnico. Ko uprava razume ključne zadeve, se mora bolnišnica odločiti, kako komunicirati s predstavniki javnosti, kakor tudi z zdravniki in drugimi zaposlenimi. Bolnišnica bi morala biti v procesu iskanja partnerstva odprta in transparentna. Seveda, identiteta in predmet pogajanja vključenih strani ostaneta tajna. Pri tem je dobro, da imamo v pogajalski skupini enega ali več priznanih zdravnikov, da se ustvari vtis vključenosti medicinske stroke, vendar moramo biti prepričani, da informacije o pogajanjih ne bodo odtekale nepoklicanim udeležencem. In nenazadnje je priporočljivo, da uprava o svojih načrtih obvesti lokalne politike – župane, četudi le telefonsko. Politiki namreč ne marajo presenetljivih objav bolnišničnih združenj, oziroma presenečenj nasploh, zato lahko s predhodno obveščeno pričakujemo toplejši oziroma lažji sprejem poslovnega dogovora – združitve (Brown et al., 2012).

4.2 Idejna združitve oddelka za porodništvo in ginekologijo v SBJ ter BGP Kranj

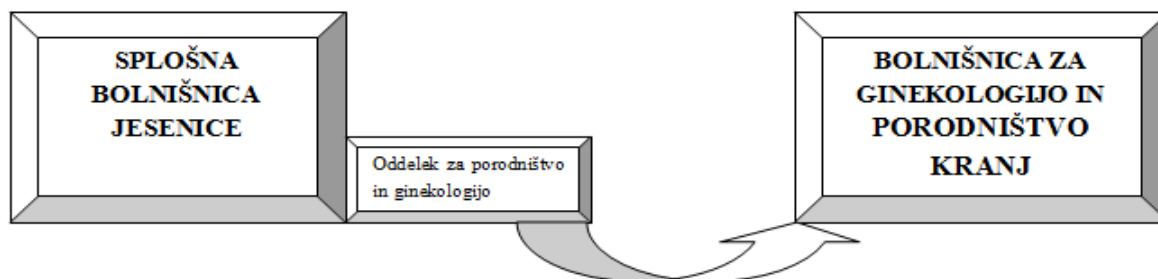
Idejna združitve večje porodnišnice z manjšo porodnišnico bi bila precej težavna, predvsem zaradi tega, ker je porodnišnica del splošne bolnišnice. V prvem podpoglavju predstavljam možne rešitve, ki bi jih lahko bolnišnici uporabili pri združevanju. V naslednjih podpoglavjih predstavljam, kakšne so zakonske omejitve pri združevanju bolnišnic; omenjam udeležence, ki se morajo strinjati s takšno združitvijo ter na kratko opišem najbolj optimalno združitve bolnišnic, ki jo predstavljam v magistrski nalogi.

4.2.1 Možne združitve

Za združitve SBJ in BGP Kranj predstavljam štiri možnosti združitve:

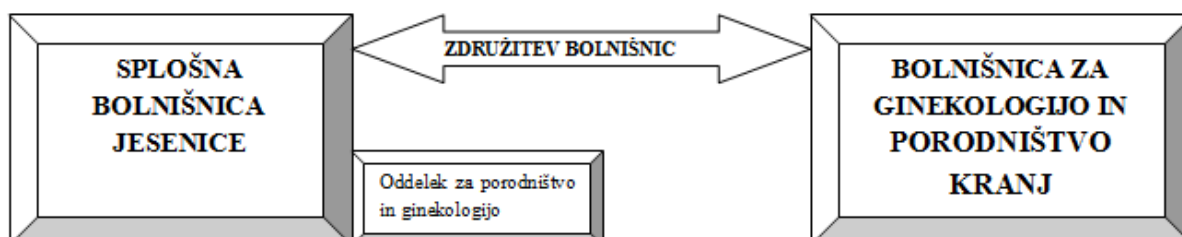
- Oddelek za porodništvo in ginekologijo se odcepi od SBJ in se priključi BGP Kranj. Obe bolnišnici ostaneta samostojni enoti. Ker SBJ ne bo več imela oddelka za ginekologijo in porodništvo, ne bo več ohranila statusa splošne bolnišnice, saj je po 16. členu ZZdej določeno, da je splošna bolnišnica lahko zdravstveni zavod za zdravljenje več vrst bolezni, ki ima specialistično ambulantno dejavnost in posteljne zmogljivosti najmanj za področje interne medicine, kirurgije, pediatrije in ginekologije ali porodniške dejavnosti.

Slika 4: Bolnišnici se ne združita; oddelek porodništva in ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj



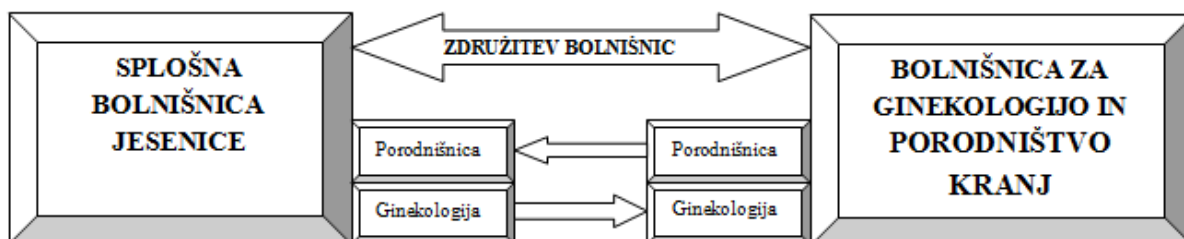
- BGP Kranj se združi s SBJ. Združijo se samo splošne funkcije bolnišnic (poslovodstvo, finance, računovodstvo, kadrovski oddelek, pravni oddelek, nabava in splošne službe). Oddelek porodništvo in ginekologijo ostane na Jesenicah, porodnišnica ostane tudi v Kranju, kot dislocirana enota SBJ.

Slika 5: Bolnišnici se združita v eno enoto; splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ



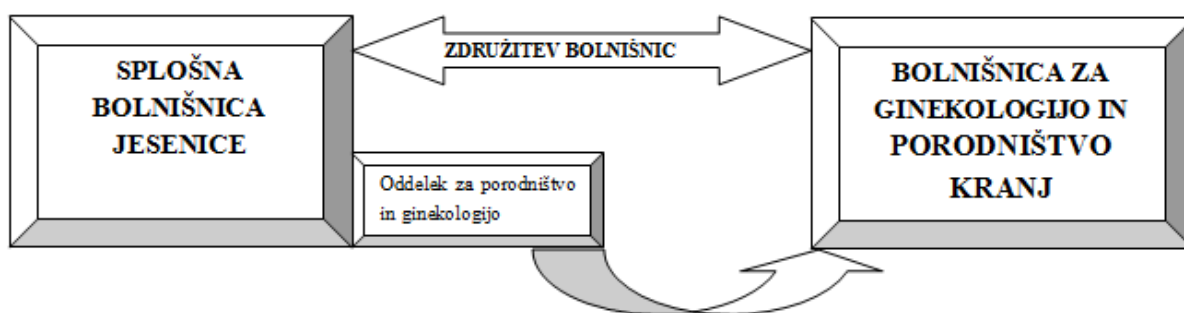
- BGP Kranj se združi s SBJ. Poleg splošnih funkcij bolnišnic (poslovodstvo, finance, računovodstvo, kadrovski oddelek, pravni oddelek, nabava in splošne službe), ki se prenesejo na sedež SBJ, se združita ločeno oddelek za porodništvo ter oddelek za ginekologijo. Ginekologija se iz Jesenic preseli v Kranj in skupaj z BGP Kranj predstavlja dislocirano enoto SBJ. Porodnišnica se iz Kranja preseli na Jesenice.

Slika 6: Bolnišnici se združita v eno enoto; splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ; oddelek porodništva se odcepi od BGP Kranj in se združi na Jesenicah; oddelek ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj



- BGP Kranj se združi s SBJ. Poleg splošnih funkcij bolnišnic (poslovodstvo, finance, računovodstvo, kadrovski oddelek, pravni oddelek, nabava in splošne službe), ki se prenesejo na sedež SBJ, se združita tudi oddelek za porodništvo in ginekologijo in celotna BGP Kranj v Kranju. Oddelek za porodništvo in ginekologijo se preseli v Kranj, in skupaj z BGP Kranj predstavlja dislocirano enoto SBJ.

Slika 7: Bolnišnici se združita v eno enoto, splošne službe BGP Kranj se preselijo v SBJ, oddelek porodništva in ginekologije se odcepi od SBJ in se združi z BGP Kranj



4.2.2 Zakonska ureditev združevanja bolnišnic

Kot je bilo omenjeno že v podpoglavju 1.7.5 je trenutno možno na podlagi 51. člena Zakona o zavodih, zavod pripojiti drugemu zavodu ali več zavodov spojiti v en zavod, na podlagi odločitve ustanoviteljev zavodov, ki se združujejo. Na podlagi omenjenega člena, je možno organizacijsko enoto zavoda izločiti in pripojiti drugemu zavodu ali jo organizirati kot samostojni zavod. Za vse spremembe oziroma razširitve dejavnosti javnega zdravstvenega zavoda pa je potrebno predhodno pridobiti mnenje ZZS (25. člen ZZDej). Za lažje

združevanje javnih zdravstvenih zavodov, bi pripomoglo, da bi vlada sprejela predlog Uredbe o enotnih izhodiščih za organizacijo in vodenje javnih zdravstvenih zavodov iz leta 2011.

4.2.3 Udeleženci na katere vpliva združitve

Preden bi zakonsko lahko prišlo do omenjene združitve, bi se morala s tem najprej strinjati Republika Slovenija, ki bi verjetno preko **Ministrstva za zdravje** podala odločitev o podpori taki združitvi. Država je nameč lastnica vseh bolnišnic v Sloveniji. Kljub temu, da ne moreta vplivati na odločitev o združitvi, ne smemo pozabiti tudi na **obe občini**. Občina Jesenice je ena izmed sedmih članic v svetu zavoda SBJ (prav tako Mestna občina Kranj v BGP Kranj). Ker je za odločitve, ki jih sprejema svet zavoda, potrebna večina, občini nimata odločilnega vpliva, kar je razvidno iz Statuta SBJ (Splošna bolnišnica Jesenice, 2009) in Statuta BGP Kranj (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2011b). Kljub vsemu bi bilo za uspešno združitve dobro pridobiti pozitivno mnenje občin, saj občini lahko s pozitivnim mnenjem za javnost ali celo z donatorskimi sredstvi posredno vplivata na izid združitve.

Kot je bilo predstavljeno v prejšnjem predpoglavju (združitve bolnišnic v tujini) – za uspeh združitve bolnišnic je potrebna podpora **zaposlenih**. To je zelo pomemben dejavnik pri tem, ali bo združitve uspela ali ne. Če se bo taka združitve zgodila »tiho«, se lahko kaže v nezadovoljstvu zaposlenih in tako lahko pade tudi kvaliteta storitev. Zato bo potrebno predstaviti zaposlenim zakaj je dobro, da se taka združitve zgodi ter jih spodbuditi, naj pri združevanju sodelujejo.

Ne smemo pozabiti **javnosti**, ji predstaviti združitve na način, da ne bodo deležni nobenega pomanjkanja zaradi medbolnišnične združitve, temveč bo taka združitve na dolgi rok prinesla več blaginje za vse. »Javnost« se predvsem nanaša na uporabnike storitev, tj. na **paciente**.

4.2.4 Predstavitev najbolj optimalne možnosti združitve

Kot je bilo predstavljeno zgoraj – imamo štiri možnosti za združitve porodniškega in ginekološkega oddelka SBJ ter bolnišnice BGP Kranj. V nadaljevanju se bom osredotočila na četrto možnost: na združitve porodnišnic ter preselitev oddelka za porodništvo in ginekologijo iz Jesenic v Kranj. Zastopam idejo, da se omenjeni bolnišnici združita v novo enoto: skupno bolnišnico z dislocirano enoto v Kranju. Združile bi se tako splošne službe z vodstvom, kot tudi zdravstveni kader ginekološkega in porodniškega oddelka. Vodstvo in splošne službe bi preselili iz Kranja na Jesenice (nekaj zaposlenih bi ostalo v Kranju, v skladu s potrebami), nekaj bi jih odpustili, da se funkcije ne bi podvajale in bi se posledično ustvarili prihranki. Iz Jesenic v Kranj pa bi preselili celotni oddelek ginekologije in porodništva. Na Jesenicah bi ostal samo ambulantni oddelek ginekologije – za potrebe okoliškega prebivalstva.

Pri združevanju bolnišnic bo najprej potrebno vložiti začetni večji kapital. Potrebno bo preseliti celotni oddelek ginekologije in porodništva iz Kranja na Jesenice, preurediti prostore

v Kranju, prepeljati opremo iz Jesenic v Kranj. Začetni stroški se bodo pojavljali tudi pri združevanju splošnih funkcij. Za začetek bi se morala sestaviti delovna skupina, ki bi naredila temeljit popis dela, dela splošnih služb. Verjetno bi se kmalu dalo združiti splošne službe (pravna služba, nabavna služba, računovodstka služba, finance in vodstvo).

V prihodnjih letih bi se morali pokazati večji finančni prihranki (manj vodstvenega kadra, manj zaposlenih v splošni službi, manjše število dežurstev, nov dodaten prostor na Jesenicah, večja produktivnost dela, saj bo več porodov na enem mestu). Na podlagi intervjuja z direktorjem SBJ, Igorjem Horvatom, naj bi se začetni vložek povrnil v treh do petih letih.

4.2.5 Dejavnosti pred združitvijo

Vlada bo morala sprejeti sklep o spojitvi bolnišnic. BGP Kranj in SBJ bosta ob spojitvi prenehali delovati kot samosamostojni enoti, saj 54. člen Zakona o zavodih določa, da zavod preneha delovati, če se pripoji drugemu zavodu ali spoji z drugim zavodom ali razdeli v dvojje ali več zavodov. Dokumenti, ki bodo še spremenjeni pred oziroma po združitvi, so:

- **Sklep o ustanovitvi** novo nastale združene bolnišnice.
- **Pravilniki** – potrebno bo temeljito prebrati vse pravilnike, ki jih imata bolnišnici ter se pri morebitnih razhajanjih dogovoriti o skupni nadaljni poti.
- **Standardi Kakovosti** – bolnišnici imata različne certifikate kakovosti, vendar za področje porodnišnice obe nosita naziv »Novorojenčkom prijazna porodnišnica«. Zato obstaja možnost, da bi lahko ta certifikat veljal tudi za skupen obrat, vendar je bolj verjetno, da bo združena bolnišnica morala ponovno zaprositi za ta certifikat.
- Vsi zaposleni pod enim delodajalcem (manj podjemnih pogodb) ter **nove pogodbe o delu** za vse zaposlene.
- **Organizacija Zavoda** – bolnišnici bosta z združitvijo spremenili organizacijsko strukturo, saj se bo del dejavnosti preselil iz Kranja na Jesenice; del pa iz Jesenic v Kranj.
- **Organi Zavoda** – za združeno bolnišnico bo potrebna izvolitev novega vodstva.
- **Prehodne Določbe**, dokler bolnišnici ne bosta prenehali delovati, in do pričetka delovanja nove združene bolnišnice.

4.2.6 Fizična združitev

Najprej bi bilo potrebno preurediti prostore v Kranju, da se lahko ginekološki in porodniški oddelek preseli iz Jesenic v Kranj (sodeč po besedah direktorja Igorja Horvata naj bi bilo prostora dovolj). Nato bi morali iz Jesenic prepeljati vso opremo ter jo namestiti v Kranj. Tako bi se preselili zdravniki in ostalo zdravstveno osebje. Vodstvo ter splošne službe bi se lahko istočasno ali pa malo za tem preselili iz Kranja na Jesenice (tudi za te uslužbenke je po besedah direktorja SBJ prostora na Jesenicah dovolj). Nekaj zaposlenih bi seveda ostalo v Kranju.

Obstaja zamisel o »združeni kuhinji«: če bi le-ta ostala na Jesenicah, bi se morala urediti logistična služba, ki bi vozila hrano v Kranj oziroma obratno, tj. iz Kranja na Jesenice. Na Jesenicah bi s preselitvijo ginekološko porodniške službe pridobili dodaten prostor, ki naj bi bil namenjen internističnemu in kirurškemu oddelku. Pri združevanju ne smemo pozabiti na računalniške programe, ki jih uporabljajo v Kranju oziroma na Jesenicah, da se jih posodobijo za delovanje skupne bolnišnice. Prav tako bosta imeli bolnišnici skupne dobavitelje. V nadaljevanju pa si pogledajmo idejno združitev še bolj konkretno.

- **Združitev ginekološko porodniškega oddelka**

V Prilogi 5 je predstavljena realizacija delovnega programa za leto 2011 ter realizacija za leto 2012 skupaj za BGP Kranj ter za ginekološki in porodniški oddelk SBJ. Vseh dejavnosti ne moremo združiti, ker jih moramo zaradi potreb okoliškega prebivalstva delno pustiti na Jesenicah. Torej, katere dejavnosti, ki se sedaj opravljajo na Jesenicah, bi lahko preselili v Kranj?

V Kranj se prenese celotni program Akutne bolnišnične obravnave ter program Doječih mater, na Jesenicah pa ostanejo programi Osnovne zdravstvene dejavnosti (Dispanzer za ženske) ter celotni program Specialistične ambulantne dejavnosti ter Diagnostika. V področje akutne bolnišnične obravnave spadajo tudi prospektivni primeri, med katerimi so tudi porodi in splavi. V Tabeli 13 je predstavljeno skupno število primerov akutne bolnišnične obravnave, ki bi se po novem izvajali v Kranju v skupni porodnišnici.

Tabela 13: Struktura akutne bolnišnične obravnave po dejavnostih v številu primerov in številu uteži ter številu primerov doječih mater

Dejavnost	BGP Kranj 2012	SBJ 2012	Združena bolnišnica
Ginekologija in porodništvo			
Št. primerov	4.389	1.504	5.893
Št. uteži	3.882	1.279	5.161
Doječe matere			
NOD ¹⁹ primeri	466	707	1.173

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 16; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 17.

V Kranj se preseli celotni oddelk za porodništvo. Tako porode kot splave je težko načrtovati, saj gre za primere, ki jih zaradi specifik ni mogoče natančno načrtovati ali razporejati v čakalne vrste. Realizacija splavov se spremlja le evidenčno in nima finančnih posledic (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 19).

¹⁹ NOD – Nemedicinski oskrbni dan.

V letu 2012 je bilo prvič določeno minimalno število operativnih posegov (75 primerov) na operacijo ženske stresne inkontinence, ki jih mora izvajalec opraviti, da lahko sklene pogodbo z ZZZS za ta prospektivni program. V primeru združitve se bolnišnicama ne bi bilo potrebno bati, da ne bi izpolnili te zahteve. V Tabeli 14 so predstavljeni vsi prospektivni primeri od SBJ in BGP Kranj, ter skupno število prospektivnih primerov, ki bi jih morala opraviti združena porodnišnica.

Tabela 14: Prospektivni primeri

	BGP Kranj 2012	SBJ 2012	Združena bolnišnica
Porod	1.638	654	2.292
Splav	320	35	355
Lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema	963	315	1.278
Operacija ženske stresne inkontinence	99	62	161
SKUPAJ	1.949	1.066	3.015

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 19; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 19.

- **Združitev splošne službe**

V Tabeli 15 so predstavljeni vsi nezdravstveni sodelavci BGP Kranj ter SBJ. Tudi vseh nezdravstvenih delavcev ne moremo preseliti iz Kranja na Jesenice, saj mora nekaj podpornih služb pomagati ginekološko porodniškemu oddelku, ki bo ostal v Kranju.

Na Jesenicah pa se bodo v združeni splošni službi funkcije za določena področja podvajale, npr. računovodstvo, pravne službe ... Ker nimamo podrobne opredelitve kakšne zadolžitve in naloge opravljajo posamezni zaposleni, zgolj iz seznama zaposlenih ne moremo ugotoviti katere in koliko oseb bo v združeni bolnišnici preveč. Na podlagi temeljitega popisa dela bo potrebno ugotoviti, katere funkcije se podvajajo in potem po potrebi odpustiti določene zaposlene.

- **Združitev kuhinje**

Iz Tabele 15 lahko vidimo, da je bilo v letu 2012 v obeh ustanovah zaposlenih skupaj 46 oseb na področju prehrane (v letu 2011 – 55 oseb). Če bi se ta obrat združil na enem mestu, bi lahko kuhinjo v eni ustanovi zaprli ter tako dosegli prihranek (kuhanje na enem mestu). Vendar bi obenem morali logistično urediti prevoz iz ene bolnišnice v drugo (kar predstavlja dodaten strošek).

Tabela 15: Nezdravstveni delavci v SBJ in BGP Kranj l. 2012

	BGP Kranj 2012	SBJ 2012	Združena bolnišnica
Administracija (J2)	4	47	51
Področje informatike		3	3
Ekonomsko področje	3	18	21
Kadrovsko-pravno in splošno področje	2	6	8
Področje nabave	2	8	10
Področje tehničnega vzdrževanja	2	19	21
Področje prehrane	10	36	46
Oskrbovalne službe	12	3	15
Ostalo	2	1	3
Skupaj	37	141	178

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, priloga; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 59.

4.3 Pasti združevanja

Pri združevanju SBJ in BGP Kranj, si poleg primerov združitvev bolnišnic v tujini, lahko pomagamo tudi z izkušnjami pri združevanju med podjetji. Analiziramo lahko s kakšnimi pastmi so se srečevala podjetja pri združevanju oziroma prevzemih in kaj je bilo narobe, da so se združitve izkazale za neuspešne.

Večina avtorjev poudarja, da je vzrok relativno visoke neuspešnosti prevzemov podjetij v tem, da se zanemari pomen integracije prevzetega podjetja v poslovni sistem prevzemnika (Thomason & Mc Namara, 2002; Haspeslagh & Jemison, 1991, str. 13; Lorange, Kotlarchuk & Singh 1987, str. 11; De Noble, Gustafson & Hergert, 1988, str. 82). Ta ugotovitev je skladna z rezultati, ki sta jih leta 1994 ugotovila Norburn in Schoenberg. V njuni raziskavi so namreč managerji ocenjevali stopnjo zahtevnosti posamezne faze prevzema evropskih podjetij s strani britanskih. Rezultati so pokazali, da so podjetja najbolj podcenjevala fazo integracije prevzetega na eni strani in da so imela najmanj težav v fazi iskanja primernih kandidatov za prevzem. Faza integracije je, glede na omenjeno raziskavo, ključen dejavnik uspešnosti prevzema. Pri tem se postavlja vprašanje, ali ne gre morda pri premalo poglobljenem začetnem iskanju – v katerem strateška ustreznost ciljnega podjetja ni bila pravilno opredeljena – iskati vzroke za kasnejše težave integracije prevzetih podjetij (Lahovnik, 2003, str. 10). Bolnišnice v Sloveniji načeloma nimajo kaj dosti izbire s kom se bodo združevale. Najbolj logično je, da z bolnišnico, s katero sta si lokacijsko najbolj blizu in opravljata podobne dejavnosti oz. je vsaj del dejavnosti, ki ga opravljata, skupen. Sicer sama združitve ne bi bila tako smiselna in ne bi prinesla zaznavnih prihrankov.

V procesu prevzema podjetja je pogosto premalo pozornosti namenjeno t. i. »mehkim poslovnim vprašanjem«, ki so ključnega pomena za uspeh. Gre za vprašanje kot so lojalnost obstoječih kupcev do ciljnega podjetja, imidž, konkurenčni položaj ciljnega podjetja v panogi, organizacijska kultura ter nenezadnje razvita poslovna strategija ciljnega podjetja. Prezemnik mora že v procesu celovite analize in ovrednotenja ciljnega podjetja »due diligence« nameniti posebno pozornost takim »mehkim poslovnim vprašanjem«, ki se sicer izkažejo za problematična v fazi integracije prevzetega podjetja v poslovni sistem prevezemnika, ko je pogosto že prepozno, da bi jih lahko uspešno razreševali (Lisle & Bartlam, 1998, str. 28). Če to prevedemo v jezik bolnišnic, bosta bolnišnici morali veliko pozornost nameniti predvsem organizacijski kulturi ter razviti skupno poslovno strategijo. Verjetno ena izmed najpomembnejših stvari, ki lahko privede do uspešne oziroma neuspešne združitve je, da bosta bolnišnici pri združevanju namenili dovolj časa za organizacijsko kulturo. Lojalnost kupcev, imidž in konkurenčnost položaja v panogi za bolnišnice je manj pomembna, saj pacienti potrebujejo zdravstvene storitve ves čas, lokacijsko pa jim bosta omenjeni bolnišnici še vedno najbližje. Vendar kljub temu tudi tega področja bolnišnici ne smeta spregledati. Pacienti imajo namreč vedno možnost izbire iti v drugo bolnišnico: v primeru slabega imidža porodnišnice bi se pacientke lahko usmerile v preostale bolnišnice (Ljubljana, Postojna) ali pa celo v tujino (Avstrija, Italija). Poleg zgoraj omenjenih, so najpogostejši temeljni razlogi za neuspešnost prevzemov podjetij, ki jih lahko najdemo v literaturi in so relevantni tudi za bolnišnice (Lahovnik, 2003, str. 11):

- Podjetja obravnava prevzem samostojno in ne kot integralni del svoje korporacijske strategije.
- Prezemnik in prevzeto podjetje razvijata v isti panogi različni generični poslovni strategiji.
- Motivi sodelujočih podjetij niso dovolj transparentni in razumljeni.
- Pri prevzemu se preveč pozornosti namenja preteklim dosežkom in trenutni bilančni vrednosti ciljnega podjetja in premalo bodočemu potencialu.
- Ni bilo dovolj predhodnih razprav o poslovanju in poslovođenju ciljnega podjetja po prevzemu.
- Linijski managerji, ki so uresničevali strategijo prevzem, niso bili vključeni v pogajanja o prevzemu.
- Podjetje ni ustrezno prilagodilo organizacijske strukture izvedenemu prevzemu.
- Podjetje je plačalo preveč za prevzeto enoto, pri čemer je precenilo sinergične učinke in ceno sprejelo na osnovi optimistične domneve glede prihodnjega razvoj.

Na podlagi zgornjega prikaza glavnih razlogov, s katerimi se soočajo podjetja pri prevzemanju, se lahko bolnišnici izogneta tem težavam, če bosta bolj pozorni na:

- Pri procesu združevanja bosta morali ideje snovati skupaj in ne vsaka posebej.
- Motivi združitve morajo biti obema bolnišnicama jasni. Pomembno je, da so motivi združitve jasno predstavljeni tudi vsem ostalim zaposlenim.

- Pri združitvi bosta morali bolnišnici gledati v prihodnost skupaj in se ne primerjati s preteklimi rezultati poslovanja (npr. katera je bila uspešnejša). Analiza poslovanja bolnišnic se bo naredila pred združitvijo, predvsem z namenom, kje bi lahko še kaj privrčevali in izboljšali, in ne z namenom katera bolnišnica je bila boljše.
- Bolnišnici pri združevanju ne smeta pozabiti na vodje oddelkov, ki lahko bistveno pripomorejo k uspešnosti združitve. Predvsem pri združevanju ginekološko-porodniškega oddelka, ko je potrebno poznati procese zdravljenja, so vodje oddelkov lahko v veliko pomoč, saj to področje poznajo najbolje.
- Bolnišnici bosta morali pri združitvi izdelati novo skupno organizacijsko strukturo. Namesto dveh bolnišnic bo sedaj samo ena skupna bolnišnica z dislocirano enoto v Kranju. Organizacijska struktura se bo najbolj spremenila v Kranju, saj bo tam namesto celotne bolnišnice z vodstvom in splošnimi službami samo oddelek porodništva in ginekologije z nujno potrebnimi podpornimi službami.
- Pred združitvijo je potrebno narediti temeljito analizo o tem, kolikšni prihranki se bodo poznali na račun združitve (z dejanskimi številkami), saj bo po združitvi prepozno ugotavljati, ali je bila združitev sploh smiselna. Moja magistrska naloga je bolnišnicama lahko v pomoč, vendar bo za dejansko združitev potrebno pridobiti in analizirati podrobnejše in še bolj točne podatke.

5 ANALIZA ZDRUŽITVE

V zadnjem poglavju predstavljam analizo združitve SBJ in BGP Kranj. V podpoglavju 5.1. predstavljam analizo prihrankov, v podpoglavju 5.2 pa analizo dodatnih stroškov, ki bi jih povzročila združitev.

5.1 Analiza prihrankov

- **Pozitivni finančni učinki združitve**

Takojšen učinek bi se poznal pri vodstvenem kadru, saj bi za skupen obrat potrebovali samo eno vodstvo: tj. enega direktorja, enega pomočnika direktorja ter enega strokovnega direktorja. V Kranju bi imela porodnišnica svojega vodilnega, tako kot vsi ostali oddelki v splošni bolnišnici, ki bi moral poročati vodstvu na Jesenicah. V Tabeli 16 in 17 so predstavljeni podatki o dejanskem izplačilu plač za vodstveni kader za SBJ in BGP Kranj za obdobje od januarja do maja 2013 na podlagi javno objavljenih podatkih. Na podlagi dejanskih podatkov sem izračunala strošek za povprečni mesec.

Podatki v tabeli so navedeni v »bruto vrednosti« (torej neto plača zaposlenega z dohodnino in prispevki na zaposlenega). Da dobimo strošek, ki ga mora plačati bolnišnica moramo prišteti še prispevke na bruto plačo zaposlenega. Skupaj strošek vodstvenega kadra za BGP Kranj na leto zneso 137.857 EUR, kar je razvidno iz enačbe (4) ter za SBJ 243.406 EUR (2).

Tabela 16: Izplačilo plač za vodstveni kader BGP Kranj l. 2013

	Januar	Februar	Marec	April	Maj	Povprečje/ mesec
Direktor bolnišnice	3.910	3.910	3.910	3.910	4.047	3.937
Pomočnik direktorja	3.254	3.254	3.254	3.255	3.255	3.255
Pomočnik direktorja	2.700	2.700	2.700	2.707	2.708	2.703
SKUPAJ	9.864	9.864	9.864	9.872	10.010	9.895

Vir: E-uprava, 2013.

Strošek vodstvenega kadra =

*Povprečni mesečni strošek vodstvenega kadra * Prispevki na bruto plačo * 12 mesecev (4)*

V združeni bolnišnici bomo potrebovali samo eno vodstvo, kar pomeni, da bo prihranek celotni strošek, ki ga sedaj predstavlja vodstveni kader v Kranju. Vendar ne smemo pozabiti na vodjo porodniškega oddelka v Kranju, za katerega lahko ocenimo, da bo povzročil maksimalen strošek v višini, ki ga sedaj povzroči pomočnik direktorja. Če vzamemo povprečje iz podatkov za BGP Kranj, lahko ugotovimo, da nas bo stal vodja porodniškega oddelka v Kranju 41.503 EUR na leto, kar je prikazano v enačbi (5). Skupni letni prihranek vodstvenega kadra zaradi združitve bolnišnic bi znašal 96.354 EUR, kar predstavlja skoraj pol milijona EUR v petih letih. Izračun je predstavljen v enačbi (6).

Strošek vodja porodniškega oddelka =

*Povprečni mesečni strošek pomočnika direktorja * Prispevki na bruto plačo * 12 mesecev (5)*

Skupaj letni prihranek =

Strošek vodstvenega kadra - Dodaten strošek za vodjo porodniškega oddelka (6)

Tabela 17: Izplačilo plač za vodstveni kader SBJl. 2013

	Januar	Februar	Marec	April	Maj	Povprečje/ mesec
Strokovni direktor/ strokovni vodja	6.620	5.771	5.936	6.862	6.383	6.314
Direktor bolnišnice	4.111	4.112	4.112	4.111	4.111	4.111
Pomočnik direktorja	3.512	3.627	3.458	3.509	3.508	3.523
Pomočnik direktorja	3.512	3.627	3.458	3.509	3.508	3.523
SKUPAJ	17.755	17.137	16.964	17.991	17.510	17.471

Vir: E-uprava, 2013.

Poleg vodstvenega kadra bi se izdatek zmanjšal tudi vsled skupnih služb. Kot že omenjeno v prejšnjem poglavju, v združeni bolnišnici ne bi potrebovali toliko nabavnikov, pravnih služb, računovodij ... Vendar, dokler se ne naredi temeljit popis dela in se ugotovi, katere funkcije se podvajajo, tega stroška ne morem oceniti.

Največji prihranek pri združitvi bolnišnic v eno bi bil manjši strošek dežurne službe: zaradi ukinitve enega obrata porodnišnice. Strošek dežurne službe tako na Jesenicah kot tudi v Kranju povzroča velike težave, saj primanjkuje kadra za dežurstva. V obeh bolnišnicah zato najemajo zunanje delavce, ki so pogodbeniki in študentje. Ker bi se po združitvi dežuranje izvajalo samo na enem mestu, se upravičeno pričakuje, da bi se zmanjšal tudi delež zunanjih izvajalcev. Na podlagi podatkov o strošku dežurne službe, ki sem jih pridobila pri SBJ, sem v nadaljevanju izračunala prihranek ukinitve dežurnega mesta na Jesenicah. Podatki za izračun so navedeni v Prilogi 6.

Izračun za dežurstvo zdravnika & dipl. MS s 15 let delovne dobe:

$$\begin{aligned} & \text{Dežurstvo v soboto} = \\ & (\text{Število sobot v letu} - \text{Število prazničnih sobot}) * \text{Strošek dežurstva v soboto} \quad (7) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dežurstvo v nedeljo} = \\ & (\text{Število nedelj v letu} - \text{Število prazničnih nedelj}) * \text{Strošek dežurstva v nedeljo} \quad (8) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dežurstvo med prazniki} = \\ & \text{Število praznikov v letu} * \text{Strošek dežurstva za praznik} \quad (9) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dežurstvo med tednom} = \\ & \text{Število dežurnih ur na teden} * \text{Število tednov} * \text{Strošek dežurstva med tednom} - \\ & (\text{Število prazničnih dni} * \text{Število dežurnih ur na delovni dan}) \quad (10) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{SKUPAJ dežurstvo zdravnika} = \\ & \text{Dežurstvo v soboto} + \text{Dežurstvo v nedeljo} + \\ & \text{Dežurstvo med prazniki} + \text{Dežurstvo med tednom} \quad (11) \end{aligned}$$

Skupni strošek dežurne službe za ginekološko porodniški oddelek ob upoštevanju, da na tem oddelku dežura en zdravnik in 1/3 medicinske sestre (dipl. MS združeno dežurno mesto s pediatričnim oddelkom in OZZN), znaša na leto 194.072,84 EUR, kar lahko izračunamo s pomočjo enačb (7), (8), (9), (10) in (11). Zaokroženo bi prihranek ukinitve dežurnega mesta na Jesenicah znašal na leto okoli 200.000 EUR, kar predstavlja 1 milijon EUR v petih letih.

Ker bi bilo veliko število zaposlenih na enem mestu, bi lahko uvedli izmensko delo (turnusno delo). Turnusno delo se lahko uvede, če je dovolj zaposlenih. Kadar se na podlagi analize ugotovi, da obremenjenost zdravstvenega delavca v času NNMP presega 60 % običajne

delovne obremenitve, se organizira izmensko delo (1. odstavek 5. člena Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva). V nadaljevanju predstavljam izračun, kakšna je razlika v stroških med turnusnim delom in dežurno službo za primer Jesenic. Podatki za izračun so navedeni v Prilogi 7.

Izračun za turnusno delo zdravnika & dipl. MS (15 let delovne dobe):

$$\begin{aligned} & \text{Dodatek za izmensko delo} = \\ & \text{Osnovna plača z DD} * \text{Dodatek za izmensko delo} * 12 \text{ mesecev} \quad (12) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dodatek za nočno delo} = \\ & \text{Delovna ura} * \text{Dodatek na nočno delo} * \text{Število ur za nočno delo} * \\ & (\text{Število dni v letu} - \text{Število praznikov} - \text{Število nedelj}) \quad (13) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dodatek za nedeljo} = \\ & \text{Delovna ura} * \text{Dodatek na nedeljo} * \text{Število ur za nedeljo} * \text{Število nedelj} \quad (14) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Dodatek za praznik} = \\ & \text{Delovna ura} * \text{Dodatek na praznik} * \text{Število ur za praznik} * \text{Število praznikov} \quad (15) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{SKUPAJ turnusno delo zdravnika} = \\ & \text{Dodatek za izmensko delo} + \text{Dodatek za nočno delo} + \\ & \text{Dodatek za nedeljo} + \text{Dodatek za praznik} = \quad (16) \end{aligned}$$

Skupni strošek turnusnega dela namesto dežurstva za primer SBJ (ko dežura en zdravnik in 1/3 medicinske sestre) znes 52.226,81 EUR izračunano na podlagi enačb (12), (13), (14), (15) in (16). Na leto to predstavlja 141.846,03 EUR manjši strošek kot v primeru dežurstva. Uvedba turnusnega dela namesto dežurstva bi tako zaokroženo na letni ravni predstavljalo prihranek 140.00 EUR, kar znes skoraj tri četrt milijona EUR v petih letih. Za Kranj bi bil prihranek verjetno še večji, saj je tam še več zaposlenih, vendar za Kranj ni na voljo podatka, koliko in katere osebe opravljajo dežurstvo.

V združeni porodnišnici v Kranju bi se po združenju z jeseniško porodnišnico, v povprečju zgodilo 2.300 porodov, kar pomeni 6 porodov na dan. To bi Kranjsko porodnišnico privedlo do tretje največje porodnišnice v Sloveniji oziroma največje specializirane porodnišnice v Sloveniji (do sedaj je to bila BGP Postojna). To bi vodstveni kader lahko s pridom izkoristil, ter bi poleg gorenjskih pacientk privabil porodnice iz cele Slovenije (trženje). Tudi strošek poroda, bi zaradi večje produktivnosti na enem mestu moral biti manjši, seveda ob enako zagotovljeni kakovosti. Poleg porodniškega oddelka pa bi se v Kranju lahko močno razvil tudi ginekološki oddelek. Smiselno bi bilo odpreti dnevno bolnišnico (tako kot je že v SBJ) za manjše ginekološke posege v okviru enega dne.

Prihodki bi ostali enaki, saj ne bi nobene dejavnosti ukinili, ampak bi opravljanje dejavnosti ginekologije in porodništva prenesli iz ene lokacije na drugo. Če bi na Jesenicah namenili prostore za kirurgijo in internistiko, tam kjer so bili sedaj prostori porodnišnice, bi se morebiti z dodatnimi pogajanji lahko povečali tudi prihodki iz tega naslova. Tudi čakalne vrste bi se za dejavnost internistike in kirurgije na račun povečanja teh dveh oddelkov lahko zmanjšale. V primeru, da se ne bi mogel povečati obseg dela, bi se kljub temu novo pridobljeni prostori uporabili za paciente iz internistike in kirurgije. Sedanji prostori so namreč stalno zasedeni, sobe so dotrajane. Z dodatnimi prostori bi tako zagotovili več udobja pacientom.

Združeni bolnišnici bi se povečala tudi pogajalska moč pri dobaviteljih, saj bi lahko kot večja enota naročala večje količine materiala ter tako od dobaviteljev pridobila dodatni količinski popust.

Na podlagi mojih izračunov bi v bolnišnici z združitvijo prihranili 2 milijona dvestopetdeset tisoč EUR v petih letih (za vodstveni kader pol milijona EUR; za ukinitve enega obrata dežurne službe 1 milijon EUR; in za uvedbo turnusnega dela namesto dežurstva tri četrta milijona EUR). Žal za prihranek zmanjšanja splošnih služb nimam podatka, prav tako pa ne morem oceniti, kolikšen bi bil prihranek zaradi boljše pogajalske moči pri dobaviteljih.

- **Drugi pozitivni učinki združitve**

Z združenjem porodnišnic na enem mestu bi se lahko brezplačno širila dobra praksa med zdravniki (SBJ in BGP Kranj). S preselitvijo ginekološko porodniškega oddelka iz Jesenic v Kranj bi lahko dosegli učenje med bolnišnicama. Kar je še bolj pomembno od tega je, da bi se vzpostavila enotna metodologija zdravljenja. Kot vemo, se sedaj metodologija zdravljenja med porodnišnicami oziroma bolnišnicami po Sloveniji zelo razlikuje. Ker bo več porodov in več strokovnega zdravstvenega kadra na enem mestu, bi lahko obravnavali več težjih primerov.

5.2 Analiza dodatnih stroškov

- **Negativni finančni učinki združitve**

Takoj na začetku, ko bi se bolnišnici združili, bi bil potreben večji vložek oz. investicija, da se oprema fizično preseli ter da se prestavijo zaposleni iz Jesenic v Kranj (zdravstveni kader) ter iz Kranja na Jesenice (splošne službe). Ob tem je potrebno omeniti, da bodo ti stroški selitve zajemali: prevozne stroške; stroške preurejanja prostorov (čiščenje, vzdrževanje ...); ter izpad prihodka, ko zdravstveni kader ne bo mogel delati, ker se bo selil. Prav lahko se zgodi, da začetnega stroška, ki ga je dolžan izplačati ustanovitelj, tj. v tem primeru država, slednja ne bo odobrila/zagotovila. Kljub podpori projektu, se vlada lahko odloči, da ne bo zagotovila dodatnega financiranja in si bosta bolnišnici morali sami plačati stroške združitve.

Porodnišnica mora poleg ginekologov in porodničarjev ter ostalega podpornega zdravstvenega osebja nujno imeti tudi podporo v kirurgiji, pediatriji in anesteziologiji. V primeru, da teh delavcev ne bi mogli preseliti iz Jesenic, bi morali ta kader dodatno zaposliti v Kranju oziroma bi mogli težje primere, če bi prišlo do zapletov, prepeljati v Univerzitetni klinični center Ljubljana.

- **Ostali negativni učinki združitve**

Združitev bolnišnic še ne pomeni, da bosta bolnišnici poslovali boljše in bolj kakovostno. Bolnišnici bosta pri združevanju morali upoštevati vse pasti združevanja, ki sem jih omenila v poglavju 4.3 ter se izogniti napakam, s katerimi so se srečevale bolnišnice pri združevanju v tujini (nekaj teh omenjam v poglavju 4.1.3 Dosedanji rezultati združitve). V nasprotnem primeru se lahko zgodi, da bo združitev neuspešna, ter še huje, lahko bi padla tudi kvaliteta zdravstvene storitve. Zagotovo bo združitvi BGP Kranj in oddelka za ginekologijo in porodništvo SBJ potrebno nameniti veliko energije in volje. Še preden se bosta bolnišnici združili, je potrebno zaposlenim predstaviti to možnost v pozitivni luči ter jih spodbuditi k sodelovanju. Z osmislitvijo projekta združevanja bolnišnic v duhu inovativnosti in predvsem zmanjševanja stroškov, verjamem, da je realizacija tega projekta velik doprinos trenutnemu slabemu zdravstvenemu finančnemu stanju in začetek ter pobuda za nove projekte, ki bi dolgoročno razbremenili državno blagajno. Združitev lahko vpliva na nezadovoljstvo zaposlenih, zato je pomembno, da so vsi zaposleni seznanjeni z združitvijo pravočasno (ne izvejo iz medijev), da se z njimi usposobljeni strokovni vodje ustrezno dogovorijo o poteku izvedbe združevanja. Vsak zaposleni pripomore k uspešnemu delovanju celotne bolnišnice; tako tudi vsak nezadovoljni zaposleni lahko pripomore k neuspehu tega projekta. Zagotovo je lahko negativni učinek tudi nezadovoljstvo uporabnikov oziroma uporabnic storitev (nezadovoljstvo javnosti). Tako bi lahko namesto povečanja števila porodnic v Kranju lahko upadlo število porodnic s preseljevanjem v Ljubljano oziroma tudi v Postojno, ali celo v tujino (npr. Avstrijo ali Hrvaško). Pomembno je, da se javnost transparentno obvešča o izvedbi projekta združevanja.

V kolikor bo v prihodnje združitev udejanjena/izvedena, bo združitev pilotna (prva izmed mnogih), kar pa terja dodatni začetni vložek v pogajanja, razgovore z zaposlenimi, javnostjo ter uporabniki storitev.

SKLEP

»Finančna kriza je močno prizadela gospodarstvo in izjemni naporji so bili vloženi v podjetjih zasebnega sektorja, da preživijo, da ostanejo konkurenčna na mednarodnih ali domačih trgih ali da se prestrukturirajo. Ni logično, da se javnemu sektorju, ki se napaja iz moči gospodarstva, pri taki gospodarski situaciji ne bi bilo treba ukvarjati z vprašanji optimizacije procesov, s čimer bi se poiskalo odgovor na vprašanje, kako v celotnem sektorju čim bolj

optimalno izvesti storitve in kako izkoristiti notranje rezerve« (Slapničar, Bricelj & Ocepek 2011, str. 1).

V času krize, ko je finančnih sredstev vse manj, se bo tudi javni sektor moral prilagoditi novim razmeram na trgu. Zdravstveni zavodi pri tem niso nobena izjema. V kriznih časih je čas za spremembe in inovacije čas, ko morajo subjekti na trgu temeljito revidirati in pregledati svoje poslovanje ter delovati na trgu še bolje kot prej. Namesto da »bolnišnice« doživljajo krizo kot grožnjo, lahko vidijo v tem priložnost za temeljito prenovo, morebiti izboljšavo svojega poslovanja. Dejstvo je tudi, da če ne bi bilo finančne krize, bi bolnišnice slej kot prej morale kaj narediti za spremembo poslovanja, kajti število pacientov se večja, zdravstveni standard je vse višji, tehnologija se razvija, pojavljajo se nove zdravstvene metode ... Bolnišnice so ustanovljene z namenom zagotavljanja zdravstvene oskrbe prebivalstva, vendar je pomembno tudi, da poslovanje obdržijo na vzdržni ravni, kajti propadle bolnišnice prebivalstvu nič ne koristijo. Mogoče je zato sedaj čas, da se njihovo poslovanje spremeni. Ena izmed rešitev, ki jo lahko uporabijo, je združevanje med bolnišnicami.

Mnogi akterji v zdravstvu in zdravstveni oskrbi še niso dojeli, da bodo v prihodnosti morali poiskati in izkoristiti ponujene priložnosti, s katerimi bodo izboljšali ter dopolnili zdravstvene storitve. Namen zdravstvenih storitev ni le ozdraviti, ampak tudi zaščititi ali izboljšati zdravje. Ali je to storjeno na učinkovit način, je odvisno od tega, katere storitve so opravljene in kako so organizirane (World Health Organization, 2000, str. 77).

Glas o problematiki prevelikega števila porodnišnic v slovenskem prostoru odmeva že dalj časa. V preteklosti so se pojavile ideje o ukinitvi nekaterih manjših porodnišnic, še posebej tistih, v katerih se rodita povprečno manj kot dva otroka na dan. Vendar ukinitve porodnišnic ne bi bila smotrna zaradi političnih in socialnih dejavnikov. Veliko bolj smiselno bi bilo združevanje manjših porodnišnic med seboj oziroma združitev manjše porodnišnice z večjo porodnišnico.

V tujini, predvsem v ZDA in v Skandinavskih državah, je v zadnjih letih združevanje med bolnišnicami vse bolj pogosto. Tako si lahko slovenske bolnišnice oziroma porodnišnice pri združevanju pomagajo s primeri iz prakse in se tako izognejo nepravilnostim, ki so jih storile bolnišnice pri združevanju v tujini.

V nalogi sem predstavila primer študije združitve oddelka za ginekologijo in porodništvo SBJ ter BGP Kranj. Ideja je zasnovana tako, da se iz Jesenic prestavi ginekološko porodniški oddelek v Kranj, na Jesenice pa se iz Kranja preselijo splošne službe oziroma se ukinejo, v kolikor se funkcije podvajajo.

Največja težava pri študiji združitve je, da je oddelek ginekologije in porodništva na Jesenicah del celotne bolnišnice in je zato težko ugotoviti, kako uspešno posluje ta oddelek, saj je v javnih podatkih predstavljena samo analiza poslovanja celotne SBJ. V nalogi sem poskusila

narediti analizo poslovanja tega oddelka, vendar je zaradi premalo dejanskih podatkov oddelka to nemogoče. Iz letnega poročila lahko na oddelek ginekologija in porodništvo razdelimo zgolj 20 % celotnih stroškov: 80 % stroškov – od katerih je okoli 60 % neposrednih stroškov dela – pa zaradi internih podatkov, ki niso javno dostopni, ne moremo razdeliti neposredno na oddelek. Če bi hoteli izračunati poslovni izid, bi tako morali teh 80 % stroškov razdeliti s pomočjo ključev, ki jih pozna samo poslovodstvo. Če bi ključ samo za malenkost spremenili, bi se nam spremenil celoten poslovni izid, kar dokazuje, da bi bil tak izračun popolnoma irelevanten. Analize združitve pa se ne smemo lotiti na podlagi približnih ocen poslovanja, ampak s kar najbolj točnimi podatki, če želimo ugotoviti kaj bi nam prinesla združitev – v številkah. Poslovni izid sem sicer lahko ocenila za leto 2010, vendar so ti podatki »že zastareli«.

Glede na javno razpoložljive podatke ni mogoče natančno oceniti, koliko in kateri kadri bi se preselili v Kranj. Nekaj zdravstvenih dejavnosti namreč mora ostati na Jesenicah (ambulante) za potrebe okoliškega prebivalstva. Težava je tudi v tem, da je težko razdeliti zdravstvene delavce, ki bi odšli v Kranj in tiste, ki bi ostali na Jesenicah, saj se velikokrat zgodi, da se ambulantni in bolnišnični del povezuje, kar pomeni, da zdravniki in zdravstveno osebje deluje tako v ambulantni kot bolnišnični dejavnosti. Prav tako se zgodi, da se delo zdravnikov iz enega oddelka povezuje z drugimi oddelki (npr. porodništvo in kirurgija). Zato tudi nisem mogla opredeliti, kolikšno število zdravnikov bi bilo potrebno preseliti v Kranj. S splošno službo je nekoliko lažje, vendar tudi za njih ni mogoče iz javnih podatkov ugotoviti, kolikšen strošek povzročajo in koliko bi se ga prihranilo s preselitvijo na Jesenice. S popisom dela bi lahko ugotovili, katero delo se podvaja in kolikšno število delavcev bi po združitvi lahko zmanjšali.

Ugotovitve sem zaradi navedenih težav večinoma predstavila opisno, le del analize sem predstavila številčno. Kljub temu lahko povzamem, da je analiza pokazala, da bi imela združitev porodnišnic veliko več pozitivnih kot negativnih vplivov. Dejanski finančni učinek združitve bolnišnic bi lahko ugotovili le, če bi pridobili dejanske podatke obeh bolnišnic in soglasje obeh bolnišnic o sodelovanju pri projektu.

LITERATURA IN VIRI

1. Asfiksija. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://hr.wikipedia.org/wiki/Asfiksija>
2. Bilanca stanja Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj 2012. (2013). *AJPES* Najdeno 24. julija na spletnem naslovu <http://www.ajpes.si/JOLP/podjetje.asp?maticna=5053820000&leto=2012>
3. Biopsija. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://sl.wikipedia.org/wiki/Biopsija>
4. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. (2011a). Letno poročilo za leto 2010. Kranj: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj.
5. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. (2011b, 3. marec). Statut Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj. Najdeno 26. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.bolnisnica-kranj.si/e_files/vsebina/katalog_informacij_jz/statut_cistopis.pdf
6. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. (2012). Letno poročilo za leto 2011. Kranj: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj.
7. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj. (2013). Letno poročilo za leto 2012. Kranj: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj.
8. Bricelj, N., & Ocepek, A. (2011). *Analiza poslovanja Slovenskih porodnišnic*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
9. Brimmer, K. (2012, 15. oktober). Most hospital M&A transactions are financially unsuccessful, study says. Najdeno 26. oktobra 2012 na spletnem naslovu <http://www.healthcarefinancenews.com/news/most-hospital-m-transactions-are-financially-unsuccessful-study-says>
10. Brown, T. C. (Jr.), Werling, K. A., Walker, B. C., Burgdorfer, R. J., & Shields, J. J. (2012). Current Trends in Hospital Mergers and Acquisitions. Najdeno 20. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.hfma.org/Content.aspx?id=3288>
11. Ceglar, J. (2005). Model plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav na podlagi skupin primerljivih primerov. *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah* (str. 49-65). Ljubljana: LM Vertas d.o.o.
12. Cerar, V., Merlo, A., & Gradecki, M. (2010). Strategija celostnega razvoja ginekološke in porodniške (perinatalne) službe. *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji* (str. 16-19). Ljubljana: Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020.
13. Čelhar, J., Prelec, A., & Zakšek, T. (2010). Babištvo v sloveniji - vizija v prihodnjih 10 letih. *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji* (str. 20-25). Ljubljana: Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020.
14. De Noble F. A., Gustafson, T. L., & Hegert, M. (1988). Planning for Post-merger Integration-Eight Lessons for merger Success. *Long Range Planning, Oxford*, 21(4), 82-85.

15. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 36/2005/ES. *Uradni list Evropske unije* 1. 255/22.
16. Došenović Bončar, P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta Ljubljana.
17. *Eklampsija*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://otrocarije.blogspot.com/2008/10/nosecnost-po-tednih-33-teden.html>
18. Epiziotomija. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://bs.wikipedia.org/wiki/Epiziotomija>
19. *E-uprava*. Najdeno 4. avgust 2013 na spletnem naslovu <http://e-uprava.gov.si/ispo/javneplace/placeOrgan.ispo?organ=239264>
20. EURO PERISTAT (2008). European Perinatal Health Report. Najdeno 25. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/petite-enfance/european-perinatal-health-report/european-perinatal-health-report.pdf>
21. *Gestacijska starost*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.bolezen.si/medicinski-slovar/medicinski-slovar-g/2227-gestacijska-starost>
22. Hanc, M. (2012, 13. januar). Napetosti v bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/napetosti-v-bolnisnici-za-ginekologijo-in-porodnistvo-kranj.html>
23. Haspeslagh, C. P., & Jemison, B. D. (1991). *Managing acquisition*. New York: The Free Press.
24. *Histerektomija*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.bolezen.si/ostale-zdravstvene-teme/operacije/2404-histerektomija>
25. Knez, P. (2001, 17. november). Na Jesenicah je nevzdržno. Najdeno 24. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.dnevnik.si/clanek/12777>
26. Komac, M. (2012, 19. oktober). Stališča zdravstvenih domov o spremembah dogovarjanja. Najdeno 26. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.devz.si/wp-content/uploads/2012/10/M_Komac.pdf
27. Kozamernik, P. (2005). *Poročilo o doseženih ciljih in rezultatih poslovanja javnega zavoda* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta Ljubljana.
28. Lahovnik, M. (2003). Uspešnost prevzemov podjetij doma in v svetu. *Prevzemi gospodarskih družb*, (17), 5-20.
29. Lisle, C., & Bartlam, J., (1999). Can the Target Pass The Competitive Intelligence Test? *Mergers and Acquisitions, Philadelphia*, 33(4), 27-32.
30. Lorange, P., Kotlarchuck, E., & Singh, H. (1987). Corporate Acquisitions: A strategic Perspective. V *M. L. Rock: The Mergers and Acquisitions Handbook* (str. 3-13). New York: Mc Graw-Hill Company.
31. Lozej, M., & Strgar, M. (2004). Notranje revidiranje sistema zaračunavanja zdravstvenih storitev v bolnišnicah in zdravstvenih domovih. *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah* (str. 44-60). Ljubljana: LM Vertas d.o.o.
32. Malformacije. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://sl.wikipedia.org/wiki/Teratogenost>

33. Meden Vrtovec, H. (2010). Specializacija iz ginekologije in porodništva. *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji* (str. 5-7). Ljubljana: Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020.
34. Meden Vrtovec, H., Cerar, V. M., Ilijaš-Koželj, M., Lukanovič, A., Takač, I., Verdenik I., & Vlaisavljević, V. (2009). Racionalizacija mreže porodnišnic v Sloveniji. Najdeno 26. oktobra 2012 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/razvoj_in_koordinacija_sistema/Racionalizacija_mreze_porodnisnic_pred_na_ZS_240810.pdf
35. Ministrstvo za zdravje. (2011). *Nadrgadnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
36. Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, & Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije. (2013. 24. januar). Splošni dogovor za pogodbeno leto 2013. Najdeno 26. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/AA69EB5C70327BCFC1257B25002E636C?OpenDocument>
37. Neonatologija. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://sl.wikipedia.org/wiki/Neonatologija>
38. Norburn, D., & Schoenberg, R. (1994). European Cross-Border Acquisition: How Was it For you? *Long Range Planning, Oxford*, 24(4), 25-35.
39. Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva. *Uradni list RS* št. 94/2010.
40. Perinatologija. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://sl.wikipedia.org/wiki/Perinatologija>
41. *Predstavitev Splošne bolnišnice Jesenice*. Najdeno 25. oktobra 2012 na spletnem naslovu www.sb-je.si
42. *Predstavitev Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj*. Najdeno 25. oktobra 2012 na spletnem naslovu www.bolnisenica-kranj.si
43. *Prenatalno varstvo*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.ringaraja.net/clanki/oznaka/prenatalno%20varstvo-7810.html>
44. Sambt, G. (2006). *Posebnosti poslovanja javnih zdravstvenih ustanov s primerom Splošne bolnišnice Murska Sobota* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta Ljubljana.
45. Slapničar, S., Bricelj, N., & Ocepek, A. (2011). *Z večjim nadzorom do večje učinkovitosti zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
46. Soršak, M. (2005). Spremljanje stroškov po stroškovnih mestih in stroškovnih nosilcih v bolnišnicah. *Notranje revidiranje v zdravstvenih organizacijah* (str. 49-65). Ljubljana: LM Vertas d.o.o.
47. Splošna bolnišnica Jesenice. (2009, 25. avgust). Statut Splošne bolnišnice Jesenice. Najdeno 26. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.sb-je.si/wp-content/uploads/2011/05/StatutSBJ.pdf>

48. Splošna bolnišnica Jesenice. (2011). Letno poročilo za leto 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
49. Splošna bolnišnica Jesenice. (2012a). Letno poročilo za leto 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
50. Splošna bolnišnica Jesenice. (2012b). Strokovno poročilo 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
51. Splošna bolnišnica Jesenice. (2013). Letno poročilo za leto 2012. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.
52. Stariha, J. (2009). Vpliv cene akutne bolnišnične obravnave na poslovanje bolnišnic. Najdeno 25. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-033-8/prispevki/Stariha%20Jurij.pdf>
53. Slovenski inštitut za Revizijo. (2006). *Slovenski računovodski standardi*. Ljubljana: Zveza računovodij, finančnikov in revizorjev Slovenije.
54. STA (2013a, 23. maj). ZZZS letos ne bo mogel izvesti nacionalnega razpisa. Najdeno 27. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.siol.net/novice/zdravje/2012/05/zzzs_letos_ne_bo_mogel_izvesti_nacionalnega_razpisa.aspx
55. STA, R.A., & D.I. (2013b, 22. februar). V jeseniški bolnišnici ostali brez glavnega dobavitelja, razmere kritične [video]. Najdeno 25. julija 2013 na spletnem naslovu http://www.siol.net/novice/zdravje/2013/02/jeseniska_bolnisnica_brez_dobavitelja.aspx
56. Stagg Elliott, V. (2012, 2. april). Hospital mergers, acquisitions expected to maintain quick pace. Najdeno 27. oktobra 2012 na spletnem naslovu <http://www.ama-assn.org/amednews/2012/04/02/bisa0402.htm>
57. Statistični urad Republike Slovenije (2012, 9. oktober). Vse starejši in vse dlje aktivni. Najdeno 22. julija 2013 na spletnem naslovu http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5044
58. *Stresna inkontinenca*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://contiform.si/kaj-je-stresna-urinska-inkontinenca/>
59. Summer, L. (2010). Integration, Concentration, and Competition in the Provider Marketplace. Najdeno 26. julija na spletnem naslovu http://www.academyhealth.org/files/publications/AH_R_Integration%20FINAL2.pdf
60. Takač, I., Lukanović, A., & Weber, V. (2010). Strategija razvoja ginekološko-porodniške službe v Sloveniji – ginekologija. *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji* (str. 26-38). Ljubljana: Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020.
61. Thomson, N., & Mc Namara, P. (2002). Achieving post-acquisition success: the role of corporate entrepreneurship. *Long Range Planning*, 34(1), 669-697.
62. UMAR. (5. julij 2013). Ekonomsko ogledalo: Ob izboljšanju nekaterih kratkoročnih kazalnikov gospodarske aktivnosti razmere ostajajo zaostrene. Najdeno 9. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.umar.gov.si/informacije_za_javnost/obvestila_in_sporocila_za_javnost/obvestilo/zapisi/ekonomsko_ogledalo_ob_izboljsanju_nekaterih_kratkorocnih_kazalnikov_gospodarske_aktivnosti_raz

mer/31/?tx_ttnews[syear]=2013&tx_ttnews[smonth]=7&cHash=862da13939

63. Verdnik, I., Novak Antolič, Ž., & Zupan, J. (2013). *Perinatologija Slovenica II. ISIS, XXII* (7), 71.
64. Managed care. (b.l.) V *Wikipedia*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu http://en.wikipedia.org/wiki/Managed_care
65. *Minimalna invazivna kirurgija*. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.bolezen.si/medicinski-slovar/medicinski-slovar-m/2472-minimalna-invazivna-kirurgija>
66. World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*. Najdeno 27. avgusta 2013 na spletnem naslovu http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
67. Zakon o javnih financah. *Uradni list RS* št. 11/2011.
68. Zakon o računovodstvu. *Uradni list RS* št. 23/1999.
69. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi. *Uradni list RS* št. 58/2008.
70. Zakon o spremembah zakona o zavodih. *Uradni list RS* št. 8/1996.
71. Zakon o uravnoteženju javnih financ. *Uradni list RS* št. 40/2012.
72. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 12/1991.
73. Zakon o zdravniški službi. *Uradni list RS* št. 72/2006.
74. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006.
75. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005.
76. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2011). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2010*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
77. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (b.l.). Specialistična bolnišnična dejavnost. Najdeno 9. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/82D5E355FEE778B5C1256D47002BE197>
78. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (b.l.). Specialistična ambulantna dejavnost. Najdeno 9. avgusta 2013 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/D584338A33CA752BC1256D47002935AF>
79. Zupančič, M. (2011a, 28. januar). Porodnišnice naj ostanejo. Najdeno 27. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/porodnisnice-naj-ostanejo-tudi-ce-niso-varne.html>
80. Zupančič, M. (2011b, 30. januar). Porodnice za bližino doma, stroka za varnost. Najdeno 24. julija 2013 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/novice/slovenija/porodnice-za-blizino-doma-stroka-za-varnost.html>

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Zaposleni v SBJ po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za leta 2010 - 2012	1
Priloga 2: Zaposleni po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za BGP Kranj za leta 2010 - 2012	3
Priloga 3: Pregled stroškov storitev lastnih zaposlenih in zunanjih izvajalcev za zdravstvene storitve v BGP Kranj za leti 2011 in 2012 v EUR	4
Priloga 4: Kazalniki poslovanja BGP Kranj in SBJ za leto 2012	5
Priloga 5: Realizacija delovnega programa (do ZZZS) za BGP Kranj ter za oddelek ginekologije in porodništva SBJ.....	6
Priloga 6: Podatki za izračun stroška dežurne službe za ginekološko porodniški oddelek v SBJ za leto 2013	7
Priloga 7: Podatki za izračun stroška turnusnega dela za ginekološko porodniški oddelek v SBJ za leto 2013	8

Priloga 1: Zaposleni v SBJ po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za leta 2010 - 2012*Tabela 1: Zaposleni v SBJ po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za leta 2010, 2011 in 2012*

Delovno mesto	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012
ZDRAVSTVENI DELAVCI	493	512	515
ZDRAVNIKI IN ZDRAVSTVENA NEGA	446	459	464
Zdravniki specialisti	59	63	66
Zdravniki brez specializacije z licenco	4	1	2
Specializanti	33	40	42
Pripravnik/sekundarij	7	9	9
Samostojni strokovni delavec v zdravstveni negi	5	5	5
Koordinator v zdravstveni negi	13	16	15
Diplomirana medicinska sestra	84	84	95
Diplomirana babica/SMS babica v porodnem bloku IT III	9	10	9
Srednja medicinska sestra/babica	225	226	217
Pripravnik zdravstvene nege	7	5	4
FARMACEVTSKI DELAVCI	8	8	9
Farmacevt specialist	1	1	1
Farmacevt	2	2	3
Farmaceutski tehnik	5	5	5
OSTALI ZDRAVST. DELAVCI IN SODELAVCI	36	41	38
Medicinski biokemik specialist	3	3	3
Radiološki inženir	12	11	13
Fizioterapevt	10	11	10
Delovni terapevt	0	1	1
Inženir laboratorijske biomedicine	4	3	3
Laboratorijski tehnik	7	8	8
Pripravnik	0	4	0
OSTALI DELAVCI IZ DRUGIH PLAČNIH SKUPIN	3	4	4
Ostali	3	4	4

se nadaljuje

nadaljevanje

Delovno mesto	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012
NEZDARVSTVENI DELAVCI	142	148	141
Administracija (J2)	49	50	47
Področje informatike	3	3	3
Ekonomsko področje	17	15	18
Kadrovsko-pravno in splošno področje	4	5	6
Področje nabave	8	8	8
Področje tehničnega vzdrževanja	19	19	19
Področje prehrane	38	44	36
Oskrbovalne službe	2	3	3
Ostalo	2	1	1
Skupaj	635	660	656

Vir: Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 45; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 59.

Priloga 2: Zaposleni po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za BGP Kranj za leta 2010 - 2012

Tabela 2: Zaposleni po dejanski izobrazbi oz. področjih dela za BGP Kranj za leta 2010, 2011 in 2012

Delovno mesto	Leto 2010	Leto 2011	Leto 2012
ZDRAVSTVENI DELAVCI	83	87	89
ZDRAVNIKI IN ZDRAVSTVENA NEGA	72	78	81
Zdravniki specialisti ²⁰ + direktorica	14	15	17
Zdravniki brez specializacije	1	3	5
Pomočnica direktorice za zdravstveno nego	1	1	1
Pomočnica direktorice			1
Diplomirane medicinske sestre, diplomirane babice	31	33	32
Srednje medicinske sestre	25	26	25
FARMACEVTSKI DELAVCI	2	2	2
Magister farmecije	1	1	1
Farmacevtski tehnik	1	1	1
OSTALI ZDRAV. DELAVCI IN SODELAVCI	5	5	6
Diplomirani inženir radiologije	1	1	1
Citolog	1	1	2
Fizioterapevt	1	1	1
Laboratorijski tehnik	2	2	2
NEZDRAVSTVENI DELAVCI	39	40	39
Vodja finančne in računovodske službe	1	1	1
Uprava, računovodstvo, zdravstvena administracija	8	8	9
Tehnična služba za varovanje	4	4	4
Področje nabave	2	3	2
Bolniške strežnice	13	13	12
Kuhinja	11	11	11
Skupaj	120	127	128

*Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj 2011, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 25;
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2011, 2013, str. 27.*

²⁰ Že več let z bolnišnico BGP Kranj aktivno sodeluje tudi specialistka za ginekologije in porodništva, ki je sicer zaposlena na primarnem nivoju: volontersko delo (Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, 2013, str. 27).

Priloga 3: Pregled stroškov storitev lastnih zaposlenih in zunanjih izvajalcev za zdravstvene storitve v BGP Kranj za leti 2011 in 2012 v EUR

Tabela 3: Pregled stroškov storitev lastnih zaposlenih in zunanjih izvajalcev za zdravstvene storitve v BGP Kranj za leti 2011 in 2012 v EUR

Vrste zdravstvenih storitev	Strošek v letu 2011	Število izvajalcev	Strošek v letu 2012	Število izvajalcev
Lastni zaposleni	36.187	6	28.828	8
Izključno za storitve, ki niso priznane s strani ZZS	36.187	6	28.828	8
Zunanji zaposleni	679.569	48	567.114	50
NNMP – podjetne pogodbe	241.701	15	225.708	14
NNMP – s.p.	96.643	8	86.248	9
Delo zdravnikov v dopoldanskem času – podjetne pogodbe	97.508	5	54.486	4
Delo zdravnikov v dopoldanskem času – podjetne pogodbe	36.443	5	32.058	7
Delo zdravnika v ambulanti – podjetna pogodba	7.524	1	5.720	1
Delo v intenzivni negi	39.981	4	34.394	4
Delo zdravnikov v Centru za bolezni dojk – podjetne pogodbe	13.227	5	25.078	6
Delo zdravnikov v Centru za bolezni dojk – s. p.	53.306	2	41.252	2
Delo v laboratoriju (citologija, histologija) – podjetne pogodbe	93.236	3	62.170	3
SKUPAJ Zdravstvene storitve	715.756	54	595.942	58

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2011, 2012, str. 47; Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 50.

Priloga 4: Kazalniki poslovanja BGP Kranj in SBJ za leto 2012

Tabela 4: Kazalniki poslovanja BGP Kranj in SBJ za leto 2012

	BGP Kranj 2012	SBJ 2012
1. KAZALNIK GODPODARNOSTI	0,96	0,98
Celotni prihodki	5.987.332	31.948.833
Celotni odhodki	6.219.283	32.695.893
2. DELEŽ AMORTIZACIJSKIH SREDSTEV V POGODBAH ZZZS	3,58	5,50
Priznana am s strani ZZZS	201.605	1.562.294
Celotni prihodek iz pogodb ZZZS	5.633.510	28.381.751
3. DELEŽ PORABLJENIH AMORTIZACIJSKIH SREDSTEV	100,00	132,08
Porabljena am sredstva	201.605	2.146.318
– Naložbe iz amortizacije	201.605	1.815.244
– Amortizacija iz ZIJZ	0	331.074
Priznana am v ceni storitve	201.605	1.624.974
4. STOPNJA ODPISANOSTI OPREME	0,75	0,78
Popravek vrednosti opreme	2.145.004	13.331.170
Oprema	2.879.169	17.085.740
5. DNEVI VEZAVE ZALOG MATERIALA	39,26	43,35
Zaloga	76.716	838.368
Stroški materiala	713.252	7.058.719
Zavod vključuje zaloge zdravil in zdravstvenega materiala na oddelkih		
DA (vpiši znesek)	41.542	603.565
NE		
6. KOEFICIENT PLAČILNE SPOSOBNOSTI	1,00	3,65
Povprečno število dejanskih dni za plačilo	30	109
Povprečno število dogovorjenih dni za plačilo	30	30
7. KOEFICIENT ZAPADLIH OBVEZNOSTI	0,00	2,46
Zapadle neplačane obveznosti na dan 31.12.	0	2.514.749
Mesečni promet do dobaviteljev	190.796	1.020.248
8. KAZALNIK ZADOLŽENOSTI	0,38	0,84
Tuji viri	921.327	10.933.596
Obveznosti do virov sredstev	2.433.020	13.041.729
9. OBRAČANJE SREDSTEV	0,92	1,05
Prihodki iz poslovne dejavnosti	5.955.866	31.805.865
Osnovna sredstva po nabavni vrednosti	6.442.229	30.322.753

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, priloga; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, priloga.

Priloga 5: Realizacija delovnega programa (do ZZZS) za BGP Kranj ter za oddelek ginekologije in porodništva SBJ

Tabela 5: Realizacija delovnega programa (do ZZZS) za BGP Kranj ter za oddelek ginekologije in porodništva SBJ.

Program	BGP Kranj		SBJ	
	Realizacija 2011	Realizacija 2012	Realizacija 2011	Realizacija 2012
Akutna bolnišnična obravnava				
Število primerov SPP (202 110)	4.600	4.387	1.529	1.502
Število uteži	3.942	3.879	1.261	1.279
Število primerov po Nacionalnem razpisu (202 147)		2		2
Doječe matere				
Doječe matere (NOD-primeri) (202 070)	524	466	786	707
Osnovna zdravstvena dejavnost				
Dispanzer za ženske (količniki) (101 004)	94.126	85.642	34.906	35.184
Specialistična ambulantna dejavnost				
Pediatrija (št. obiskov)	2.458	2.112	5.033	5.340
Pediatrija (št. točk)	22.364	18.659	51.574	55.772
Ginekologija in porodništvo (št. obiskov)	3.437	2.819	2.987	3.228
Ginekologija in porodništvo (št. točk)	35.323	28.362	32.849	36.195
Bolezni dojk (št. obiskov)	5.934	6.304	4.084	3.832
Bolezni dojk (št. točk)	29.957	27.832	20.761	16.394
Diagnostika				
Mamografija (št. točk)	53.889	54.886	42.079	37.987
Ultrazvok – UZ (št. preiskav) ²¹	1.231	1.126	4.200	4.752
Ultrazvok – UZ (št. točk)	14.283	10.249	51.041	57.764

Vir: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Letno poročilo za leto 2012, 2013, priloga; Splošna bolnišnica Jesenice, Letno poročilo za leto 2012, 2013, str. 15-16.

²¹Podatki za ultrazvok (št. preiskav in št. točk) od SBJ ni primerljiv s podatki za BGP Kranj, saj na Jesenicah ultrazvoka ne uporabljajo samo za oddelek ginekologija in porodništva, ampak ga uporabljajo tudi v drugih dejavnostih (npr. kirurgija).

Priloga 6: Podatki za izračun stroška dežurne službe za ginekološko porodniški oddelek v SBJ za leto 2013

Podatki (izraženi v bruto zneskih):

Zdravnik s 15 let delovne dobe:

- Osnovna plača z delovno dobo = 3.315,54
- Dežurstvo med tednom – 10 ur = 288,59
- Dežurstvo 24 ur sobota = 726,93
- Dežurstvo 24 ur nedelja = 863,10
- Dežurstvo 24 ur praznik = 909,40

DMS s 15 let delovne dobe:

- Osnovna plača z delovno dobo = 1.732,18
- Dežurstvo med tednom – 10 ur = 150,77
- Dežurstvo 24 ur sobota = 226,17
- Dežurstvo 24 ur nedelja = 211,94
- Dežurstvo 24 ur praznik = 219,06

Leto 2013:

- 52 nedelj
- 52 sobot
- 12 praznikov (od tega 1 sobota)
- Dežurstvo med tednom traja skupaj 55 ur²²

²²Od ponedeljka do petka 00.00–7.00 ter 20.–24. ure, kar znaša skupaj 11 ur na dan.

Priloga 7: Podatki za izračun stroška turnusnega dela za ginekološko porodniški oddelek v SBJ za leto 2013

Podatki (izraženi v bruto zneskih):

Zdravnik (15 let delovne dobe):

- Osnovna plača z delovno dobo = 3.315,54 EUR
- Delovna ura (enačba (1)) = 19,05 EUR/h

$$Delovna\ ura = \frac{Osnovna\ plača\ z\ delovno\ dobo}{Povpr.\ mes.\ število\ ur} \quad (1)$$

DMS (15 let delovne dobe):

- Osnovna plača z delovno dobo = 1.732,18 EUR
- Delovna ura (enačba (17)) = 9,96 EUR/h

Dodatki za delo v turnusu:

- Izmensko delo = 7 %
- Nočni dodatek = 30 %
- Dodatek za nedeljo = 75 %
- Dodatek za praznik = 90 %

Leto 2013:

- 52 nedelj
- 52 sobot
- 12 praznikov (od tega 1 sobota)
- Dežurstvo med tednom traja skupaj 55 ur
- Od 365 dni je 261 delovnih dni, 52 sobot in 52 nedelj
- Povprečno št. delovnih ur na mesec je 174ur/mesec