

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**KADROVSKA OPTIMIZACIJA PRI ZDRUŽITVI DEJAVNOSTI
ZDRAVSTVENEGA IN SOCIALNEGA VARSTVA
V JAVNEM ZAVODU**

Ljubljana, september 2015

TANJA VIDIC

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Tanja Vidic, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, izjavljam, da sem avtorica magistrskega dela z naslovom Kadrovska optimizacija pri združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v javnem zavodu, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Nado Zupan in sosvetovalcem dr. Jožetom Ramovš.

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

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je predloženo besedilo rezultat izključno mojega lastnega raziskovalnega dela;
- je predloženo besedilo jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem
 - poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam v magistrskem delu, citirana oziroma navedena v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, in
 - pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti (v pisni ali grafični obliki) uporabljena v tekstu, in sem to v besedilu tudi jasno zapisala;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 55/2008 s spremembami);
- se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predložene magistrskega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom.

V Ljubljani, dne _____

Podpis avtorice: _____

KAZALO

UVOD	1
1 JAVNI ZDRAVSTVENI ZAVODI	4
1.1 Organizacija	5
1.2 Upravljanje	7
1.3 Management	7
1.4. Financiranje	9
2 CENTER ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK	10
2.1 Predstavitev CZBO	10
2.2 Organizacija CZBO	14
2.3 Upravljanje v CZBO	16
2.4 Management v CZBO	16
2.5 Financiranje CZBO	16
2.6 Kalkulacija za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev	17
2.7 Kakovost v CZBO	18
3 NADALJNI RAZVOJ CZBO Z ZDRUŽITVIJO DEJAVNOSTI DOLGOTRAJNE OSKRBE	20
3.1 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji	22
3.1.1 Organiziranost dolgotrajne oskrbe	24
3.1.2 Financiranje dejavnosti dolgotrajne oskrbe	24
3.2 Medgeneracijski center kot oblika izvajanja dolgotrajne oskrbe	26
3.2.1 Medgeneracijski center občine Ivančna Gorica	29
3.2.2 Predstavitev organizacije MGC občine Ivančna Gorica	31
3.3 Povezava CZBO in MGC v skupni javni zavod – Center dr. Marko Gerbec	34
3.3.1 Izhodišča za delovanje javnega zavoda Center dr. Marko Gerbec	36
3.3.2 Organizacija Centra dr. Marko Gerbec	38
4 UTEMELJITEV SMISELNOSTI POVEZOVANJA CZBO IN MGC Z VIDIKA KADROVSKE OPTIMIZACIJE	41
4.1 Management in načrtovanje človeških virov v zdravstvenih organizacijah	41
4.1.1 Management človeških virov v zdravstvenih organizacijah	42
4.1.2 Načrtovanje človeških virov v zdravstvenih organizacijah	44
4.2 Management in načrtovanje človeških virov v CZBO	46
4.2.1 Kadrovska struktura v CZBO	47
4.2.2 Analiza potreb po kadrih v CZBO	50
4.2.3 Kadrovska struktura v enoti CZBO in stroški dela	51
4.3 Načrtovanje človeških virov za MGC Občine Ivančna Gorica	52
4.4 Kadrovska optimizacija in stroški dela	55
4.5 Primerjalna analiza stroškov dela	64
4.6 Glavni izzivi pri združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v javnem zavodu	65

SKLEP	66
--------------	-----------

LITERATURA IN VIRI	68
---------------------------	-----------

PRILOGA

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prioritetne izjave iz vizije MGC občine Ivančna Gorica	30
Tabela 2: Glavni in specifični izzivi MČV v zdravstvenih organizacijah v današnjem času	44
Tabela 3: Struktura zaposlenih v CZBO glede na starostni razred	48
Tabela 4: Število zaposlenih v CZBO po področjih dela	49
Tabela 5: Število zaposlenih in predvidenih upokojitev v CZBO po področjih dela	50
Tabela 6: Število zaposlenih v CZBO po stopnji izobrazbe	52
Tabela 7: Zaposlitvena struktura za neposredno delo z uporabniki–centralna enota MGC	53
Tabela 8: Zaposlitvena struktura za neposredno delo z uporabniki–dislocirane enote MGC	53
Tabela 9: Predvideno potrebno število zaposlenih v MGC po stopnji izobrazbe	54
Tabela 10: Število dodatno zaposlenih po izobrazbi, če je MGC samostojen zavod	61
Tabela 11: Vrednosti osnovnih plač dodatno zaposlenih v MGC po plačnih razredih	62
Tabela 12: Neposredni stroški plač dodatno zaposlenih v MGC na letni ravni v EUR	63
Tabela 13: Število zaposlenih po posameznih zavodih	64

KAZALO SLIK

Slika 1: Učilnica v CZBO	13
Slika 2: Organizacijska shema v Centru za zdravljenje bolezni otrok	15
Slika 3: Pogled na vrt CZBO	20
Slika 4: Pogled na južni del MGC občine Ivančna Gorica	31
Slika 5: Center dr. Marko Gerbec – idejna zasnova (pogled iz zraka)	35
Slika 6: Dr. Marko Gerbec	36
Slika 7: Organizacijska struktura Centra dr. Marko Gerbec	40
Slika 8: Število zaposlenih glede na starost po starostnih razredih	48
Slika 9: Izobrazbena struktura zaposlenih v CZBO v %	49
Slika 10: Število zaposlenih in število predvidenih upokojitev leta 2021	51
Slika 11: Vrste stroškov	56
Slika 12: Razčlenitev plač po Uredbi komisije Evropske skupnosti	58

UVOD

Skrb za sočloveka je ena od osnovnih lastnosti in vrednot ljudi, še posebej v primeru, ko pomoč ali nego potrebujejo otroci, bolniki ali starejši ljudje. Ti so najšibkejši člani naše družbe in zato jim je potrebno posvetiti veliko pozornosti. V preteklosti so bili »skrbniki« najšibkejših skupin prebivalcev predvsem družinski člani. S hitrim razvojem, spremenjenim načinom življenja in novodobnimi navadami pa se je začela pojavljati potreba po ustanavljanju institucij, ki bi prevzele skrb za najšibkejšo populacijo ter v zadnjem času tudi pomoč starostnikom na domu.

Danes je povsem v skladu z normami, da so predšolski otroci vključeni v vrtce, otroke in odrasle s posebnimi potrebami ali težavami v razvoju se usmerja v specializirane ustanove, ostarele in onemogle pa v domove za starejše. Vse te institucije so opremljene s primernim kadrom in opremo, da se lahko prilagodijo posameznikovim zdravstvenim potrebam. Človek pa je vendarle socialno bitje in si želi biti v družbi ljudi, ne nujno sebi enakih. Stanovalci doma za starejše se razveselijo obiska ali pevskega zborčka otrok iz sosednje šole včasih bolj kot svojih sorodnikov. Prav tako jim veliko pomeni obisk sovaščana, ki prinese najnovejše novice iz vasi. Veliko vlogo pri socializaciji ranljivih skupin imajo prostovoljci in karitativna društva, ki z druženjem in obiski oplemenitijo in obogatijo druženja.

Razmišljanja v tej smeri so pripeljala do razvoja nove vrste institucionalnega varstva ali bivanja, to je dolgotrajna oskrba v obliki medgeneracijskih centrov (v nadaljevanju MGC). S tako obliko domske oskrbe se v največji možni meri zmanjšajo negativne posledice institucionalizacije, stanovalci imajo možnost bolj aktivnega sodelovanja pri dnevnih opravilih, s čimer njihovo življenje in bivanje v domu postane kakovostnejše in bolj osebno.

V tujini je ta oblika že pred časom zaživela, predvsem v Nemčiji, kjer so že sredi devetdesetih let po zgledu Francije in Nizozemske uvedli alternativno bivalno obliko za nege potrebne osebe in osebe z demenco (Imperl, 2012, str. 62). Sedaj se je začela pospešeno razvijati tudi v Sloveniji. Zakonske omejitve trenutno zelo ovirajo ustanavljanje MGC, ker zakon o dolgotrajni oskrbi še ni sprejet. V predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, ki ga je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (v nadaljevanju MDDSZ) objavilo marca 2010 na svoji spletni strani, je opredeljeno, da sta za izvajanje tega zakona pristojni dve ministrstvi: Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. To je tudi osnovna predpostavka tega magistrskega dela.

Vodstvo bolnišnice Center za zdravljenje bolezni otrok je ponudilo možnost sodelovanja z lokalno skupnostjo – Občino Ivančna Gorica, pri ustanovitvi enote medgeneracijskega centra za starostnike, in sicer tako, da se neposredno poleg stavbe bolnišnice zgradi stavba MGC. Bolnišnica prevzame vodenje in organizacijo skupnega javnega zavoda in razširi

delovanje na socialno varstvene storitve. Osnovni predpogoj za vodenje skupnega zavoda je, da je organiziran kot javni zavod in da se določena kadrovska sestava prelija iz ene enote–bolnišnice v drugo enoto–socialno varstveni zavod, s čimer se doseže boljša izkoriščenost človeških virov–kadrovska optimizacija in hkrati organizacijska optimizacija.

Področje obravnave zajema optimizacijo pri organiziranju dela in človeških virov v javnem zavodu, ki bo po združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega zavoda organiziran kot enovit zavod. Za primer sem v obravnavo vzela bolnišnico Center za zdravljenje bolezni otrok (v nadaljevanju CZBO), Šentvid pri Stični, ki je javni zdravstveni zavod. Kot priložnost za nadaljnji razvoj bolnišnice obravnavam razširitev osnovne dejavnosti na socialno varstvene storitve. Predstavljam najnovejšo obliko domske oskrbe v obliki medgeneracijskega centra.

Problem razvoja bolnišnice s širitvijo na socialno-varstvene storitve v obliki krajevnega medgeneracijskega centra predstavlja dejstvo, da financiranje vsake od dejavnosti poteka s strani pristojnega ministrstva: Ministrstva za zdravje v primeru bolnišnice in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti v primeru socialnega varstva. S povezavo dejavnosti se tako združita zdravstvo in socialno varstvo, ki sta v evropskem prostoru večinoma povezana, v Sloveniji pa še ne. Obe dejavnosti uporabljata določene kadrovske normative, kalkulacije upravičenih stroškov ter cen storitev in podobno. Prav tako imata obe dejavnosti skoraj identične cilje, in sicer pomagati bolnim, da se bodo čim boljše počutili, jih zdraviti in jim zagotoviti najvišjo možno kvaliteto bivanja glede na njihove zdravstvene omejitve.

V magistrskem delu izhajam iz podlag predloga Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, pri čemer grem še korak dalje s povezavo dejavnosti dveh javnih zavodov. Medgeneracijski center predstavlja četrto generacijo domov za starejše občane, kjer se v majhnih skupinah izvajajo gospodinjske aktivnosti. Kadrovska sestava zaposlenih v MGC je zelo podobna kadrovski sestavi specialne bolnišnice CZBO. Osnovna ideja združitve dveh javnih zavodov je, da se bo izvajalo prelivanje kadra med obema enotama (torej enoto CZBO in enoto MGC), zaradi česar bo potrebno zaposliti manj ljudi, izkoriščenost človeških virov pa bo večja. Stroški dela bodo nižji, saj se bo management izvajal le na enem mestu za obe enoti, za določene kadre bo delo organizirano na obeh enotah, zato jih bo potrebno zaposliti manj.

Namen magistrskega dela je predstaviti in predvideti najboljšo možno obliko organizacije dveh javnih zavodov z različnima dejavnostma, ki sta povezani v enovit javni zavod, torej eno pravno osebo. Združita se dva zavoda, ki sicer delujeta vsak na svojem področju in sta v domeni dveh različnih ministrstev. Osredotočam se na organizacijski izziv procesa managementa javnega zavoda z enovito upravo in pretokom zaposlenih med obema dejavnostma. Glede na to, da se na obeh področjih dela izvajajo zdravstvena nega, delovna terapija, fizioterapija in podobne spremljajoče dejavnosti, je smiselno z ustreznim kadrovskim managementom zaposlene prerazporejati glede na trenutne potrebe.

Cilj magistrskega dela je dokazati, da je z združitvijo dejavnosti dveh javnih zavodov možno zvišati izkoriščenost uporabe kapacitet, predvsem človeških virov. Cilj naloge je tudi dokazati, da je z ustrezno kadrovske optimizacijo možno doseči znižanje stroškov dela.

Predstavljam možnost delovanja in opravljanja zdravstvenih in socialnih storitev na enem mestu ter dokazujem, da povezovanje bolnikov z različno starostno strukturo prinaša pozitivne sinergijske učinke na bolnike, njihove svojce in tudi zaposlene v javnem zavodu.

Predpostavki:

1. Center dr. Marko Gerbec je oblikovan kot javni zavod in ena pravna oseba.
2. Uprava je enotna in strokovni kader je usposobljen za delo na obeh področjih – zdravstvenem in socialnovarstvenem.

Hipoteze, ki se navezujejo na kadrovske in organizacijske optimizacije:

H1: Zaradi kadrovske optimizacije bo za izvajanje obeh dejavnosti v enovitem javnem zavodu potrebno zaposliti manj ljudi, kot če bi bili dejavnosti organizirani kot dva javna zavoda (kadrovska optimizacija).

H2: Celotni stroški dela v enovitem javnem zavodu bodo manjši od stroškov dela v dveh ločenih javnih zavodih.

H3: Z ustrezno organizacijo dela splošnih in strokovnih služb bo izkoriščenost uporabe kapacitet višja (organizacijska optimizacija).

Izbrala sem kvalitativni raziskovalni pristop. Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi raziskovanja, uporabila sem metodo študije primera na bolnišnici Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični. Direktorica bolnišnice Magdalena Urbančič mi je omogočila dostop do vseh internih aktov, podatkov iz letnih poročil in internih poročil. Podatke o Medgeneracijskem centru Občine Ivančna Gorica sem pridobila s pomočjo dr. Jožeta Ramovša z Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Podatke o arhitekturi idejne zasnove za MGC Občine Ivančna Gorica mi je posredovala gospa Vera Klepej Turnšek iz Arhitekturnega ateljeja v Celju. Za potrebe teoretičnega in empiričnega dela sem zbrala strokovno literaturo. Opravila sem dva intervjuja in si ogledala način dela v domu starejših občanov v Krškem in Domu upokojencev Šmarje pri Jelšah.

V prvem poglavju predstavljam pojem javni zdravstveni zavod, njegovo organizacijo, upravljanje, management in način financiranja v Sloveniji. V naslednjem poglavju predstavljam bolnišnico Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični, ki je najmanjša specializirana slovenska bolnišnica. V tretjem poglavju opišem možnost

nadaljnega razvoja bolnišnice v smislu razširitve dejavnosti na dolgotrajno oskrbo s povezavo Medgeneracijskega centra Občine Ivančna Gorica, predstavljam stanje dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in opisujem institucionalno varstvo v obliki medgeneracijskega centra kot sodobne oblike izvajanja dolgotrajne oskrbe. Poglavje zaključujem s predlogom povezave obeh javnih zavodov v nov Center dr. Marko Gerbec.

V zadnjem poglavju magistrske naloge utemeljim smiselnost povezave bolnišnice in medgeneracijskega centra z vidika kadrovske optimizacije, opišem trenutno kadrovsko stanje v bolnišnici in podam predlog kadrovske strukture v medgeneracijskem centru. Prikažem finančni prihranek kadrovske optimizacije v združenem javnem zavodu Center dr. Marko Gerbec na podlagi manjšega števila zaposlenih v enovitem zavodu. Poglavje zaključujem s primerjalno analizo števila zaposlenih in posledično stroškov dela ter s predstavitvijo glavnih izzivov združitve in povezave dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v javnem zavodu.

1 JAVNI ZDRAVSTVENI ZAVODI

Po določilih Zakona o zavodih (Ur.l. RS, št. 12/1991, 8/1996, 36/2000 – ZPDZC in 127/2006 – ZJZP) so zavodi organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Javne zavode ustanovijo republika, občine, mesta in druge z zakonom pooblašene javne pravne osebe. Javni zdravstveni zavodi so torej zdravstvene organizacije, ki opravljajo zdravstveno službo na (Ministrstvo za zdravje, 2009, str. 66):

1. primarni (zdravstveni domovi in javne lekarne),
2. sekundarni (splošne in specialne bolnišnice) in
3. terciarni ravni (klinike, klinični inštituti in klinični oddelki).

Javni zdravstveni zavod se lahko ustanovi na podlagi soglasja Ministrstva za zdravje in mnenja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zavode na primarni ravni ustanovijo občine ali mesta, medtem ko zavode na sekundarni in terciarni ravni ustanovi republika.

V Sloveniji se pripravlja zdravstvena reforma in v začetku julija je Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) objavilo predlog za javno razpravo z naslovom Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025: Skupaj za družbo zdravja (v nadaljevanju resolucija MZ). V tem dokumentu so predstavljeni ključni problemi zdravja in zdravstvenega sistema v Sloveniji, podane so podlage za razvoj zdravstva za naslednjih deset let ob hkratni viziji kakovostnega in vsem dostopnega javnega zdravstva.

Med drugimi sta prepoznana naslednja kratkoročna izziva (MZ, 2015, str. 19-22):

1. Socialna in zdravstvena obravnava sta pri zagotavljanju dostopne, usklajene in kakovostne dolgotrajne oskrbe še vedno nepovezana, ne glede na to, kje se ta obravnava izvaja (na domu, v domu starejših občanov, v bolnišnici za dolgotrajno oskrbo ali kje drugje).
2. Načrtovanje kadrovskih virov v državi ne poteka kot usklajen proces med vsemi ključnimi deležniki in ne temelji na ocenah potreb prebivalstva. Nenačrtovano povečevanje števila visokih zdravstvenih šol lahko na primer pripelje do neravnovesja na trgu delovne sile, lahko pa predstavlja tudi priložnost v primeru nadaljnjega prenosa kompetenc med zdravstvenimi profili (na primer referenčne ambulante) ali uvajanja novih aktivnosti v zdravstvu (na primer dolgotrajna oskrba, skupnostna obravnava bolnikov z duševnimi motnjami ...).

Ministrstvo za zdravje v Resoluciji MZ opredeljuje štiri prednostna področja razvoja za obdobje do leta 2025, in sicer (MZ, 2015, str. 25):

1. krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni,
2. optimizacija zdravstvene oskrbe,
3. povečanje uspešnosti zdravstvenega sistema (vodenje in upravljanju v zdravstvu),
4. pravično, solidarno in vzdržno financiranje zdravstvenega varstva.

1.1 Organizacija

Organizacija je pojem, ki opredeljuje načine, na katere ljudje v določenem okolju skozi posamezne procese uresničujejo natančno opredeljene cilje. Zupan in Kaše (2007, str. 2-3) sta mnenja, da je to odprt sistem, saj v svojem okolju deluje in iz njega jemlje različne vložke npr. ljudi, surovine, tehnologijo, sredstva za delovanje, pri delovanju ustvari nove storitve ali izdelke in jih zopet posreduje nazaj v okolje.

Glavna naloga vodstva organizacije je oblikovati formalni strukturni okvir, ki omogoča organizaciji, da doseže svoje cilje. Direktor vzpostavlja ta okvir tako, da bo organizaciji, glede na njeno specialnost, zagotavljal učinkovito delovanje in poslovanje. Združevati mora različne dejavnosti v različnih oddelkih in dodeliti posebne naloge posameznemu zaposlenemu (Dunn, 2006, str. 230). Z ustrezno organizacijsko obliko mora ustvariti pozitivno organizacijsko klimo, zagotoviti ustrezno komunikacijo, časovno opredeliti delo, določiti kompetence za posamezen profil zaposlenih itd.

Organizacije se med seboj razlikujejo glede na določene temeljne in strukturne značilnosti. Temeljne značilnosti opredeljujejo velikost organizacije, tehnologija, cilji, strategija in organizacijska kultura. Strukturne značilnosti pa opredeljujejo stopnja formalizacije, specializacija, hierarhija avtoritete, centralizacija, profesionalizacija in razmerja med skupinami zaposlenih (Zupan & Kaše, 2007, str. 10-16).

Organizacijska struktura je časovni prerez stanja organiziranosti zavoda, ki je opisan z odnosi med nalogami in nosilci ter formaliziran s pravili, ki urejajo odnose in organizacijske procese. Prikažemo jo s shemo - organigramom, v katerem so opredeljene organizacijske enote, povezave med njimi in hierarhična nadrejenost oz. podrejenost. Oblika organizacijske strukture je odvisna od več dejavnikov: okolja, ciljev in strategije, velikosti in tehnologije (Zupan & Kaše, 2007, str. 28-29).

V nadaljevanju predstavljam oblike organizacijskih struktur, ki jih povzemam po Zupan in Kaše (2007, str. 31-37):

1. V funkcijski strukturi so enote oblikovane glede na funkcijo, ki jo opravljajo. To je centralizirana struktura, kjer se vse sorodne in medsebojno odvisne naloge izvajajo na enem mestu.
2. Divizijska struktura (oddelčna) je od zgoraj navzdol razdeljena po posameznih produktih oziroma storitvah ali po podskupinah. Zanja je značilna decentralizacija, saj se poslovne funkcije izvajajo znotraj divizij oziroma oddelkov.
3. Projektna struktura je oblikovana z namenom, da posamezne organizacijske enote sodelujejo pri določenem projektu, so vanj vključene, pri čemer je izkoriščenost človeških zmogljivosti lahko zelo visoka.
4. Matrična struktura temelji na timske delu, tako da združuje projektno in funkcijsko strukturo. S tem lahko organizacija učinkovito uporablja vse svoje vire, vendar prinaša posledice dvojnosti vodenja, kot so zmeda, konflikti in osebni stres.
5. Vodoravna struktura (timska) je postavljena tako, da so zaposleni organizirani okrog posameznih procesov in delajo kot procesni tim. Prednosti te strukture so v hitrem odzivu na spremembe, vsak zaposleni ima širši pogled na cilje organizacije in hkrati se strokovno razvija. Ta struktura ukinja hierarhične ravni odločanja.
6. Navidezna struktura (mrežna organizacija) se pojavlja v manjših organizacijah, ki poslovne funkcije organizira izven podjetja (angl. *Outsourcing*). Mreže sodelovanja se sklepajo s pogodbami, po opravljenem poslu pa se te prekinejo.

Javni zdravstveni zavodi morajo biti organizirani tako, da nudijo prebivalstvu kakovostne in varne zdravstvene storitve, ob tem da morajo izpolnjevati točno določene strokovne in tehnične pogoje (MZ, 2009, str. 67).

V javnih zdravstvenih zavodih se večinoma uporablja delitev dela po poslovnih funkcijah in delitev dela po tehnologiji ter vrstah dela. Slabosti, ki jih prinaša ta organizacijska struktura, so zapiranje v svoj oddelek ter zaostrovanje konkurence med posameznimi oddelki in vodjami oddelkov (Tajnikar & Došenovič, 2003, str. 14).

Po mnenju Hočevarja (2008, str. 123-125) je organizacijska struktura v zdravstvenih zavodih tesno povezana z individualnim doživljanjem bolezni ter stiske s strani pacienta. Čeprav medicinska stroka vsiljuje funkcijsko organizacijsko strukturo, je vodoravna oz. procesna struktura bistveno boljša z vidika obravnave bolnika. Omogoča timsko delo

strokovnjakov in zagotavlja neposreden ter hiter pretok informacij o zdravstvenem stanju bolnika. Je osnova za racionalizacijo porabe človeških zmogljivosti in za nastanek komplementarnih znanj s področja medicine.

1.2 Upravljanje

Upravljanje v javnih zdravstvenih zavodih izvaja država preko Ministrstva za zdravje tako, da v organe upravljanja posameznih zavodov vključi svoje predstavnike ter s tem, da usmerja in določa delovanje zavodov v doseganje družbenih interesov (Tajnikar & Došenovič, 2003, str. 5-6). S finančnimi spodbudami, standardi in pogoji delovanja javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja ustrezno kakovost v zdravstvenem varstvu.

Na primarnem nivoju so javni zdravstveni zavodi ustanovljeni s strani lokalne skupnosti, na sekundarnem in terciarnem nivoju pa s strani države – Ministrstva za zdravje. Ustanovitelj lahko odloči, da se javni zavod pripoji drugemu zavodu, da se dva ali več zavodov združi v en zavod, ali da se zavod razdeli na dva ali več zavodov. Ustanovitelj lahko tudi odloči, da se organizacijska enota zavoda izloči in pripoji drugemu zavodu, ali organizira kot samostojen zavod.

Upravljanje v javnih zdravstvenih zavodov s strani MZ poteka tako, da ima ministrstvo v svetih zavodov vključeno določeno število svetnikov, ki po pooblastilu izvajajo naloge nadzora delovanja zavoda ter obravnavajo in potrjujejo ključne dokumente za delovanje posameznega zdravstvenega zavoda.

V Resoluciji MZ ugotavlja, da imajo sveti zavodov po Zakonu o zavodih upravljalno in nadzorno funkcijo, vendar se kažejo problemi v neprimerni sestavi svetov zavodov, ker svetniki pogosto s svojimi kompetencami, ali posegajo v vodenje zavoda, ali pa niso strokovno dorasli nalogam upravljanja in nadzora. Zato bi bilo potrebno, po mnenju MZ, sprejeti jasne strokovne kriterije o tem, kakšne strokovne kompetence in znanja mora imeti član sveta zavoda (MZ, 2015, str. 49).

1.3 Management

Beseda management se je v ekonomskih in poslovnih krogih v zadnjih letih poslovenila, tako da nekateri avtorji uporabljajo slovenski zapis izgovorjave menedžment. V SSKJ je beseda management (izg. ménedžment) opisana kot vodenje podjetja v kapitalistični ekonomiki.

Rozman in Kovač (2012, str. 21-31) definirata management kot proces usklajevanja razdeljenega dela in drugih razmerij in kot odločanje o poslovanju ter zagotavljanju smotrnosti izvedbe. Vse to se zagotavlja v procesih planiranja, uveljavljanja in kontrole. Po njunem mnenju kakovost, znanje in sposobnosti managementa določajo uspešnost tako v podjetjih kot drugih združbah. Bistveno delo managerja pri doseganju čim boljše

učinkovitosti poslovanja je usklajevanje in vodenje o tem, kako so posamezni deli združbe med seboj povezani. Ključna opredelitev managementa je torej »usklajevanje, upoštevanje spreminjanje in okolje, tehnično razdeljenega dela, ciljev in interesov ter drugih struktur v celoto, ki bo zagotavljala smotrno doseganje cilja te celote, kot usklajevanje posameznikov in skupin«.

V Zakonu o zavodih (Uradni list RS, št. 12/1991, 8/1996, 36/2000 – ZPDZC in 127/2006 – ZJZP) je opredeljeno, da direktor organizira in vodi delo in poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod in je odgovoren za zakonitost dela zavoda, imenuje in razrešuje pa ga ustanovitelj ali svet zavoda. Gorup (2006, str. 38-41) navaja, da vodita javne zdravstvene zavode poslovni in strokovni direktor. Poslovni direktor naj bi imel managerska znanja in izkušnje z vodenjem, strokovni direktor pa naj bi vodil in usklajeval strokovno dejavnost zavoda, načrtoval razvoj in usmerjal strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev. Management v zdravstvu ima veliko oviro v pomanjkanju avtoritete. Na eni strani je management omejen z zakonodajo, ni stimulativnega nagrajevanja uspešnega managerja, ne more se tržno obnašati, izpostavljen je zunanjim interesnim skupinam in posameznikom, ki želijo sodelovati z zavodom. Na drugi strani se manager sooča z nasprotovanji znotraj zavoda, z uvajanjem sprememb in upoštevanjem navodil zaposlenih, predvsem višjega zdravstvenega kadra. Manager oziroma direktor mora za vodenje zdravstvenega zavoda imeti znanja z več različnih področij: od stroke, ekonomije in organizacije do delovnega prava, varstva pri delu in podobno. Trenutna praksa je taka, da so direktorji javnih zdravstvenih zavodov večinoma zdravniki.

Tajnikar (2013) je v intervjuju za Ekonomsko fakulteto izrazil mnenje, da je v zdravstvu potrebno razumeti celoten sistem delovanja zdravstvene ustanove, ni dovolj biti le manager. Usmerjena znanja o zdravstvenem sistemu v Sloveniji je možno pridobiti na Ekonomski fakulteti na podiplomskem študiju »Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu«, kjer se sistematično pristopa k izvajanju študijskega programa z namenom usposobiti ljudi, ki bodo zaposleni v bolnišnicah in zdravstvenih domovih na področju vrhnjega ali srednjega managementa, ne glede na to, ali gre za zdravstvene organizacije v privatnem ali javnem sektorju, v bolnišnicah ali zdravstvenih domovih.

Tako je po mojem mnenju naloga managementa v javnih zdravstvenih zavodih postavljanje in doseganje ciljev na vseh ravneh poslovanja, izvajanje nalog v javno korist, zaradi katerih je bil zavod ustanovljen, in smotrno ter ekonomično izrabljanje vseh sredstev in virov. Na management se prenaša razdvojenost med potrebami in zahtevami državljanov po čim večjem obsegu in kakovosti zdravstvenih storitev ter na drugi strani zahtevami države po uravnoteženih javnih financah.

Hočevar se v prispevku »Kako do večje učinkovitosti zdravstvenega zavoda« (2008, str. 125) sprašuje, kakšen naj bo management v zdravstvu v prihodnje? Zadnja leta so skupaj z gospodarsko krizo na površje prišla vprašanja: učinkovitosti, vodenja, racionalne porabe itd., vključno s kakovostjo opravljenih zdravstvenih storitev. Po mnenju Hočevarja je

znanje ključnega značaja, predvsem tako znanje, ki bo omogočalo povezovanje vseh virov znotraj in zunaj zdravstvenega zavoda: človeških, tehnoloških, prostorskih, finančnih, informacijskih in podobno. Management bo moral znati povezovati in upoštevati interese prebivalstva, ne le v ožjem okolju izvajanja zdravstvenih storitev. Managerji bodo morali biti pripravljeni na sodelovanje in timsko delo, ob podpori procesne organizacijske strukture in s pravo mero avtonomije.

Ministrstvo za zdravje je v Resoluciji MZ (MZ, 2015, str. 49) zapisalo, da bi morali v javnih zavodih na poslovodne funkcije imenovati strokovno usposobljene direktorje z ustreznimi ekonomskimi znanji in izkušnjami, hkrati pa bi bilo potrebno spremeniti sistem nagrajevanja vodstva javnih zdravstvenih zavodov.

1.4. Financiranje

Financiranje zdravstvene dejavnosti poteka na dva načina (Tajnikar & Došenovič, 2003, str. 3-5):

1. preko zavarovalnice obveznega zdravstvenega zavarovanja (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in
2. preko trga od dohodkov posameznikov in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Adriatic Slovenica d.d., Triglav, zdravstvena zavarovalnica d.d., Vzajemna d.d.).

Zdravstvene storitve in izdelki so javne dobrine, zato mora za njih država zagotoviti ustrezen obseg finančnih sredstev. Težava se pojavlja pri besedi »ustrezen«, ker prihaja do velikih razhajanj med družbenim interesom in interesi posameznih kupcev. Država mora določiti obseg družbenega interesa glede na svoje zmožnosti, kulturne standarde in ob tem zagotoviti primerno raven enakosti in pravičnosti pri dostopu do zdravstvenih storitev in izdelkov. Za zdravstvo je značilna hitra rast porabe in zagotavljanje potrebnih finančnih sredstev je za večino razvitih držav zahtevna naloga. Razvoj medicine, uvajanje novih oblik zdravljenja, večja osveščenost bolnikov, dostopnost do strokovne literature in ne nazadnje vedenje in zahteve bolnikov so okoliščine, ki porabo zdravstvenih storitev in izdelkov hitro večajo. Ekonomska kriza je po drugi strani povzročila manjše prilive javno-finančnih sredstev in države se soočajo s težavami pri razdeljevanju sredstev posameznim izvajalcem zdravstvene dejavnosti (Česen, 1998, str. 47-49).

S primernim načrtovanjem država določa obseg finančnih sredstev za zdravstveno dejavnost in preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) sredstva prerazporeja med izvajalce zdravstvenega varstva. V zadnjih dveh letih se je pokazala težava s financiranjem javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljevanju JZZ) zaradi primanjkljaja v zdravstveni blagajni, ko je ZZZS zadržal nakazila finančnih sredstev javnim zdravstvenim zavodov. Večina JZZ je imela zaradi zamikov nakazil velike likvidnostne težave, reševali so jih z zamiki plačil dobaviteljem in z najemi likvidnostnih posojil preko Zakladnice Ministrstva za finance.

2 CENTER ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK

Center za zdravljenje bolezni otrok je specialna bolnišnica, ki se ukvarja z izvajanjem zdravstvene dejavnosti za zdravljenje otrok in mladostnikov. Je edina bolnišnica take vrste v Sloveniji, katere osnovni cilj je zdravljenje in rehabilitacija kroničnih bolezni otrok. V CZBO prihajajo otroci na specialistične ambulantne preglede in na bolnišnično obravnavo. Otroci, ki so sprejeti v bolnišnico, so stari od enega dne do 19 let.

Nahaja se v idiličnem kraju Šentvid pri Stični v neposredni bližini vrtca in šole. V ožji bližini se nahajajo: cerkev, avtobusna postaja, trgovina, mesnica, gostinski lokali, cvetličarna in pošta, tako da je CZBO dejansko lociran v ožjem krajevnem središču. Šentvid pri Stični je prizorišče mednarodno znane prireditve Pevski tabor z dolgoletno pevsko tradicijo, na drugi strani Šentvida se nahaja manjše športno letališče, železniška postaja in nekaj storitvenih dejavnosti. Prostovoljno gasilsko društvo Šentvid pri Stični je zelo aktiven član v kraju in je skozi vsa leta aktivno povezan s Centrom za zdravljenje bolezni otrok v gasilskih in evakuacijskih vajah ter za uporabo dvorane za večje prireditve CZBO.

Skozi zgodovino se je CZBO uspešno prilagajal spremembam in specifičnim potrebam otrok in mladostnikov na zdravstvenem področju. Stavbe so se iz dveh ločenih skozi leta prilagajale in posodabljale in tako je sedaj celoten kompleks CZBO sestavljen iz zdravstvene stavbe z bazenskim kompleksom in zdravstveno-upravne stavbe, povezanih z veznim hodnikom v dveh nadstropjih.

Veliko prednost pri izvajanju dejavnosti z otroki predstavlja vrt v senci dreves, v katerega je umeščeno igrišče za odbojko, tekalna steza, trim naprave, gugalnica in večji paviljon, vse zgrajeno po najnovejših kakovostnih in varnostnih standardih. Pri svojem strokovnem delu se vsi zaposleni zavedajo, da so njihovi bolniki v prvi vrsti otroci in jim je potrebno zagotoviti prijetno in prijazno okolje, primerno njihovi starosti in potrebam. Tako je na vsakem koraku možno čutiti in videti, da je v CZBO otrokom omogočena otroška igra.

2.1 Predstavitev CZBO

Center za zdravljenje bolezni otrok je specialna bolnišnica, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni. Svoj sedež ima v Šentvidu pri Stični in je po velikosti najmanjša slovenska bolnišnica. Organizirana je kot javni zdravstveni zavod. Ustanovljena je bila leta 1996 s strani Ministrstva za zdravje in je pravni naslednik Zavoda za revmatične in srčne rekonvalescente dr. Marko Gerbec (CZBO, 2009a).

Na spletni strani CZBO je predstavljeno poslanstvo bolnišnice, kontaktni podatki, aktualne novice, osnovne informacije o programih, kratke predstavitve oddelkov in nekaj fotografij. Dejavnost javnega zavoda je bolnišnično zdravstvena dejavnost in specialistično ambulantna dejavnost za otroke. Tekom zdravljenja se tistim otrokom, ki so vključeni v

redno šolo, zagotavlja tekoče osnovnošolsko izobraževanje v sodelovanju z Osnovno šolo Ferda Vesela, Šentvid pri Stični. Dejavnost zavoda se, skladno s standardno klasifikacijo dejavnosti, razvršča v zdravstvo (CZBO, 2009b) kot:

1. bolnišnično zdravstvena dejavnost in
2. specialistično ambulantna dejavnost.

CZBO ima iz svojih Strateških razvojnih programov na strokovno-medicinskem področju postavljenih več ciljev, z namenom zdravljenja in rehabilitacije kronično bolnih otrok. V okviru svoje dejavnosti se izvajajo naslednji programi (CZBO, 2014, str. 7):

1. podaljšano bolnišnično zdravljenje in rehabilitacija težje kronično bolnih otrok s prirojenimi in pridobljenimi motnjami telesnega in duševnega razvoja ter podaljšana bolnišnična obravnava po težjih akutnih boleznih,
2. čustvene in vedenjske motnje ter različna psihična in psihiatrična stanja v otroškem obdobju,
3. program zdrave prehrane in zdravega načina življenja,
4. program za otroke, ki imajo težave s prehranjevanjem in prebavo,
5. program za otroke, ki imajo težave z uhajanjem vode v dnevnem in nočnem času,
6. vsa ostala bolezenska stanja, ki potrebujejo nadzor nad vodenjem bolezni, v primeru, da otroku tega v primernem obsegu ni mogoče zagotoviti v domačem okolju.

CZBO razvija in dopolnjuje program Zdravega načina življenja za otroke, ki pomaga preprečevati in zdraviti prekomerno telesno težo ter debelost otroka in s tem nastanek drugih kronično nenalezljivih bolezni. Program je delo strokovnih sodelavcev CZBO na podlagi večletnih izkušenj dela z otroci, ki imajo te težave. Izvajajo se diagnostični postopki za zgodnje odkrivanje bolezni, ki so posledica prekomerne teže. CZBO se dodatno usmerja v rehabilitacijo nevrološko prizadetih otrok v smislu nevro-fizioterapije, delovno-terapevtske in psihološke obravnave ter logopedске obravnave.

Delo je razporejeno v treh oddelkih:

1. oddelek C je namenjen podaljšanemu bolnišničnemu zdravljenju bolnikov, s kapaciteto 15 postelj,
2. oddelek B je namenjen bolnikom, ki so pri svojih dnevnih aktivnostih samostojni ter bolnikom s sobivanjem staršev, s kapaciteto 21 postelj in
3. oddelek A je namenjen vsem ostalim bolnikom in ima kapaciteto 25 postelj.

Bolnišnica v okviru gospodarske dejavnosti upravlja in gospodari z zemljišči in nepremičninami, skrbi za vzdrževanje objektov zavoda, za nastanitev in prehrano bolnikov ter druge dejavnosti – prodajo prostih kapacitet na trgu.

CZBO v pretežni meri izvaja zdravstvene storitve na podlagi pogodbe z ZZSZ, manjši delež prihodkov pa ustvarja na trgu s prodajo prostih kapacitet določenih storitev. Ena od teh je prodaja obrokov starejšim občanom, kot del izvajanja oskrbe na domu, ki ga izvaja Center za socialno delo Grosuplje, tako da obroke dostavlja starejšim občanom. Druga storitev je izvajanje vodene vadbe v bazenu, ki jo izvajajo za to usposobljeni športni pedagog in diplomirani fizioterapevti.

V začetku letošnjega leta se je odprla potreba po novi dejavnosti. Ministrstvo za zdravje je na pobudo Društva za pomoč osebam s Prader-Willijevim sindromom in priporočilnega mnenja Pediatrične klinike v UKC Ljubljana odobrilo Centru za zdravljenje bolezni otrok sprejem in obravnavo otrok s Prader-Willijevim sindromom v starosti nad 19 let. Oseba s tem sindromom ima celo življenje težave zaradi motnje v razvoju nekaterih struktur centralnega živčnega sistema. Posledice sindroma so nizka rast, motnje v delovanju nadledvičnih žlez, ščitnice in predvsem debelost, ki lahko vodi v sladkorno bolezen tipa 2, visok krvni pritisk, zamaščenost jeter in vse ostale težave, ki so posledica prekomerne telesne teže. Poleg tega je pri osebah s Prader-Willijevim sindromom prisotna tudi motnja v psiho-motornem razvoju. CZBO bo sprejel prve bolnike s tem sindromom na podlagi sprejetega Splošnega dogovora oziroma Aneksa k splošnemu dogovoru.

V letu 2014 je začel poskusno delovati Dnevni center za starejše pod okriljem CZBO in Občine Ivančna Gorica. Glavni namen projekta je začeti z novo obliko dnevnega bivanja za starejše občane, ki so v dopoldanskem času, ali pa ves dan, sami doma in potrebujejo družjenje. V prvem letu je Dnevni center redno obiskovalo 6-7 starejših občanov. CZBO je zagotavljal prevoz, 3 obroke prehrane in 3 ure dnevnih aktivnosti pod vodstvom strokovnega osebja (diplomirani fizioterapevti, diplomirani delovni terapevti, diplomirana psihologinja, diplomirane medicinske sestre).

Vsi obiskovalci Dnevnega centra so navdušeni nad to obliko druženja, zadovoljni s programom in prehrano, najpomembnejše pa je, da so vidno upočasnili proces staranja in pešanja organizma. Z veseljem so poslušali zgodbe, članke in novice, ki jim jih je prebirala Irena, opazovali otroke v bolnišnici in se jim vsaj nasmehnil, če je bilo govoriti pretežko. Nekateri so zelo napredovali v določenih dejavnostih – vsi pa so ob odhodu domov komaj čakali, da drugo jutro zopet pridejo.

Ne morem mimo dejstva, da so obiskovalci Dnevnega centra svoje zadovoljstvo prenesli tudi domov. Svojci navdušeno povejo, da so njihovi starostniki po obisku Dnevnega centra boljše volje, imajo boljši apetit in utrujeni zvečer zaspijo. Izkušnje preteklega leta so podale nove ideje in zagon za nadaljevanje projekta, tokrat pod okriljem Doma starejših občanov Grosuplje. Glas o tej obliki druženja starejših se je raznesel po bližnji in daljni okolici Šentvida, tako da trenutno 8-9 starostnikov redno obiskuje Dnevni center.

V zavodu se izvaja program osnovnošolskega izobraževanja, ki ga izvajajo pedagogi iz Osnovne šole Ferda Vesela po učnih načrtih, ki jih učenci prinesejo s svoje matične šole.

Ob uvodnem ambulantnem pregledu starši oziroma skrbniki prejmejo navodila v zvezi z bivanjem v bolnišnici in obrazec, v katerega matična šola vpiše predviden program dela za tisto obdobje, ko otrok biva v bolnišnici. Ob vsakokratnih novih sprejemih otrok se predstavnica OŠ Ferda Vesela udeleži timskih sestankov, na katerih predstavijo posameznega otroka in njegove zdravstvene težave ter predviden načrt zdravljenja. Tako se lahko učitelji že vnaprej pripravijo na pouk, pri čemer se morajo zavedati, da je na prvem mestu zdravje in čim boljše počutje otroka. Velikokrat sodelujejo z učitelji na matičnih šolah v smislu posredovanja šolskih gradiv in preverjanj znanja.

Učni proces je prilagojen zdravstveni obravnavi in terapijam, zato poteka drugače kot v šoli. Pouk se izvaja v učilnicah v CZBO, ki so opremljene z vsemi potrebnimi učnimi pripomočki in internetno povezavo (Slika 1). Šolske ure so umeščene v urnik terapij vsakega posameznega otroka in niso strnjene. Otroci v bolnišnici opravljajo tudi redna preverjanja in ocenjevanja znanja.

Slika 1: Učilnica v CZBO



Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, O Centru, 2015.

V procesu zdravljenja otrok je pomembno, da otroci redno izpolnjujejo svoje šolske obveznosti, da se naučijo skrbeti za svoje obveznosti in hkrati ne zaostanejo za svojimi sošolci. Na ta način so manj prizadeti zaradi začasne odsotnosti iz šole, nemalokrat pa drugačen pristop in družba sovrstnikov s podobnimi težavami pozitivno vplivata na učni uspeh. Domače naloge opravijo v popoldanskem času, pregled nad nalogami pa izvajajo delovni terapevti.

V procesu strokovnega dela CZBO sodeluje z drugimi institucijami in ustanovami iz cele Slovenije, kot so npr.: Univerzitetna klinična centra, splošne bolnice, zdravstveni domovi, centri za socialno delo, policija, osnovne šole.

Prostorsko je bolnišnica razdeljena na tri enote:

1. osrednja zdravstvena stavba, v kateri se nahajajo:
 - pritličje: ambulanta, čakalnica, kuhinja, dvigalo;
 - 1.nadstropje: intenzivni odderek podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, ambulanta z laboratorijem, skupni prostor;
 - 2. nadstropje: bolnišnični odderek.
2. zdravstveno-upravna stavba, v kateri se nahajajo:
 - pritličje: uprava, servisni prostori;
 - 1. nadstropje: bolnišnični odderek, skupni prostor;
 - 2. nadstropje: prostori za delovno terapijo, individualno terapijo s psihologom, individualno nevro-fizioterapijo, razredi za izvajanje osnovnošolske dejavnosti, skupni prostor, predavalnica.
3. bazenski kompleks, kjer se nahajajo:
 - 1. nadstropje: prostor za individualno fizioterapijo, soba za izvajanje meritev;
 - 2. nadstropje: bazen, soba s Hubbardovo kadjo, fitnes soba, telovadnica.

Vsi objekti so med seboj povezani v prvem in drugem nadstropju z veznim hodnikom, dostop v bolnišnični kompleks je možen skozi dva vhoda za bolnike oziroma uporabnike zdravstvenih storitev in skozi dva službena vhoda. Vhod v bazenski kompleks se uporablja v primeru zunanjih uporabnikov vodne vadbe.

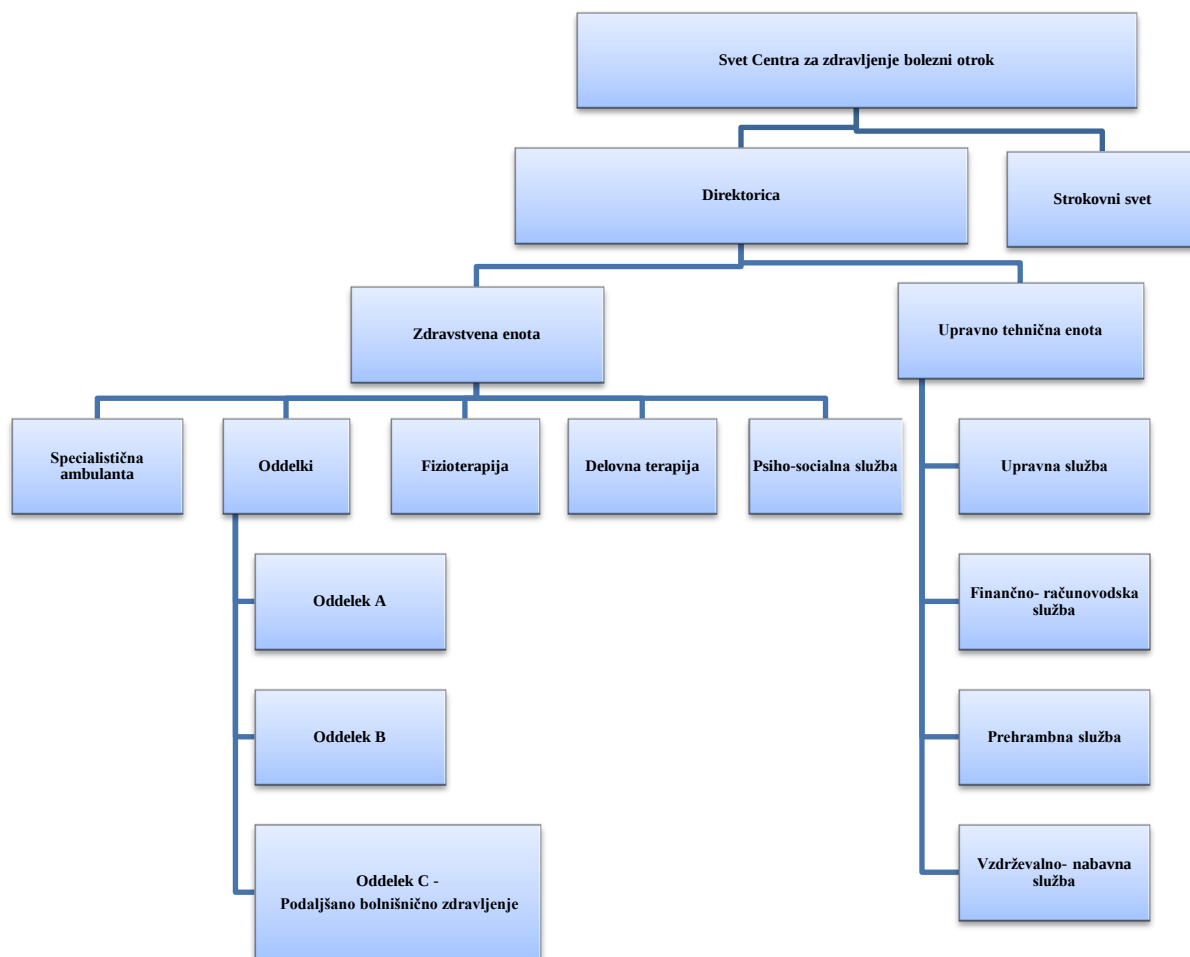
2.2 Organizacija CZBO

Center za zdravljenje bolezni otrok je oblikovan v funkcijsko organizacijsko strukturo, kar omogoča specializacijo dela in visoko stopnjo usposabljanja zaposlenih. CZBO je pravna oseba s statusom javnega zdravstvenega zavoda. Zavod ima organizirano izvajanje zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni. V Aktu o ustanovitvi (CZBO, 2009a) je določeno, da ima zavod statut ali pravila, s katerimi se ureja organizacija zavoda, organi, njihove pristojnosti in način odločanja ter druga vprašanja, pomembna za opravljanje dejavnosti in poslovanje zavoda v skladu z zakonom in aktom o ustanovitvi. Zavod ima tudi druge splošne akte, s katerimi se urejajo vprašanja, pomembna za delo in poslovanje zavoda v skladu s statutom. Statut oziroma pravila zavoda sprejme svet zavoda s soglasjem ustanovitelja.

Direktor organizira in vodi delo ter poslovanje zavoda, predstavlja in zastopa zavod ter je odgovoren za zakonitost in strokovnost dela zavoda, če z zakonom ali aktom o ustanovitvi ni določeno drugače. Najvišji organ predstavlja Svet zavoda CZBO, ki šteje sedem članov. Strokovni svet je organ, ki je sestavljen iz predstavnikov vseh strokovnih služb in skrbi za strokovnost dela, direktorica pa je strokovni in poslovni vodja CZBO. Direktorica je za področje zdravstvene nege imenovala pomočnico.

Organizacijsko je delo razdeljeno na zdravstveno in upravno-tehnično enoto. Na sliki 2 je prikazana organizacijska shema CZBO.

Slika 2: Organizacijska shema v Centru za zdravljenje bolezni otrok



Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Letno poročilo CZBO za leto 2014, 2015, str. 5.

Zdravstvena enota je razdeljena na pet enot:

1. specialistično-ambulantno dejavnost,
2. fizioterapijo,
3. delovno terapijo,
4. psiho-socialno službo in
5. bolnišnično enoto s tremi oddelki.

Direktorica je vsem strokovnim službam neposredni vodja. Upravno tehnična enota je sestavljena iz štirih enot: finančno-računovodska služba in prehrambna služba imata vsaka svojo vodjo, medtem ko sta upravna in vzdrževalno-nabavna služba pod vodstvom direktorice.

2.3 Upravljanje v CZBO

Ustanovitelj Centra za zdravljenje bolezni otrok je Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Organ upravljanja je Svet zavoda CZBO, ki je sestavljen iz predstavnikov (CZBO, 2015a, str. 2):

1. ustanovitelja (MZ) – 4 člani,
2. ZZZS – 1 član,
3. Občine Ivančna Gorica – 1 član in
4. delavcev bolnišnice – 1 član.

Svet zavoda CZBO se nekajkrat letno sestane na sejah, predvsem ob pregledu in potrditvah letnih poročil, finančnih načrtov, investicijskih načrtov in ostalih dokumentov, potrebnih za delovanje zavoda in deluje v skladu s Poslovnikom o delu sveta CZBO.

2.4 Management v CZBO

Direktorica zavoda predstavlja in zastopa zavod, organizira in vodi delo ter poslovanje zavoda, odgovarja za zakonitost in strokovnost dela zavoda, odloča o delovnih razmerjih zaposlenih, sklepa pogodbe, imenuje delavce s posebnimi pooblastili in sprejema splošne akte zavoda. Direktorica je poslovna in strokovna vodja CZBO v združeni funkciji.

Za organizacijo in usklajevanje dela zavoda je odgovorna direktorica, v organizacijskih enotah pa vodje posameznih organizacijskih enot in pomočnica direktorice, ki jo imenuje direktorica. V CZBO je imenovana pomočnica direktorice za zdravstveno nego. Strokovni svet je kolegijski organ, sestavljen iz vseh služb zdravstvene enote in skrbi za strokovnost dela v CZBO. Strokovni svet obravnava načrt nabave medicinske opreme in pripomočkov, načrt strokovnih izobraževanj in podobno.

2.5 Financiranje CZBO

Osnova za financiranje CZBO je sklenjen Splošni dogovor za posamezno poslovno leto, ki ga na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) sklenejo partnerji: Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS, 2015, str. 1).

S Splošnim dogovorom partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za posamezno pogodbeno leto. Splošni dogovor določa naslednje (ZZZS, 2015, str. 2):

1. program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
2. zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa,
3. obseg sredstev za dogovorjene programe,
4. globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, opredeljenih v tem dogovoru,
5. izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev,
6. druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije.

CZBO vsako leto podpiše Pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev z ZZZS, v kateri je opredeljena vrsta in količina zdravstvenih storitev ter predvidena cena storitev. Predlog pogodbe pošlje ZZZS praviloma na začetku poslovnega leta. Če se vodstvo CZBO s pogodbo ne strinja, lahko vloži zahtevek za arbitražo, ki se izvede skladno s Pravilnikom o arbitraži. Predmet arbitraže je lahko katerikoli element zdravstvenih storitev: vrsta, količina ali cena.

CZBO mesečno pošilja poročila o opravljenih zdravstvenih storitvah. Financiranje s strani ZZZS poteka po principu akontacij. Prvi obrok avansa v višini 50% mesečnega avansa se nakaže do 10. v mesecu, drugi obrok v višini 20% mesečnega avansa se nakaže do 20. v mesecu in tretji obrok avansa v višini 30% mesečnega avansa do 30. v mesecu. Dejanski obračun obveznosti med izvajalci in ZZZS se izvaja za prvi in drugi kvartal v letu ter za drugo polletje (končni letni obračun).

Na potek financiranja lahko vplivajo zunanji faktorji, kot npr. nelikvidnost Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in evropska zakonodaja, ki določa, da ZZZS na prehodu v novo leto ne sme biti zadolžen. V letih 2013 in 2014 je ZZZS svoj del obveznosti zamaknil in prestavil izplačilo akontacij v naslednje leto, sicer za kratek čas, vendar je to vseeno predstavljalo prevalitev likvidnostnih težav na zdravstvene zavode.

2.6 Kalkulacija za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev

V Splošnem dogovoru v prilogi BOL II/b partnerji podrobneje opredeljujejo merila in usmeritve za sklepanje pogodb z bolnišnicami in zasebnimi izvajalci s koncesijo za programe na sekundarni in terciarni ravni. CZBO v skladu s pogodbo, ki jo vsako leto

podpiše z Zavodom za zdravstveno zavarovanje, izvaja naslednje zdravstvene storitve (CZBO, 2014a):

1. specialistično ambulantno dejavnost v obliki prvih pregledov in kontrolnih pregledov;
2. neakutno bolnišnično obravnavo, ki predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust otroka v domače okolje, ali ni več možna nega v domačem okolju.
Neakutna bolnišnična obravnava se izvaja na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje;
3. bolnišnično obravnavo v obliki primerov posamezne obravnave, skladno s programi.

Splošni dogovor navaja, da se pri vrednotenju programov in oblikovanju cen zdravstvenih storitev upoštevajo naslednji elementi (ZZZS, 2015, str. 12): plače, materialni stroški, amortizacija, drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi, zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

2.7 Kakovost v CZBO

Upravljanje kakovosti v zdravstvu se je začelo na pobudo MZ, ki je v letu 2010 sprejelo nacionalno strategijo kakovosti. Na podlagi tega je bil določen sistem nacionalnih kazalcev kakovosti in za bolnišnice dogovorjen sistem pridobivanja mednarodno priznanih akreditacij. V primeru, da bolnišnica ni pridobila akreditacije, naj bi bila »kaznovana« s 3% odtegljajem sredstev po pogodbi za izvajanje storitev. Kljub temu je akreditacijo od leta 2012 do 2014 pridobilo 14 od skupno 25 bolnišnic v Sloveniji.

Vzroke za to je iskati v (MZ, 2015, str. 47):

1. ne zagotovitvi dodatnih finančnih sredstev za pokritje stroškov akreditacije,
2. ne opredelitvi nosilcev upravljanja kakovosti tako na nacionalni ravni kot na ravni posameznih zdravstvenih zavodov in
3. kadrovskih in drugih zmogljivostih,

CZBO je leta 2012 med prvimi začel s sistematskim uvajanjem kakovosti, in sicer s pridobitvijo mednarodne akreditacije za kakovost v bolnišnicah DNV NIAHO – (norv. *Det Norske Veritas*, angl. *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*, kasneje preimenovana v *DIAS* - *DNV International Accreditation Standard*). Kot je zapisano v priročniku Mednarodna akreditacija DNV za bolnišnice (2012, str. 3), ki ga je izdalo Ministrstvo za zdravje, je to program, katerega namen je spodbujati razvoj in stalne izboljšave na področju kakovosti zdravstvene oskrbe ter varnosti bolnikov v bolnišnicah. Zahteve standarda temeljijo na standardih, ki jih uporablja DNV v Združenih državah Amerike in so jih sprejeli državni centri za zdravstveno oskrbo in zdravstveno pomoč v ZDA. Mednarodni standardi so prilagojeni in jih lahko uporablja katera koli bolnišnica, ne glede na kraj, nacionalne predpise in lokalno kulturo.

Akreditacijo DNV pridobi bolnišnica ali posamezen oddelek v bolnišnici na podlagi predhodno opravljene pred-akreditacijske presoje za obdobje treh let. Vsako leto se opravi ponovna presoja, ki lahko v primeru nespoštovanja standarda tudi prekliče akreditacijo. Posebna zahteva akreditacije DNV NIAHO je bila pridobitev standarda ISO 9001:2008 v roku treh let.

CZBO je tako po dveh letih nadaljeval z nadgradnjo sistema vodenja kakovosti in sredi leta 2014 pridobil dva certifikata kakovosti ISO 9001:2008 in EN 15.224 na področju »Zdravljenja kroničnih bolezni otrok« (CZBO, 2015, str. 9).

Certifikat ISO 9001:2008 (angl. *International Standard Organization*) omogoča uspešno vodenje postopkov in procesov kakovosti z osmimi načeli vodenja kakovosti: sistemski pristop k vodenju, nenehne izboljšave, odločanje na podlagi dejstev, vzajemno koristni odnosi z dobavitelji, osredotočenost na odjemalce, vodenje, vključevanje ljudi in procesni pristop (Sistem vodenja kakovosti ISO 9001, 2015).

Certifikat EN 15.224 je nadgradnja standarda kakovosti ISO 9001:2008, ki natančneje opredeljuje zahteve glede kakovosti v zdravstvenih organizacijah. S pridobitvijo akreditacije DNV in certifikatov ISO 9001:2008 in EN 15.224 zdravstvena organizacija dokazuje, da deluje kakovostno in z željo zadovoljiti tako udeležence v procesu zdravljenja in zdravstvenih obravnav kot ostale partnerje, ki sodelujejo v tem procesu. Bolnišnica tako nenehno izboljšuje rezultate in to dokazuje z merjenji ter spremljanjem učinkov v posameznih procesih.

Ti standardi temeljijo na pristopu sistema vodenja tako, da poznavanje, razumevanje in vodenje sistema medsebojno povezanih procesov kakovosti in varnosti izboljšuje učinkovitost bolnišnice. To se zagotavlja z načelom PDCA (angl. *Plan-Do-Check-Act*, torej: načrtuj-naredi-preveri-ukrepaj), s katerim se zagotavlja neprestano izboljševanje procesov, hkrati s prepoznavanjem nevarnosti in tveganj. Organizacija se osredotoči na vzroke neskladij in neželenih dogodkov ter izboljšuje sistem delovanja in procese do najvišje možne mere, kar pa vodi do boljše učinkovitosti in varnosti bolnikov in ostalih udeležencev v organizaciji.

V CZBO se kakovost vidi že na zunaj. V začetku letošnjega leta se je uredil vrt s kakovostnimi trim napravami, odbojgarskim igriščem, stezo za tek, gugalnico za skupinske terapije in ureditvijo pokritega paviljona (Slika 3). Vse naprave in podlage so certificirane, kakovostne in varne za uporabo. S tem se poudarja skrb za varno vadbo in popestritev gibanja na prostem. Omogočanje skupinskih terapij doprinese h kakovosti terapevtskih obravnav, saj se otroci v takem okolju in zunaj zidov bolj sprostijo.

Slika 3: Pogled na vrt CZBO



Vir: T. Vidic, Slika vrta Centra za zdravljenje bolezni otrok, 2015.

3 NADALJNI RAZVOJ CZBO Z ZDRUŽITVIJO DEJAVNOSTI DOLGOTRAJNEOSKRBE

Ideje o nadaljnjem razvoju CZBO v smeri izvajanja dejavnosti dolgotrajne oskrbe so se začele v letu 2012, ko je Občina Ivančna Gorica začela z iskanjem primerne lokacije za postavitev doma starejših občanov. Na pobudo dr. Jožeta Ramovša se je začelo razmišljati o izgradnji in organizaciji objekta za medgeneracijski center v skladu s novimi evropskimi trendi. Po pregledu vseh možnih lokacij se je izkazalo, da je lokacija MGC v neposredni bližini CZBO najustrenejša in gre v korak z novodobnimi zahtevami o organiziranju lokalnih središč za starejše in bolne ljudi.

Vodstvo CZBO je v tem videlo strokovno dobro idejo, ki jo je možno izvesti. Hkrati sta obe dejavnosti tako kompatibilni, da je v poslovnem vidiku pričakovati pozitivne sinergijske učinke. Kot dodaten argument za odločitev so bili rezultati opravljene ankete »Zdravo staranje in kakovostno sožitje«, ki je bila izvedena v občini Ivančna Gorica (Strnad, 2012, str. 3-4).

Na začetnih pogovorih so se sestali direktorica CZBO gospa Magdalena Urbančič, župan Občine Ivančna Gorica gospod Dušan Strnad, gospod Jože Ramovš in gospa Vera Klepej Turnšek. Ogledali so si objekte CZBO in možne lokacije za izgradnjo MGC v neposredni bližini CZBO. Zavezali so se k sodelovanju in iskanju možnosti financiranja izgradnje MGC ter pripravi idejne zasnove objekta.

Podlago za izgradnjo krajevnega MGC v občini Ivančna Gorica najdemo tudi v demografskih podatkih in predvidevanjih o rasti in strukturi prebivalstva. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije WHO (angl. *World Health Organization*) se bo po eni strani populacija v Evropi po napovedih rahlo povečala do leta 2020, in sicer iz 894 mio na 910 mio prebivalcev, nato pa se bo do leta 2050 vrnila na sedanjo raven. Po drugi strani pa se pričakuje stalno zmanjševanje števila delovno sposobnih ljudi in hkratno povečevanje števila starejših ljudi, kar vodi do povečanja deleža starostne odvisnosti. Še posebej se bo povečalo število ljudi, starih 85 let in več, in sicer iz 14-19 mio do leta 2020 na kar 40 mio do leta 2050 (WHO, 2015).

Po mnenju Flakerja et al. (2011, str. 244) se v svetu že dalj časa povečuje število oseb, ki potrebujejo, ali bodo pa bodo v prihodnje potrebovale, dolgotrajno oskrbo. Napovedi za prihodnja leta kažejo, da naj bi število starejših v svetu preseglo število mlajših leta 2050. Večanje števila ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, se povečuje hkrati s povečevanjem števila ljudi, ki so starejši od 65 let, tako da v Sloveniji po ocenah 40.000 do 45.000 ljudi potrebuje pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnostih.

José Ángel Gurriá Treviño, generalni sekretar OECD, je na Ekonomskem pregledu OECD za Slovenijo v Ljubljani, 4. maja 2015 med drugim podal priporočilo, da se morajo reforme v Sloveniji nadaljevati. Poudaril je pomembnost izvedbe zdravstvene reforme, saj se s pričakovanim daljšanjem življenjske dobe predvideva večji pritisk na zdravstveni sistem.

Po mnenju Eržena (2008, str. 129-133) poznamo dve vrsti potreb po zdravstveni oskrbi: subjektivne potrebe s strani posameznikov in medicinsko opredeljene potrebe. Zdravstveni sistem (zdravstvena vzgoja, preprečevanje bolezni, odkrivanje zdravljenje, rehabilitacija in terminalna oskrba) ima vpliv na potrebe po zdravstveni oskrbi. Te pa je treba zadovoljevati tako, da se izboljša zdravstveno stanje prebivalcev na čim bolj učinkovit način.

Imamo dve vrsti socialne oskrbe (Flaker et al., 2011, str. 246): institucionalno oskrbo, kamor štejemo domove za starejše, domove upokojencev, socialno-varstvene zavode in vzgojno-varstvene zavode ter skupnostno oskrbo, kamor štejemo dnevne centre, stanovanjske skupine, oskrbovana stanovanja, varovanje na daljavo, dostava kosil in podobno.

Veliko se dela na razvoju in uvajanju sodobnih oblik podporne tehnologije, kamor štejemo oskrbo na daljavo, tele-medicino, pametni dom in podobno. Te tehnologije se v svetu že nekaj časa uporabljajo, posamezniku pa zagotavljajo, da dlje časa ostane v domačem okolju in ima v primeru težav vso medicinsko in drugo podporo.

Sistem socialne varnosti je v Sloveniji oblikovan tako, da tiste osebe, ki niso same sposobne opravljati temeljnih dnevnih opravil, so kronično bolne, invalidne ali oslabele in za to potrebujejo pomoč, po odločbi Centra za socialno delo prejmejo denarno nadomestilo

oz. dodatek za pomoč in postrežbo ali dodatek za tujo nego in pomoč. Poleg tega lahko koristijo tudi druge dodatke, kot so npr. dodatek k starostni ali invalidski pokojnini, invalidnini, denarni socialni pomoči ali invalidnina za vojne veterane. Vsi naštetih dodatki kažejo na to, da ni sistemske ureditve, saj so podlage za posamezne dodatke v več zakonih z različnih področij: Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Zakon o socialnovarstvenih prejemkih, Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb, Zakon o vojnih veteranih in vojnih invalidih.

3.1 Dolgotrajna oskrba v Sloveniji

Definicijo dolgotrajne oskrbe opredeljuje Česen (2010, str. 12) kot kombinirano obliko socialne in zdravstvene pomoči osebi, ki trajno ali dalj časa ni sposobna samoodločanja in opravljanja dnevnih fizičnih in duševnih opravil ter za ta opravila potrebuje pomoč. Kot ugotavlja MZ v predlogu resolucije, v Sloveniji še nimamo vzpostavljenega sistema, ki bi zagotavljal sistematično geriatrično oceno in optimalno oskrbo bolnikov, za katere obstaja tveganje razvoja nezmožnosti in izgube avtonomije. Bolniki potrebujejo usklajeno oskrbo interdisciplinarnega tima, katerega cilj je izboljšanje posameznikove funkcije in kakovosti bivanja. Zdravstveni svet je leta 2013 sprejel predlog razvoja geriatrične medicine v Sloveniji, ki predvideva ustanovitev in financiranje enot najprej v obeh univerzitetnih kliničnih centrih in v nadaljevanju v bolnišnicah, kjer bo izkazan interes in kjer bodo izpolnjeni ustrezni prostorski in kadrovski pogoji (MZ, 2015, str. 36).

Na Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve so v letu 2010 pripravili predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. Po ugotovitvah MDDSZ (MDDSZ, 2010, str. 3) so osebe, ki niso vključene v institucionalno varstvo, v slabšem položaju, saj jim ni omogočena integrirana zdravstvena nega in socialna oskrba. Tem osebam je zagotovljena le delna pomoč, zato morajo tisti, ki potrebujejo več kot 2–3 ure pomoči na dan, koristiti institucionalno varstvo. Število oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, v zadnjih letih hitro narašča. Vzroke za to lahko najdemo v: podaljšanju pričakovane življenjske dobe, podaljšanju povprečne dobe trajanja življenja, večjemu številu oseb starejših od 80 let, upadu števila rojstev, izboljšanju zdravstvenega varstva, izboljšanju sistemov socialne zaščite ter spremembah gospodarskih in socialnih razmer.

Dolgotrajna oskrba (angl. *Long Term Care*) je »dalj časa trajajoče zagotavljanje različnih oblik podpore osebam, ki zaradi izgube ali odsotnosti telesne, psihične ali intelektualne samostojnosti, potrebujejo pomoč pri opravljanju temeljnih in podpornih življenjskih opravilih« (MDDSZ, 2010, str. 1). V predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi (MDDSZ, 2010) je v drugem členu opredeljena dejavnost dolgotrajne oskrbe z naslednjim besedilom:

»Dolgotrajna oskrba je dejavnost, ki osebam, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb, invalidnosti ali drugih vzrokov v daljšem časovnem obdobju odvisne od pomoči drugih, zagotavlja pomoč pri opravljanju temeljnih dnevnih opravil in podpornih dnevnih opravil.

Dejavnost dolgotrajne oskrbe obsega tudi storitve, namenjene ohranjanju preostalih psihofizičnih sposobnosti brez pomoči druge osebe ali zmanjšanju potrebe po pomoči na najmanjšo možno mero, v okviru možnosti pa tudi povrnitvi sposobnosti osebe za življenje brez pomoči druge osebe. Dejavnost dolgotrajne oskrbe po tem zakonu predstavlja javni interes Republike Slovenije, s katerim se uresničuje pravica do socialne varnosti, in se izvaja na območju Republike Slovenije.

V mreži javne službe dolgotrajne oskrbe se dejavnost dolgotrajne oskrbe izvaja nepridobitno, kar pomeni, da mora tak izvajalec dobiček oziroma presežek prihodkov nad odhodki nameniti za razvoj dejavnosti dolgotrajne oskrbe.«

V letu 2013 je MDDSZ objavilo Izhodišča za pripravo Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo – novo gradivo št. 1, v katerem opredeljuje naslednje cilje novega zakona (MDDSZ, 2013, str. 9):

1. uvesti solidarnostno financiranje področja dolgotrajne oskrbe na načelih socialnih zavarovanj in na ta način zagotoviti finančno vzdržen sistem ter tako povečati socialno varnost in kakovost življenja ljudi, ki imajo zmanjšano sposobnost samooskrbe in potrebujejo pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnosti;
2. omogočiti dostopnost do kakovostnih individualiziranih storitev oziroma pravic dolgotrajne oskrbe vsemu prebivalstvu, ki jih potrebuje, pri čemer imajo prednost tiste oblike pomoči in podpore, ki upravičencem zagotavljajo, da ostanejo v domačem okolju;
3. spodbujati odgovornost posameznika in njegove družine za zagotavljanje primerne ravni oskrbe in pomoči oziroma socialne varnosti v času, ko so odvisni od pomoči druge osebe;
4. doseči večjo učinkovitost in transparentnost sredstev, ki se vlagajo v dolgotrajno oskrbo;
5. povezati izvajalce dolgotrajne oskrbe v funkcionalno celovit, racionalen in učinkovit sistem;
6. načrtno razvijati preventivno delovanje na tem področju in spodbujati rehabilitacijo v dolgotrajni oskrbi ter spodbujati uporabo sodobnih tehnologij na področju dolgotrajne oskrbe;
7. zagotoviti podporo invalidom pri izvajanju tistih aktivnosti, vezanih na vključevanje v družbo, ki jih zaradi najtežje vrste in stopnje invalidnosti ne morejo zagotavljati sami.

Mali (2009, str. 101-106) govori o spremembah v institucionalnem varstvu starejših po obdobjih. In sicer se je v obdobju 1991-2000 pojavljal bolnišnični model domov za stare, ki so bili medicinsko usmerjene institucije in v katere so prihajali stari ljudje s čedalje bolj kompleksnimi zdravstvenimi težavami. V obdobju po letu 2000 pa se je začel prehod v socialni model domov, predvsem zaradi sprememb v značilnostih in zahtevah stanovalcev

z demenco. Pokazalo se je, da medicinski način dela ni podal učinkovitih rezultatov, saj zahtevajo stanovalci s to boleznijo drugačno obravnavo in individualen pristop.

3.1.1 Organiziranost dolgotrajne oskrbe

V Sloveniji je dolgotrajna oskrba organizirana večinoma institucionalno v domovih za starejše, v raznih varstveno-delovnih centrih in posebnih socialno-varstvenih zavodih. Po ocenah Flakerja et al. (2011, str. 247-252) je skoraj 40% ljudi, ki potrebuje dolgotrajno oskrbo, vključenih v različne institucije. Prav tako je neugodno razmerje med uporabniki storitve pomoč na domu (skupnostna oskrba) in domsko oskrbo (institucionalna oskrba), ki kaže, da je trikrat več ljudi v institucionalni oskrbi, kot jih prejema pomoč na domu.

Flaker et al. (2011, str. 269-281) v nadaljevanju opozarjajo, da so storitve v okviru institucionalne oskrbe:

1. po eni strani neposredne storitve uporabniku, kamor štejemo hitro odzivnost strokovnega osebja, usposobljenost, strokovno vodenje in nadzor itd.,
2. po drugi strani pa posredne storitve prostora, kar pomeni, da uporabnik dobi prostor, varen pred zunanjimi vplivi, da mu je zagotovljena pomoč ves čas, da ima organizirano ustrezno prehrano in primerno čistočo prostorov itd.

V predlogu Resolucije MZ (MZ, 2015, str. 33-34) je zapisano, da bo potreben celovit pristop k obvladovanju staranja populacije v smislu:

1. razvoja dolgotrajne oskrbe,
2. krepitev patronažne službe,
3. umestitve geriatrične obravnave v primarno in sekundarno raven zdravstvenega varstva,
4. vzpostavitve centrov za demenco in podobno.

V nadaljevanju MZ predlaga, da bo v prihodnje ob vključevanju lokalne skupnosti in nevladnih organizacij potrebno več pozornosti nameniti izobraževanju zdravstvenega osebja s poudarkom na obravnavi starejšega prebivalstva in prilagoditvi prostorskih kapacitet oskrbi starejših.

3.1.2 Financiranje dejavnosti dolgotrajne oskrbe

Financiranje dolgotrajne oskrbe je naslednje področje, ki ni urejeno sistemsko (Flaker et al., 2011, str. 246). Večji del zdravstvene oskrbe (95%) je financiran iz javnih sredstev, medtem ko je socialna oskrba financirana s strani javnih in zasebnih virov v razmerju približno 1:1. Uporabniki financirajo predvsem stroške bivanja, prehrane in socialne oskrbe. V kolikor sami niso finančno zmožni pokriti teh stroškov, jim stroške pokrije občina. Težave s financiranjem same dejavnosti se kažejo tudi v pomanjkanju ponudbe

ustreznih oblik dolgotrajne oskrbe, kar vodi v manjšo dostopnost in v nekaterih delih države tudi v daljše čakalne vrste.

Flaker et al. (2011, str. 244) v poglavju o trenutni ureditvi dolgotrajne oskrbe v Sloveniji opozarjajo, da to področje še ni sistemsko urejeno. Ljudje trenutno prejemajo storitve in prejemke na podlagi dveh ločenih sistemov, in sicer sistema socialne varnosti ter sistema zdravstvene oskrbe in nege. Tudi cene institucionalnega varstva niso oblikovane enotno, kljub Pravilniku o metodologiji za oblikovanje cen socialno-varstvenih storitev (MDDSZ, 2012).

V predlogu Zakona o dolgotrajni oskrbi se predvideva ustanovitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje in dolgotrajno oskrbo Slovenije, ki bo izvajal obvezno zavarovanje kot javno službo in nepridobitno dejavnost. To je socialno zavarovanje, ki temelji na načelih solidarnosti ter odgovornosti posameznika za zagotavljanje lastne socialne varnosti in socialne varnosti njegovih družinskih članov (MDDSZ, 2010).

Prostovoljno zavarovanje za dolgotrajno oskrbo pa je zavarovanje, ki zavarovancu po sklenjeni zavarovalni pogodbi zagotavlja kritje stroškov dolgotrajne oskrbe, izvajajo ga zavarovalnice, ki izvajajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Svoje naloge imajo po predlogu zakona tudi občine, ki so dolžne sodelovati pri uresničevanju pravic iz zakona tako, da:

1. v skladu z nacionalnim programom organizirajo mrežo izvajalcev za izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe na domu,
2. organizirajo razne oblike prostovoljne pomoči in zagotavljajo materialne in druge pogoje za organizacijo prostovoljne pomoči upravičencem in njihovo vključevanje v družbeno življenje oziroma za preprečevanje osamljenosti,
3. lahko sodelujejo pri organiziranju mreže izvajalcev dolgotrajne oskrbe in potrebnih objektov za izvajanje institucionalne dolgotrajne oskrbe,
4. plačujejo prispevke za obvezno zavarovanje za osebe, za katere plačujejo prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje,
5. krijejo stroške bivanja in nastanitve osebam, ki skladno s predpisi s področja socialnega varstva tega ne zmorejo.

V Izhodiščih za pripravo Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo (MDDSZ, 2013, str. 10-11) je predvideno financiranje storitev dolgotrajne oskrbe s kombiniranjem:

1. javnega socialnega zavarovanja (plačevali bi ga vsi, ki so obvezno zdravstveno zavarovani na območju RS – zavezanci za plačilo prispevkov) in
2. obveznega zasebnega zavarovanja (plačevali bi ga vsi, ki so obvezno zdravstveno zavarovani v RS – aktivni in neaktivni).

Po mnenju pripravljavcev zakona se prispevki za socialno varnost ne bi zvišali, na novo bi se oblikovale le premije za obvezno pogodbeno zavarovanje, ki bi jih zavezanci plačevali iz zasebnih sredstev. V predlogu Resolucije MZ (MZ, 2015, str. 37-39) se predvidevajo spremembe zakonodaje v smislu, da bo sistem dolgotrajne oskrbe vključeval enoten način dostopa do storitev, integralno izvajanje dejavnosti v različnih oblikah ter enoten način financiranja. Predvideva se vzpostavitev namenskega solidarnostnega vira financiranja dolgotrajne oskrbe, v katerega bodo vključeni obstoječi viri zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja ter drugi viri. Vzpostavitev celovitega sistema dolgotrajne oskrbe je ključni izziv, zato se bo k reševanju tega pristopilo s poudarkom na skupnostnih oblikah pomoči, razvoju skupnostnih oblik bivanja in varstva ter na de-institucionalizaciji. Negativni efekt institucionalizacije predstavlja dejstvo, da je uporabnik v ustanovi bolj pasiven, prav tako pa je manj aktivna tudi njegova socialna mreža. Oblika domov četrte generacije negativne posledice vstopa v ustanovo zelo zmanjša, saj je zasnovana prav s tem namenom. V naslednjem poglavju je podrobno predstavljen in opisan koncept krajevnega medgeneracijskega centra, ki se v Sloveniji že uspešno pojavlja v različnih delih države.

3.2 Medgeneracijski center kot oblika izvajanja dolgotrajne oskrbe

Medgeneracijski center predstavlja četrto generacijo domov za starejše občane, kjer ni več centralne oskrbe, ampak se v majhnih skupinah izvajajo aktivnosti, ki se zgledujejo po domačem gospodinjstvu. V skupini je stalno prisotna oseba, ki ima vlogo gospodinje in organizatorke dnevnih opravil. Prevladujoči del oskrbe ni popolna odvisnost stanovalca od tretje osebe, ampak spodbujanje samostojnosti ter dodatek nege in pomoči glede na dejanske potrebe posameznika. Cilj ustanovitve krajevnega MGC je oblikovanje novega življenjskega prostora in novega skupnostnega življenja, ob tem pa ohranjanje in spodbujanje samostojnosti ter vključevanje sorodnikov, sosedov in prijateljev.

Miselno zasnovo krajevnega medgeneracijskega središča v svojem prispevku opisuje Ramovš (2008, str. 26-45): »Krajevno medgeneracijsko središče je sodobna sinergijska organiziranost vseh programov, organizacij in drugih subjektov, ki so potrebni za kakovostno staranje in solidarno sožitje v skupnosti. Njegov namen je omogočiti kakovostno socialno sožitje v skupnosti in njen razvoj v sedanjih razmerah, ko se naglo večja delež prebivalstva, obstoječi socialni modeli pa niso zadostni za ohranitev in razvoj človeške solidarnosti, zlasti solidarnosti med generacijami.«

Imperl (2013, str. 3-18) v svoji raziskavi o stanju domske oskrbe v Sloveniji ugotavlja, da so javni domovi za starejše na razpotju. Imamo slabo izdelan oziroma neustrezen sistem financiranja storitev, prav tako nimamo usmeritev razvoja domske oskrbe v prihodnosti, manjka nam dobro strokovno vodenje ter medsebojno povezovanje ekonomskih in strokovnih sinergij. V nadaljevanju poudarja, da je potrebno imeti pri izvajanju javne službe določena pravila, norme, smernice in določila, ki vsem uporabnikom zagotavljajo primerljive storitve, ne glede na to, kateri izvajalec te storitve izvaja. Glede na izsledke raziskave je razvidno, da pri nas prihaja do velikih odstopanj primerljivih domov tako

glede vsebine, obsega kot kakovosti. V Sloveniji so se v preteklosti gradili domovi za starejše, kamor so bili sprejeti ljudje z različnimi zdravstvenimi težavami. Večinoma so bili to težki bolniki oziroma bolniki v stanju, ko je bolezen že tako napredovala, da jim v domači oskrbi ni bilo možno več zagotavljati ustrezne oskrbe, ali pa so bili že v terminalni fazi življenja.

S hitrim razvojem in spremenjenim načinom življenja so se začele pojavljati nove potrebe, saj ima čedalje manj svojcev možnost imeti starostnika doma. Pojavljati se je začelo vedno več bolnikov z demenco. Izkušnje evropskih domov četrte generacije kažejo veliko uspešnost in primernost take oblike domske oskrbe. Prav posebej za nego bolnikov z demenco v zadnji, najtežji fazi bolezni, je bil razvit koncept oaze, ki je podrobneje opisan v nadaljevanju.

Negovalna oaza je poseben prostor, namenjen bolnikom v zadnji fazi demence. V njej živi šest do osem oseb, ki so pod stalnim nadzorom negovalnega osebja. Cilj je spodbujanje njihovih čutnih zaznav: sluha, voha, okusa in vida. Vsak bolnik ima svoje najožje okolje okrog bolniške postelje intimno ločeno in urejeno v tako mikro-okolje, ki je čim bolj podobno domačemu. Osebje mora biti primerno usposobljeno, da lahko neguje bolnike z demenco v zadnjih dneh njihovega življenja (Ramovš, 2013, str. 72). Negovalna oaza ne deluje po konceptu običajnih več-posteljnih sob, temveč na specifični postavitvi in atmosferi, istočasno pa daje dobro preglednost in prisotnost osebja. V timu negovalne oaze je vključenega več zdravstvenega osebja in ne deluje po načelih normalizacije.

Beseda *demenca* izhaja iz latinščine in pomeni upadanje duha in razuma (Lipar, 2012, str. 68). Prizadene pretežno starejše prebivalstvo, kaže se v obliki motenj spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih in govornih sposobnosti.

»Demenca je sindrom, ki ga povzročajo številne bolezni s progresivnim potekom, ki vplivajo na spomin, mišljenje, vedenje in zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti.« (Lipar, 2013, str. 33). Demenca po raziskavi (Mali & dr., 2011, str. 17) biomedicinskega modela zajema obsežno skupino bolezni, ki pri bolniku povzročajo progresiven propad določenih funkcij, kot so npr.: spomin, razumevanje, spremembe v čustvovanju, težave pri socializaciji. Bolniki se v začetni fazi večinoma zavedajo, da z njimi ni vse v redu, vendar si ne znajo pomagati, ali pa se obrniti na pravo osebo. Bolezen ni ozdravljiva, lahko se le deloma upočasnijo njen napredek. Pri tem je pomemben celostni pristop, ki pomeni vključitev zdravnikov, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, medicinskih sester, socialnih delavcev in drugih. Pri ohranitvi čim daljše samostojnosti imajo veliko vlogo predvsem svojci, ki z bolnikom dnevno komunicirajo, zato morajo biti o bolezni in načinu dela z dementnimi svojci dobro poučeni. Bolnikom pomagamo tako, da ga sprejmemo takega kot je, mu pomagamo pri opravljanju osnovnih opravil in smo strpni.

Po ocenah MZ (MZ, 2015, str. 37-39) je v Sloveniji približno 30.000 bolnikov z blagim upadom umskih sposobnosti ali demenco, od tega boleha najmanj 5% bolnikov zaradi

družinske oblike bolezni, ki vodi v demenco. Iz finančnega vidika je zdravljenje demence tretja najdražja skupina bolezni, saj so neposredni stroški vezani na diagnostično obravnavo, zdravljenje, domsko oskrbo in 24-urno nadzorovano oskrbo.

Dom četrte generacije je ime za arhitekturni koncept gradnje domov za stare ljudi, ki posnema domačo stanovanjsko hišo in način življenja doma. Na sredini je prostor, namenjen pripravi obrokov, hranjenju in družabnemu življenju, vse ob pomoči gospodinje. Okrog osrednjega prostora je do 10 enoposteljnih sob s svojimi sanitarijami. Ta oblika socialno varstvenih storitev se čedalje pogosteje uporablja tudi za potrebe telesno in duševno manj opešanih ljudi (Ramovš, 2013, str. 70).

Gospodinjska skupina je sodobni koncept skupnega bivanja ljudi, ki niso v sorodu. Skupaj stanuje okrog deset starih ljudi, stalno pa je prisotna gospodinja. Naloge hišne gospodinje so: stalna prisotnost, kuhanje in drugo gospodinjsko delo za celotno skupino, organiziranje družabnega in kulturnega dogajanja, zagotavljanje reda in miru, sodelovanje s svojci ter prostovoljci in podobno (Ramovš, 2013, str. 71). Bivalno okolje stanovalca je njegov zasebni prostor, v katerega se umakne v potrebi po zasebnosti. Dnevno preživljanje časa je skoncentrirano na središčni prostor, ki zajema dnevni prostor in kuhinjo z jedilnico. Stanovalci s svojim vključevanjem in prispevkom po zmožnostih sooblikujejo občutek širše družine s stalno prisotnostjo gospodinje. Aktivnosti so osredotočene na običajna gospodinjska dela, nega pa je spremljajoči dejavnik.

V strokovni literaturi se pojavlja izraz stanovanjska skupnost ali stanovanjska skupina. Po mnenju Videmškove so se prve oblike stanovanjskih skupnosti začele razvijati po vojni, saj je bila njihova prioriteta takrat skrb za otroke in mladino. Današnje stanovanjske skupine so se razvile konec sedemdesetih let prejšnjega stoletja in so namenjene ranljivim družbenim skupinam: mladim, ljudem s težavami z duševnim zdravjem, žrtvam nasilja in podobno. Stanovanjska skupina je namenjena bivanju, strokovni podpori za samostojno življenje in podpori pri vključevanju v družbo (Videmšek, 2013, str. 75-77). V tem se stanovanjske skupine razlikujejo od gospodinjskih, saj se v slednjih izvaja zdravstvena nega, hkrati pa se od stanovalcev ne pričakuje samostojno življenje in vključevanje v družbo. Prav nasprotno: od družbe se pričakuje pomoč in vključevanje v gospodinjske skupine. V nadaljevanju Videmškova (2013, str. 81) pojasnjuje, da lahko stanovanjske skupine uvrstimo med prehodne ali začasne oblike preskrbe s stanovanjem, kamor lahko štejemo tudi domove za stare ljudi. Ustanavljanje stanovanjskih skupin je eden od delov delovanja države, ki tako zagotavlja čim bolj primerne oblike bivanja za ljudi, ki sami ne morejo bivati v skupnosti.

Obliki organizirane pomoči za stare ljudi, ki živijo na domu sta: pomoč na domu in varovanje na daljavo. Ti obliki pomoči omogočata starim ljudem čim daljše samostojno, varno in kakovostno bivanje na domu.

Pomoč na domu je namenjena predvsem starim in invalidnim ljudem, pa tudi tistim, ki jim lahko nadomesti institucionalno oskrbo. Najbolj se je v Sloveniji razvila prva oblika socialnovarstvene storitve. To obliko pomoči so dolžne zagotavljati občine, ki s pogodbo z javnim zavodom ali s podelitvijo koncesije zagotovijo mrežo javne službe. Organizacijo pomoči na domu lahko izvajajo javni zavodi ali zasebniki s koncesijo. Po navedbah Hlebčeve in sodelavk (2014, str. 21) ta oblika pomoči v letu 2013 še ni bila organizirana v vseh slovenskih občinah, kljub zakonski obvezi po Zakonu o socialnem varstvu (Uradni list RS, št. 3/2007 – UPB2007).

Pomoč na daljavo se izvaja z varovalnim alarmnim sistemom, komunikacija pa poteka brezžično prek posebnega telefonskega aparata. V primeru, ko je uporabnik v težavah, le pritisne na sprožilni gumb in v dežurnem sprejemnem centru se poleg klica prikažejo njegovi najpomembnejši zdravstveni podatki. Te oblike pomoči niso dolžne zagotavljati ne država ne občine. Morda se je zato ta oblika slabo razvila v praksi. Država ima pri nas prevladujoči položaj kot financer storitev, ne pa tudi kot izvajalec različnih oblik skrbi za stare ljudi. Zato so se začele pojavljati zasebne neprofitne organizacije - predvsem cerkvene, pa tudi zasebne profitne organizacije.

MZ je v predlogu Resolucije (MZ, 2015, str. 44) zapisalo naslednje:

»Za zagotovitev ustreznega odgovora države na izzive staranja bomo vzpostavili pogoje za razvoj različnih oblik dolgotrajne oskrbe in podpore samostojnemu bivanju v domačem okolju. Zagotovili bomo povezovanje resorja zdravstva in socialnega varstva na tem področju in vključevanje lokalne skupnosti in nevladnih organizacij. Hkrati si bomo z namenom čim daljšega bivanja v domačem okolju prizadevali tudi za zagotovitev pogojev za zdrav način življenja in socialno vključenost v vseh življenjskih obdobjih, tudi v starosti. Zagotovili bomo dostopnost do informacij o storitvah in pomoči iz nevladnega, javnega in zasebnega sektorja na enem mestu.«

Menim, da so cilji na področju dolgotrajne oskrbe in ukrepi za doseg te ciljev zelo dobro in smiselno postavljeni, predvsem pa je potreben takojšen pristop k realizaciji ciljev v najboljše dobro starostnikov in njihovih družinskih članov. Čim prej je potrebno sprejeti ustrezno zakonodajo, saj bo le na podlagi tega možno izvajanje vseh oblik dolgotrajne oskrbe in kakovostno preživljanje starosti.

3.2.1 Medgeneracijski center občine Ivančna Gorica

Ideja za izgradnjo medgeneracijskega centra v Občini Ivančna Gorica se je oblikovala že leta 2011, ko je občinski svet soglasno sprejel sklep o vstopu Občine Ivančna Gorica v mrežo *Starosti prijaznih mest in občin*, ki je ne-le slovenska, temveč tudi svetovna mreža mest in občin. Župan občine Ivančna Gorica Dušan Strnad je imenoval *Svet župana za spremljanje problematike starejših občanov in spodbujanje medgeneracijskega sodelovanja*, skrajšano se imenuje Svet starosti prijazne občine. Naloga sveta je bila pripraviti potrebna izhodišča in predloge za odločanje v zvezi z reševanjem problematike

staranja prebivalstva v občini. Na podlagi ankete »Zdravo staranje in kakovostno sožitje«, ki jo je pripravil Statistični urad Republike Slovenije in ob strokovnih nasvetih in izobraževanjih anketarjev, ki jih je izvedel predstojnik Inštituta Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje Jože Ramovš, je bila anketa izvedena na vzorcu 1.500 občanov vseh generacij (Strnad, 2012, str. 3-4). V tabeli 1 so zapisane prioritete izjave iz vizije MGC za 1.1.2018.

Tabela 1: Prioritetne izjave iz vizije MGC občine Ivančna Gorica

Pričakovanja deležnikov	Zunanja razmerja
presežek prihodkov nad odhodki 100.000 evrov	program medgeneracijskega sodelovanja je usklajen z evropskimi smernicami
delež tržne dejavnosti predstavlja 90%	90% uporabnikov/stanovalcev je zelo zadovoljnih z našimi storitvami (obsegom in kakovostjo)
zasedenost postelj v MGC je 90% (2016: 75%)	skrbimo za redno druženje otrok na zdravljenju v CZBO in stanovalcev v MGC
smo regijski vzorčni model dobre prakse za medgeneracijsko sodelovanje	aktivno sodelujemo z 8 prostovoljnimi društvi na širšem območju
cena oskrbe je na nivoju cen domov za starejše 3. generacije	aktivno sodelujemo s krajevnimi izobraževalnimi zavodi (vrtec, OŠ SŠ)
Procesi in procesne zmožnosti	Organizacijska kultura in organizacija
ni padcev s postelje in ni primerov bolnišničnih okužb	novi zaposleni za neposredno delo s stanovalci v centralni enoti je 32
kakovost oskrbe je na visokem nivoju (ni preležanin, postopki dela so opisani in dokumentirani)	novi zaposleni za neposredno delo s stanovalci na 3 dislociranih enotah je 20
kakovost vzdrževanja in principi higiene so v skladu z zakonskimi normativi (postopki čiščenja opisani in dokumentirani, HACCP)	90% zaposlenih je imelo vsaj eno izobraževanje letno
urejena je zunanja trim steza za starejše	zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu je v povprečju ocenjeno s 4 (lestvica 1-5)

Občina je svoje aktivnosti nadaljevala z iskanjem primerne lokacije krajevnega MGC in ena izmed idej je bila umestitev objekta v neposredno bližino CZBO. Po ogledu celotnega kompleksa CZBO ter stare šole v Višnji Gori in opravljenih pogovorih je Občina Ivančna Gorica naročila pripravo idejne zasnove, ki jo je izvedla Vera Klepej Turnšek iz Arhitekturnega ateljeja v Celju (Klepej Turnšek, 2015).

Poslanstvo MGC občine Ivančna Gorica se glasi: Oblikujemo novo skupnostno življenje starostnikom.

Vizija MGC občine Ivančna Gorica za leto 2018 se glasi: Medgeneracijski center občine Ivančna Gorica je vodilni center za medgeneracijsko sodelovanje v Sloveniji.

Vrednote, ki jih ima MGC zapisane kot glavne, so:

- spoštovanje,

- strokovnost,
- sodelovanje in
- učinkovitost.

3.2.2 Predstavitev organizacije MGC občine Ivančna Gorica

Začetni koncept krajevnega MGC je sestavljen iz treh gospodinjskih skupin, dveh negovalnih oaz, dnevnega centra in prostorov za začasno nastanitev na centralni lokaciji ter dveh dislociranih stacionarnih gospodinjskih skupin in dnevnega centra na drugih lokacijah. Programi, ki so vključeni, so še: občasna nastanitev, dnevno-nočni center, servisno-storitvena dejavnost in organizacija izobraževanj ter svetovanja svojcem, pomoč na domu. Na sliki 4 je pogled na južni del objekta, ki meri 4.800 m² bruto površin z naslednjo zmogljivostjo (Klepej Turnšek, 2014, str. 41):

1. dom za 44 stanovalcev,
2. občasna nastanitev za 6 stanovalcev,
3. dnevno varstvo za 10 obiskovalcev,
4. izobraževanje za 30 udeležencev in
5. dvorana z 240 sedeži.

Prostorska razporeditev po nadstropjih v MGC občine Ivančna Gorica je naslednja:

1. v kleti: kopalnica za zunanje uporabnike, servisni prostori;
2. v pritličju: gospodinjska skupina, občasna ali dnevna nastanitev, terapijski prostor, večja dvorana za prireditve, dvigalo;
3. v 1. nadstropju: gospodinjska skupina, negovalna oaza;
4. v 2. nadstropju: gospodinjska skupina, dnevni center, učilnica, sejna soba.

Slika 4: Pogled na južni del MGC občine Ivančna Gorica



Vir: V. Klepej Turnšek, *Idejna zasnova Medgeneracijskega centra občine Ivančna Gorica (interno gradivo)*, 2015.

Enote in storitve v sklopu v krajevnega medgeneracijskega centra so:

1. Centralna enota MGC

Skrbi za izobraževanje kadrov, svetovanja sorodnikom ali starostniku (individualna obravnava, evidentiranje potreb), izobraževalne in svetovalne programe za starostnike. Predstavlja strokovno in organizacijsko središče za tretje obdobje življenja. V gospodinjstvih skupinah bivajo: starejši z začetnimi fazami demence in višjo gibljivostjo ter delno sposobnostjo samostojnega življenja ob podpori gospodinje in starejši z napredujočo demenco in težko gibljivi.

2. Negovalna oaza

To je bivalni prostor za nego bolnikov z demenco v terminalnem obdobju in za nego umirajočih.

3. Začasna nastanitev

Predstavlja nastanitev za čas, ko so domači negovalci zaradi kateregakoli razloga začasno nezmožni nuditi starostniku primerno oskrbo, kot dopust za starejše, spremstvo otrok v CZBO in podobno.

4. Dnevno-nočni center

Dnevno varstvo zajema dnevno nego, oskrbo in organizirano obliko dnevnih aktivnosti in so uporabniki za določen del dneva v oskrbi centra. Nočno varstvo pomeni varovanje in oskrbo starostnikov preko noči.

5. Servisno-storitvena dejavnost

Zajema pomoč na domu, kamor spadajo: svetovanje sorodnikom ali starostniku (individualna obravnava, evidentiranje potreb), pomoč pri dnevni higijeni, pomoč pri postrežbi, prehrana, osebna nega, ki se lahko izvaja na domu ali v MGC, fizioterapija na domu in delovna terapija v smislu učenja aktivnosti in prilagajanja na nove potrebe.

6. Pomoč na domu

Pomoč na domu predstavlja eno izmed socialno-varstvenih storitev in obsega socialno oskrbo upravičenca v primeru starosti, invalidnosti ter v drugih primerih, ko pomoč na domu lahko nadomesti institucionalno varstvo. Socialna oskrba na domu obsega: pomoč pri temeljnih dnevni opravilih, gospodinjsko pomoč in pomoč pri ohranjanju socialnih stikov.

Zanimalo me je, kako v praksi poteka delo na oddelku gospodinjske skupine in kakšna je razlika v primerjavi s klasično domsko oskrbo. V Sloveniji je že nekaj domov, v katerih poteka delo po konceptu gospodinjskih skupin, deloma ali v celoti. Ogledala sem si dva domova, med seboj na videz dokaj različna, pa vendar se v obeh izvaja oblika domske oskrbe – gospodinjska skupina. V nadaljevanju povzemam glavne značilnosti.

Dom starejših občanov Krško. Direktorica DSO Krško, gospa Ani Nuša Masnik, me je prijazno sprejela in peljala na ogled novo preurejenih in moderno opremljenih prostorov gospodinjske skupine, kasneje pa tudi tistega dela doma, kjer poteka klasična domska oskrba.

Gospodinjska skupina »Vijolica« je začela z delom v letu 2013, vanjo je vključenih 14 stanovalcev, katerih povprečna starost je 83,3 let (DSO Krško, 2013, str. 39). Oskrbo stanovalcev gospodinjske skupine izvaja pet zaposlenih, poleg njih se v delo vključujejo tudi ostali strokovni delavci: fizioterapevt, delovni terapevt, animator, socialni delavec, zdravstveni delavci itd. Pomembno je, da se zaposleni v skupini ne menjajo, zato se stanovalci počutijo varneje in bolj domače.

Gospodinja pripravlja obroke v velikem in svetlem dnevnem prostoru, ki ima tudi zasebne koticke. Stanovalci po svojih zmožnostih in glede na počutje sodelujejo pri pripravi obrokov, ali pa le opazujejo dogajanje. Prostor preplavlja vonj po hrani, ki se pripravlja in s tem se stanovalcem omogoča ohranjanje in obujanje spominov na domače okolje. Tudi perilo stanovalcev se pere v prostoru, ki je v neposredni bližini dnevnega prostora in stanovalci pomagajo pri zlaganju in razvrščanju perila. Iz dnevnega prostora je možen izhod na zunanjo teraso, na kateri poleg cvetlic vzgajajo tudi zelenjavo in zelišča.

Po besedah direktorice je bil začetek dela po novem konceptu zahteven, saj so se morali vsi – tako zaposleni kot stanovalci - navaditi na nov način dela in sobivanja. Zaposleni so zelo zadovoljni, da so pri svojem delu samostojna enota, se v odsotnostih (letni dopust, bolniška) nadomeščajo in si pomagajo. Pozitivna klima se je prenesla tako na stanovalce kot na njihove svojce, ki se skupnih druženj in dogodkov množično udeležujejo.

Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah. Zgradba DU Šmarje pri Jelšah se nahaja v zavetju griča in od zunaj ne daje vtisa o velikosti notranjih prostorov. Že na vhodu v dom sem začutila pristno domačnost prostora in zaslutila, da je bilo vloženo veliko truda, da je tako institucionalen prostor postal prijeten, topel in domačen. Kot navaja Imperl (2012, str. 80) je DU Šmarje pri Jelšah primer dobre prakse, saj postopno spreminjajo klasičen dom z arhitekturo druge generacije v dom tretje generacije, vendar z elementi četrte generacije.

Direktorica DU Šmarje pri Jelšah, gospa Majda Koren, me je povabila v družinsko sobo, kjer je ogenj v kaminu dodal samo še piko na i domačnosti sobe. Povedala je, da je namenjena njihovim stanovalcem in družinskim članom za različna praznovanja in druženja. V neposredni bližini je zidana kuhinja, opremljena in prilagojena osebam na invalidskem vozičku. V tem sem videla razumevanje potreb stanovalcev po intimnem druženju z domačimi in prijatelji, ki je v običajnih sobah težko izvedljivo, hkrati pa je lahko tudi moteče za ostale stanovalce.

Ogled prostorov s stanovanjskimi skupinami mi je razkril, da se domačnost nadaljuje po vseh prostorih. Od tega, da je v vsakem skupnem prostoru kamin z živim ognjem, da ima vsaka skupina svojo domačo žival, do tega, da so sobe od hodnika ločene s steklenimi stenami, ki po eni strani omogočajo zasebnost stanovalcu, po drugi strani pa mu dajejo občutek, da ni sam, da se okrog njega ves čas nekaj dogaja, to pa ga kljub vsemu ne moti. Tudi razporeditev stanovalcev in zaposlenih daje prijeten občutek zadovoljstva, domačnosti in mirnosti. Zunanja terasa s kaminom, rože in zelišča, pa tudi domače živali –

vse to odpira možnosti za različne aktivnosti tistim, ki jih želijo in zmorejo uporabiti. V okviru stanovanjskih skupin opravljajo naslednje aktivnosti (DU Šmarje pri Jelšah, 2015): kuhanje kave, skupni obroki, kuhanje in peka, družabne igre, šivanje, pranje, sušenje perila, likanje, skrb za rože in urejanje vrta, izdelovanje raznih izdelkov, praznovanje rojstnih dni, skupinsko delo s fizioterapevtom in skupinsko delo z delovnim terapevtom.

Po pripovedovanju direktorice imajo še veliko načrtov za prihodnost, s katerimi želijo svojim stanovalcem približati to vrsto institucionalne oskrbe in razbiti mit o domovih starejših kot o hiralnicah, kar so v preteklosti tudi bili.

Po ogledu obeh domov lahko zaključim, da je v obeh čutiti želje in prizadevanja vodstva in zaposlenih, da svojim stanovalcem zagotovijo čim bolj udobno, prijetno in kvalitetno bivanje, ne glede na to, da so na prvi pogled prostori različno urejeni. Vse to ob primerni zdravstveni oskrbi, ki je po mnenju obeh sogovornic problematična, saj je meja med domsko in zdravstveno oskrbo velikokrat zabrisana. Zaposleni se z nenehnim izobraževanjem in prilagajanjem potrebam stanovalcem približujejo novim trendom v institucionalnem varstvu ter tako sooblikujejo nove, človeku bolj prijazne ustanove.

3.3 Povezava CZBO in MGC v skupni javni zavod – Center dr. Marko Gerbec

Povezava obeh javnih zavodov v enovit javni zavod se je praktično začela razvijati ob nastanku ideje o izgradnji krajevnega MGC v neposredni bližini CZBO. Direktorica CZBO gospa Magdalena Urbančič in župan občine Ivančna Gorica sta z razmišljanji o čim bolj učinkovitem in kvalitetnem domu za starejše, v katerem bi imelo medgeneracijsko sodelovanje ključno vlogo, zastavila drzno idejo o povezovanju dejavnosti dveh ministrstev. Tekom zbiranja idej in predlogov je vodstvo občine naročilo izvedbo idejne zasnove gospe Veri Klepej Turnšek iz Arhitekturnega ateljeja v Celju, ki ima že večletne izkušnje s področja projektiranja domov za starejše 4. generacije.

Osnovna ideja izdelave idejne zasnove je bila izgradnja krajevnega medgeneracijskega središča s tako zasnovo, da MGC tvori s CZBO funkcionalno in vsebinsko celoto dejavnosti za oskrbo generacije otrok in starejših. Klepej Turnšek (2014, str. 36) navaja: »Pri tem nastane sinergični učinek boljšega izkoristka, glavna priložnost pa je povezava zdravstva in sociale, kar je pogoj za kakovostno, uspešno in finančno zdržno dolgotrajno oskrbo starejših ljudi.« Kot je razvidno iz slike 5, se s priključitvijo MGC k objektom CZBO doseže razgiban, vendar funkcionalno zelo praktičen in kompleksen objekt, ki hkrati lahko ločuje ali združuje dejavnosti, ki se bosta v njem izvajali. Na levi strani so objekti CZBO s svojo prometno ureditvijo, na desni pa z novo prometno ureditvijo objekt MGC. Tudi zunanji vrt omogoča uporabo tako enim kot drugim uporabnikom storitev. Obiskovalci uporabljajo ločena vhoda v objekte, vendar so vse možnosti za druženje in medgeneracijsko sodelovanje odprte.

Slika 5: Center dr. Marko Gerbec – idejna zasnova (pogled iz zraka)



Vir: V. Klepej Turnšek, Idejna zasnova Medgeneracijskega centra občine Ivančna Gorica (interno gradivo), 2015.

Hkrati se s tem projektom oživi in obnovi stavba stare šole v Višnji Gori, ki je locirana na robu starega trškega jedra. Stavba je spomeniško zaščiten in je del mestnega jedra Višnje Gore, stara šola pa pomeni čustveno domačnost za krajane in je zato ena od najbolj primernih stavb za tako dejavnost (Klepej Turnšek, 2014, str. 31-41). Po mnenju Klepej Turnškove je glavna značilnost krajevnega MGC v Šentvidu pri Stični možnost izvajanja več zdravstvene nege v celotni oskrbi starejših, saj ima CZBO že sedaj potrebno zdravstveno osebje in infrastrukturo. S tem »bo vzpostavljena celovita mreža dejavnosti za varovanje bolnih otrok, zdravljenje in varovanje starejših ter za njihovo nego v zadnjem obdobju demence v obliki oaz, kar je novost na področju nege v Sloveniji«.

Vodstvo CZBO je v ideji izgradnje krajevnega MGC v neposredni bližini CZBO videlo možnost razvoja in hkrati z združitvijo obeh zavodov tudi optimizacije stroške delovanja. Po začetni preučitvi organizacije delovanja in možnostih kadrovske optimizacije je projekt začel preraščati idejo in začela so se konkretna dogovarjanja o možnostih gradnje, organizacije in financiranja.

Novo nastali javni zavod bi se imenoval Center dr. Marko Gerbec, po zdravniku in znanstveniku, ki je bil rojen v Šentvidu pri Stični (Slika 6).

Slika 6: Dr. Marko Gerbec



Vir: Slovenski festival znanosti, 2015.

Marko Gerbec (lat. *Marcus Gerbezius*) je bil rojen leta 24. oktobra 1658 v Šentvidu pri Stični. V Ljubljani je študiral filozofijo, na Dunaju in Padovi nadaljeval študij medicine in nato leta 1684 doktoriral v Bologni. Že kmalu se je usmeril v znanstveno obdelavo opazovanj bolnikov, ki jih je zdravil. Opise in dognanja je objavljial v obliki razprav, ki so izhajala v okviru strokovnega združenja, nemške akademije raziskovalcev narave. V strokovni javnosti je bil zelo priznan, bil član več akademskih ustanov in objavljial strokovne članke. Živel in deloval je v Ljubljani kot zdravnik, bil soustanovitelj združbe *Academia Operosorum Labacensium* - Družbe delavnih mož, v kateri so njeni člani raziskovali vsak svojo stroko: pravno, teološko in zdravstveno. Leta 1712 je ustanovil tudi prvo strokovno združenje kranjskih zdravnikov in kirurgov, Bratovščino sv. Kozme in Damiana (Slovenski festival znanosti, 2015). Dr. Marko Gerbec je proučeval vpliv okolja na nastanek bolezni, najbolj pa se je proslavil v mednarodnih zdravniških krogih s spisom o srčnem bloku, saj je leta 1717 kot prvi na svetu opisal bolezenske znake bradikardne oblike kompletega atrioventrikularnega bloka. To bolezensko stanje se zato avtorsko imenuje Gerbec–Morgagni–Adams–Strokesov sindrom. Umrl je 9. marca 1718 v Ljubljani (Pintar, 1997, str. 83).

3.3.1 Izhodišča za delovanje javnega zavoda Center dr. Marko Gerbec

Možnosti razvoja CZBO so v razširitvi dejavnosti na področje socialnih dejavnosti, in sicer oblikovanje enote krajevnega MGC. Ta sodobna oblika izvajanja institucionalnega varstva

se po vrsti dejavnosti dobro ujema z bolnišnično dejavnost – predvsem neakutno, kot je v primeru povezave s CZBO. V enovit Center dr. Marko Gerbec bi se združili dejavnosti dveh javnih zavodov:

1. javni zdravstveni zavod na sekundarni ravni Center za zdravljenje bolezni otrok, ustanovljen s strani Ministrstva za zdravje in
2. javni zavod Medgeneracijski center, ustanovljen s strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Občine Ivančna Gorica.

Izhodišča za delovanje krajevnega medgeneracijskega centra so podana v Zakonu o zavodih (1996). V 1. členu Zakona o zavodih je opredeljeno, da so »zavodi organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička«. V zakonu je natančno opredeljeno, da so javni zavodi ustanovljeni z namenom zadovoljevanja potreb prebivalstva.

Med drugim je opredeljeno, da javni zavod lahko opravlja eno ali več dejavnosti, lahko pa opravlja tudi gospodarsko dejavnost, če je ta namenjena opravljanju dejavnosti, za katero je zavod ustanovljen. Omogočeno je tudi povezovanje javnih zavodov, saj 9. člen Zakona o zavodih pravi, da se v primeru, da zavod ustanovi več ustanoviteljev, njihove medsebojne pravice, obveznosti in odgovornosti uredijo s pogodbo.

Glavni deležniki pri ustanovitvi Centra dr. Marko Gerbec so Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Občina Ivančna Gorica. V 3. členu Zakona o zavodih je zapisano, da lahko javni zavod ustanovi tudi občina in druge z zakonom pooblaščen javne pravne osebe. Podlaga za ustanovitev bo ustanovitveni akt, ki bo opredeljeval odnose med deležniki, način delovanja in organizacijo ustanove. Kot osnova za dogovore se postavlja zaveza, da bo Center dr. Marko Gerbec oblikovan kot javni zavod. Po mnenju Ramovša (2008, str. 33) je potrebno pri vzpostavitvi krajevnega medgeneracijskega središča aktivno sodelovati z vso občino: s političnim vodstvom, prebivalstvom občine in z vsemi organizacijami, ustanovami in programi, ki so pomembni za kakovostno staranje in solidarno sožitje med generacijami.

Občina Ivančna Gorica je v zadnjih letih aktivno pristopila k reševanju problematike oskrbe starejših občanov in se leta 2011 vključila v slovensko in svetovno mrežo Starosti prijaznih občin in mest. Z izvedbo raziskave *Zdravo staranje in kakovostno sožitje – stališča, potrebe in zmožnosti odraslih prebivalcev Občine Ivančna Gorica*, ki jo je pripravil Jože Ramovš, so bili pridobljeni podatki o stališčih, potrebah in zmožnostih odrasle populacije v občini (Ramovš, 2014, str. 3-27).

Mreža javne zdravstvene službe je v Sloveniji zelo razvejana. Česen (2003, str. 72) jo je opredelil kot zemljepisno porazdelitev človeških in materialnih zmogljivosti javnih

zdravstvenih zavodov ter koncesionarjev, s katero se ljudem zagotavlja pravična dostopnost do zdravstvene oskrbe, ki je financirana s strani javnega zdravstvenega zavarovanja. Ministrstvo za zdravje ima kot lastnik bolnišnic pravico in dolžnost oblikovati mrežo zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni. Po mnenju Albrehta (2008, str. 138) je mreža javne zdravstvene službe za izvajanje zdravstvenih storitev na sekundarni ravni v celoti pod nadzorom države. V zadnjih dvajsetih letih se je v glavnem vlagalo v povečanje fizičnih zmogljivosti bolnišnic (npr. posteljne zmogljivosti), sedaj pa se vse bolj usmerja v krajšanje ležalnih dob ter dnevne in ambulantne obravnave. Posledično se pričakuje preoblikovanje bolnišnic na področju diagnostike, hitrih operativnih oddelkov in povečanje števila kratkotrajnih obravnav.

Ob vsem tem bo potrebno po mnenju Albrehta podpreti potrebe starejšega prebivalstva po negi in rehabilitaciji, posebno po operativnih posegih in poškodbah. Še posebej zato, ker današnje socialne spremembe ne omogočajo svojcem, da bi domačemu starostniku nudili ustrezno oporo pri dolgotrajni in specifični negi: »Brez primernih in celovitih ukrepov na strani akutne in dolgotrajne nege ne bo moč zagotavljati pravičnosti v dostopu do zdravstvenih storitev starejšega prebivalstva.«

3.3.2 Organizacija Centra dr. Marko Gerbec

V današnjih globalnih časih se vse spreminja: tehnologije, komunikacije, razgledanost ljudi, dostopnost do podatkov in ne nazadnje tudi delovna mesta, opisi del in nalog (Quinton, 2011, str. 237-256). Razvoj zahteva prilagajanje delovanja organizacij, pri čemer morajo te slediti svojim ciljem, zaradi katerih so bile ustanovljene. Razvoj organizacije se v glavnem kaže skozi proces usposabljanja in izobraževanja zaposlenih, ne glede na to, ali kot odgovor na intervencijo ali kot sredstvo za doseganje ciljev. Izobraževanje je lahko strateško orodje za uspeh organizacije, ki kaže na bolj in manj razvita področja. Veliko organizacij ima za posamezna delovna mesta natančno določena in predpisana izobraževanja, licenciranje in obnavljanje licenc za delo ali pa obdobje obnove znanj.

V Pravilniku o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Ur. l. RS, št. 82/2014) je določeno, da mora izvajalec v zdravstveni dejavnosti, poleg zahtevane stopnje in smeri izobrazbe, imeti veljavno licenco za opravljanje zdravstvene dejavnosti ter mora biti vpisan v register izvajalcev na pristojnem ministrstvu. Licenca je dovoljenje za samostojno opravljanje zdravstvene dejavnosti in se podeli v obliki odločbe za določeno obdobje (npr. za zdravstveno in babiško nego sedem let).

Akreditacijske in certifikacijske institucije za kakovost v zdravstvu kot npr. DNV - DIAS, Join Commission, ISO-EN 15.224 v svojih standardih zahtevajo, da ima organizacija evidenco izobraževanj in usposabljanj za zaposlene, še posebej za zdravstveni kader. Organiziranje enovitega javnega zdravstvenega zavoda prinaša večjo izkoriščenost človeških virov in opreme. S prelivanjem in kroženjem zaposlenih se doseže večja izkoriščenost vseh virov, kar vodi v uspešnejše poslovanje. Hkrati se zmanjša potreba po

dodatnih zaposlitvah na najvišjih mestih, potrebna pa bo natančna opredelitev, načrtovanje, koordinacija in spremljanje del in nalog.

Centralna enota predstavlja glavno enoto ter poslovodsko in oskrbovalno pokriva ostale enote. Zaposleni so izobraženi in usposobljeni tako, da lahko izvajajo dela in naloge na obeh področjih, zato se organizacija dela sproti prilagaja trenutnim potrebam. Povezava med obema kompleksoma je zagotovljena s povezovalnim hodnikom. Dostop v objekt MGC je možen skozi dva vhoda za bolnike oziroma uporabnike zdravstvenih storitev. Na sliki 7 je predstavljena organizacija Centra dr. Marko Gerbec z dvema enotama: CZBO in MGC. Kapaciteta uporabnikov je po posameznih enotah načrtovana:

1. CZBO enota (65 postelj):

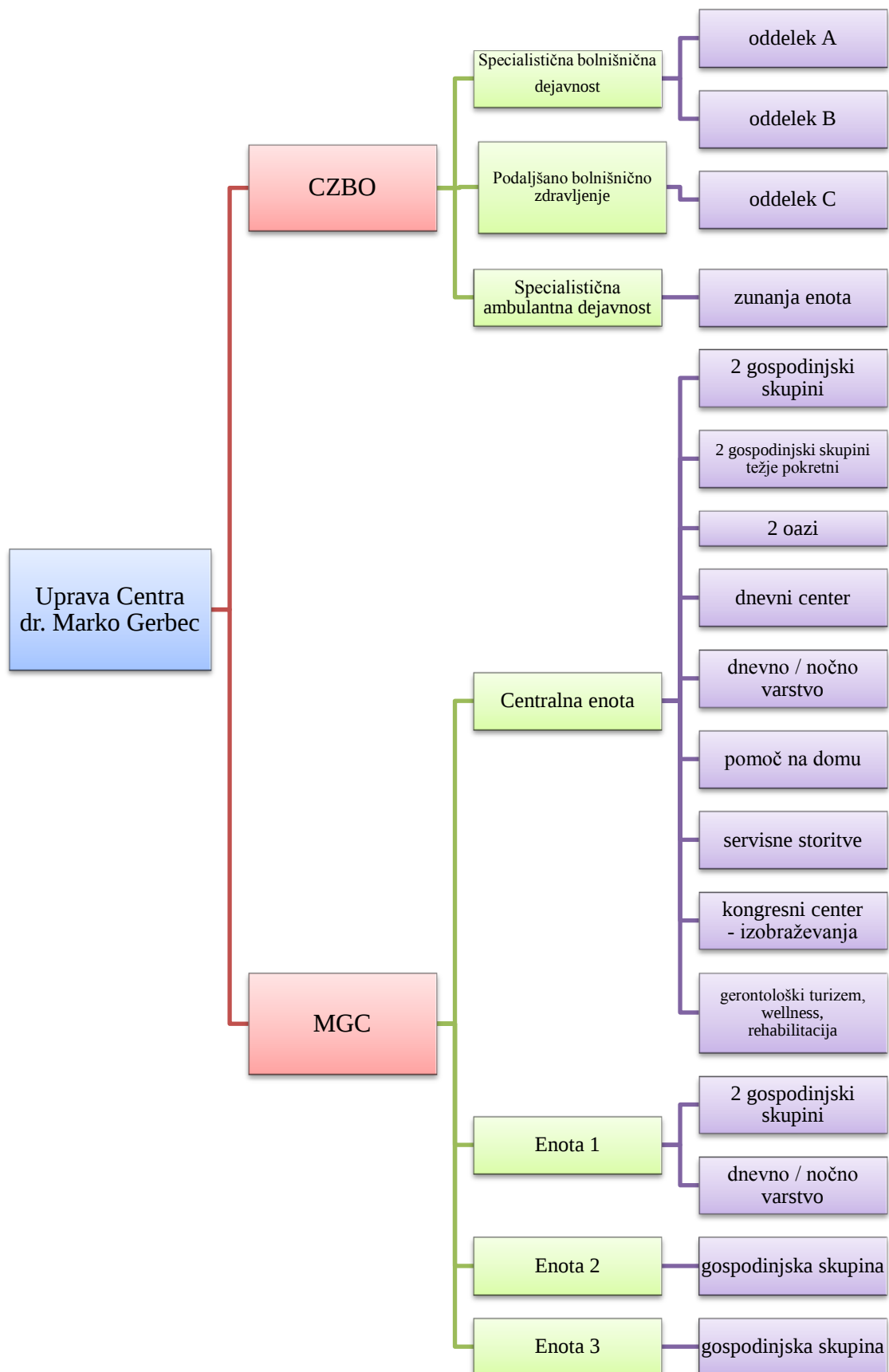
- oddelek A sprejme 25 bolnikov oz. uporabnikov,
- oddelek B sprejme 25 bolnikov oz. uporabnikov,
- oddelek C sprejme 15 bolnikov oz. uporabnikov.

2. MGC enota:

- centralna enota sprejme (60 postelj):
 - 20 uporabnikov v dve gospodinjski skupini,
 - 12 težje gibalno težje gibljivi uporabnikov v dve gospodinjski skupini,
 - 12 bolnikov v dve oazi,
 - 6 stanovalcev z začasno nastanitvijo,
 - 10 uporabnikov v dnevni center;
- zunanja enota 1 sprejme 19 uporabnikov v dve gospodinjski skupini;
- zunanja enota 2 sprejme 10 uporabnikov v gospodinjsko skupino;
- zunanja enota 3 sprejme 10 uporabnikov v gospodinjsko skupino.

Skupna kapaciteta Centra dr. Marko Gerbec je tako 164 postelj, in sicer 125 na lokaciji Šentvid pri Stični in 39 postelj v treh dislociranih enotah.

Slika 7: Organizacijska struktura Centra dr. Marko Gerbec



Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Medgeneracijski center Občine Ivančna Gorica (interno gradivo), 2012.

4 UTEMELJITEV SMISELNOSTI POVEZOVANJA CZBO IN MGC Z VIDIKA KADROVSKE OPTIMIZACIJE

Z vidika kadrovske optimizacije je povezovanje dejavnosti zdravstva in socialnega varstva smiselno, saj se pri obeh dejavnostih izvajajo podobne strokovne aktivnosti, na primer: zdravniška obravnava, zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija in psihološka obravnava bolnika. Pri tem moramo vedeti, da bo potrebno strokovnemu kadru, ki ima delovne izkušnje v CZBO, omogočiti dodatno izobraževanje s poudarkom na delu s starejšimi in dementnimi ljudmi.

Tudi skupne podporne službe in pomožni procesi se v obeh zavodih izvajajo z enako kadrovsko strukturo, zato je smiselno delo teh služb organizirati tako, da se med seboj nadomeščajo. Glede na to, da bo objekt MGC novogradnja, bo v začetnih letih obratovanja potrebno izvesti manj vzdrževalnih del in popravil na tem objektu.

V tem poglavju podrobneje obravnavam management in načrtovanje človeških virov na splošno v zdravstvenih organizacijah v Sloveniji in nadaljujem z načrtovanjem človeških virov v posameznem zavodu: CZBO in MGC. Poglavje zaključim s primerjalno analizo števila zaposlenih in kadrovske optimizacije ter izpostavim glavne izzive pri združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v enovitem javnem zavodu.

4.1 Management in načrtovanje človeških virov v zdravstvenih organizacijah

Management človeških virov (v nadaljevanju MČV) je strateško usmerjena dejavnost menedžerjev in kadrovskih strokovnjakov, ki jo sestavljajo medsebojno usklajene aktivnosti pridobivanja in povečevanja človeških zmožnosti ter spodbujanja njihove uporabe, tako da skladno z opredeljenim namenom organizacije in ob upoštevanju ciljev in interesov zaposlenih dosežemo čim boljše rezultate (Svetlik in Zupan, 2009, str. 28). To je torej načrtovanje, vodenje in ravnanje s človeškimi viri v organizacijah, načrtovanje optimalnega števila zaposlenih s primernimi kompetencami in znanji, motiviranje zaposlenih na tak način, da poslovanje organizacije ni ogroženo.

Pomembnost ustreznega načrtovanja zaposlovanja zdravstvenih delavcev poudarja Van Hoegaerden (2015), vodja skupnega projekta za načrtovanje zaposlovanja in predvidevanje potreb po zdravstvenih delavcih pri belgijski zvezni službi za javno zdravje v svojem prispevku pod naslovom: »Naše zdravje je odvisno od njihovega: pomen dobrega načrtovanja za zdravstvene delavce in vzdržnost zdravstvenih sistemov v EU«. Po njegovem prepričanju potrebuje vsak zdravstveni sistem zadostno število ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev, zato je potrebno urediti načrtovanje zaposlovanja zdravstvenih delavcev. Veliko držav EU ima težave z načrtovanjem zaposlovanja zdravstvenih delavcev, s pomanjkanjem zadostne politične razprave glede sprejetja

potrebnih ukrepov za izboljšanje vzdržnosti zdravstvenih sistemov (na primer: izobraževanje in usposabljanje, strategije za zaposlovanje zdravstvenih delavcev in preprečevanje njihovega odhajanja iz sektorja, nenehno poklicno izpopolnjevanje).

4.1.1 Management človeških virov v zdravstvenih organizacijah

Zdravstvo je, glede na ostale storitvene dejavnosti, eno izmed najbolj dinamičnih in hkrati nepredvidljivih področij. Ne le razvoj zdravstvene tehnologije, temveč tudi spremembe v družbi, politiki in ekonomiji so dodatni razlogi za hitre spremembe. Fried in Fottler (2011, str. 479-486) predstavljata deset sedanjih trendov v zdravstvu, ki vplivajo na prihodnost managementa človeških virov v zdravstvenih organizacijah:

1. tehnološke inovacije,
2. potrošniška miselnost bolnikov,
3. osredotočenost na kvaliteto in z dokazi podprto medicino,
4. varnost in zasebnost,
5. novi strokovnjaki v zdravstveni negi,
6. informacijska tehnologija in sistem za podporo odločanju,
7. globalizacija,
8. demografske spremembe (staranje, raznolikost),
9. preprečevanje in obvladovanje bolezni in
10. varnost bolnikov.

V nadaljevanju opredeljujeta človeške vire kot enega najpomembnejših stroškov v večini zdravstvenih organizacij. Zato ima učinkovitost uporabe in integracije človeških virov z ustrezno strategijo dramatičen vpliv na napredek in preživetje zdravstvene organizacije. Cilj MČV je razviti in izobraziti organizacijske človeške vire tako, da s svojimi znanji in sposobnostmi presežejo svoje konkurente. MČV mora upoštevati tudi tržne zahteve, tako da pripravlja osebje na prilagajanje uporabnikovim potrebam, željam in zahtevam kakovosti.

Te cilje v sedanjem okolju in času ni lahko doseči, saj se zdravstveno osebje izobražuje v šolah in fakultetah, ne pa v konkretnih zdravstvenih organizacijah, ki bi želele osebje s točno določenimi znanji. Pri vsem tem je potrebno upoštevati še pričakovanja ustanovitelja, zahteve financerja po zniževanju stroškov, vnaprej določeno število zdravstvenih storitev, ki naj bi jih zdravstvene organizacije izvedle po točno določeni ceni, ki večinoma ne dosega dejanskih stroškov zdravstvenih storitev.

V tabeli 2 so prikazani glavni in specifični izzivi HRM v zdravstvenih organizacijah v današnjem času, povzeti po raziskavi organizacije SHRM (angl. *Society for Human Resources Management*), avtorice Schwind, K. M.(2007) z naslovom: *The future of Human Resources Management: Emerging HRM Needs and Tools*. Splošni izzivi nakazujejo sedanje trende v zdravstvenih organizacijah, pri čemer je prevladujoč izziv ta, kako najbolje povezati strateški management in MČV, tako da imajo človeški viri

partnersko vlogo pri doseganju ciljev zdravstvene organizacije (Fried & Fottler, 2011, str. 497).

Po mojem mnenju je tudi v Sloveniji na nekaterih področjih podoben položaj. V primerjavi s stanjem in položajem zdravstvenih zavodov pri nas ugotavljam, da so največje težave organizacijski izzivi, med katerimi prevladujejo:

1. Optimalno zaposlovanje in zadržanje zaposlenih. Zadržanje zaposlenih z določeno izobrazbo, kot so na primer specialisti pediatrije ali diplomirani fizioterapevti s posebnimi znanji iz nevrologije, je lahko velik problem v specialnem zdravstvenem zavodu, kot je CZBO. Če je v zdravstvenem zavodu zaposleno optimalno število delavcev, lahko daljši izpad specifičnega kadra ogrozi izvajanje zdravstvene dejavnosti, vpliva na kakovost izvajanja in predvsem na varnost bolnikov.
2. Organizacijska kultura se meri v zdravstvenih zavodih že več let, vendar v CZBO, kljub ugotovitvam in poskusih izboljševanja, komunikacija ostaja na nižjem nivoju, kot bi si želeli. Tudi hitro menjavanje zaposlenih, novosti v postopkih dela, varčevanje pri nabavah ne vplivajo dobro na organizacijsko kulturo.
3. Pomembno pa se mi zdi tudi opolnomočenje zaposlenih, dodelitev pooblastil in kompetenc za izvajanje določenih postopkov dela. Zaradi organizacijske strukture in splošno znanih pravil, ki natančno določajo hierarhijo odnosov, je v zdravstvu težko pričakovati od zaposlenih visoko stopnjo inovativnosti in motivacije za spremembe, še posebej v večjih zavodih. Tudi sistem nagrajevanja uspešnosti zaposlenih je izredno tog, lahko bi rekla, da ga sploh ni.

Pri okoljskih izzivih izpostavljam izziv internetne revolucije ter pomanjkanje znanja in spretnosti mlajše generacije, ki na novo vstopa v proces zdravstvene dejavnosti. Po ugotovitvah strokovnih delavcev v CZBO, prihajajo mladi na delo z nižjim nivojem praktičnih izkušenj, kar posledično vpliva na slabšo spretnost in zato daljše obdobje uvajanja v delo.

V prihodnje lahko, po mojem mnenju, pričakujemo še izzive, kot so konkurenčni položaj, organizacijsko prestrukturiranje in odškodninske zahteve. Vsi izzivi so tudi opozorilo MČV, da se mora prilagajati novo nastalim situacijam in iti v korak s časom, razvojem in pričakovanji tako uporabnikov zdravstvenih storitev kot samih zaposlenih v zdravstvenih zavodih.

Tabela 2: Glavni in specifični izzivi MČV v zdravstvenih organizacijah v današnjem času

Specifični izzivi		Splošni izzivi					
		Povezovanje ČV in strategije	Uporaba tehnologije	Izboljšanje produktivnosti	Upoštevanje stroškov	Upravljanje raznolikosti	Skladnost z veljavnimi standardi
Okoljski izzivi							
1	Hitre spremembe	X	X			X	
2	Internetna revolucija	X	X	X			
3	Raznolikost del. sile	X	X	X			X
4	Razvijanje poklicne in družinske vloge	X	X	X			
5	Pomanjkanje znanja in spretnosti	X	X	X	X		
Organizacijski izzivi							
1	Konkurenčni položaj	X	X	X	X	X	
2	Organizacijsko prestrukturiranje	X	X	X			
3	Organizacijska kultura	X	X	X	X		
4	Outsourcing in zmanjševanje stroškov	X	X	X			
5	Optimalno zaposlovanje in zadržanje zaposl.	X	X	X	X	X	X
6	Zasnova odškodn. sistemov	X	X	X			
7	Etično vedenje	X	X				X
8	Opolnomočenje zaposlenih	X	X	X			
9	Benchmarking ČV funkcij	X	X	X	X	X	X

Vir: Fried, B. J. & Fottler, M. D., *Present trends that affect the future of human resources management and the healthcare workforce. Humanresources in healthcare – Managing for success*, (3rd ed.), 2011, str. 497.

4.1.2 Načrtovanje človeških virov v zdravstvenih organizacijah

Načrtovanje človeških virov je proces analiziranja stanja zaposlenih v organizaciji, ugotavljanje trenutnega presežka ali primanjkljaja števila zaposlenih in načrtovanje potrebnega števila zaposlenih v prihodnosti. Pri tem je pomembno, da se ne načrtuje le števila ljudi, temveč je potrebno načrtovati tudi obseg, vrsto in raven njihovih zmožnosti (Kaše, 2009, str. 239). Načrtovanje človeških virov je povezano s procesom oblikovanja poslovne strategije in je sestavni del strategije menedžmenta človeških virov (Kaše, 2009, str. 237).

Strateški management človeških virov je načrt kadrovskih ukrepov, s katerimi želi vodstvo doseči strateške cilje organizacije (Možina & Zupan, 2009, str. 118). Najbolj naj bi

prispeval k uspešnosti in konkurenčnosti organizacije, če je usklajen s poslovno strategijo. Idealni model strateškega managementa človeških virov je sestavljen iz štirih stopenj (Možina & Zupan, 2009, str. 106):

1. oblikovanja poslovne strategije,
2. opredelitve ključnih vedenj, ki so potrebna za izvajanje te strategije,
3. oblikovanja in uvajanja organizacijskih procesov oziroma aktivnosti managementa človeških virov, ki bi spodbujale potrebno vedenje in
4. spremljanja učinkovitosti in uspešnosti programov managementa človeških virov.

Proces analiziranja stanja človeških virov zajema posnetek trenutnega stanja v organizaciji: starostno strukturo zaposlenih, strukturo po spolu, izobrazbi, delovnem mestu, delovni dobi (Možina in Zupan, 2009, str. 126). Ugotovljeno stanje lahko izkazuje presežek, primanjkljaj ali pa ustrezno število zaposlenih v organizaciji. Načrtovanje človeških virov je povezano z več tveganji, kot npr. da se načrtujejo napačne potrebe, da se spremeni poslovna situacija, da prihaja do nepredvidenih fluktuacij, daljših bolniških odsotnosti, porodniških odsotnosti... Vendar je kljub temu dobro, da ima organizacija pripravljen rezervni načrt, ki ga po potrebi sproti prilagaja (Kaše, 2009, str. 250-251).

Načrtovanje človeških virov pripravi organizacija za določeno časovno obdobje v prihodnosti. Najprej se pregleda notranja ponudba v organizaciji, v kolikor se z notranjo ponudbo ne more pokriti vseh potreb po človeških virih, se pripravi pregled zunanje ponudbe.

Pri napovedovanju notranje ponudbe človeških virov si organizacije pomagajo z različnimi orodji (Kaše, 2009, str. 244-249):

1. preglednice struktur delavcev, v katerih so zajeti različni podatki o zaposlenih (starost, spol, stopnje izobrazbe, smeri izobrazbe, dosežene delovne dobe, zaposlitve za določen oz. nedoločen čas, omejitve delavcev...);
2. zaposlitvena ali planska preglednica, ki se nanaša na sedanje in prihodnje stanje zaposlenih, glede na delovna mesta;
3. matrika prehodnosti, ki omogoča pregled sedanjega in prihodnjega stanja z upoštevanjem prehoda delavcev med različnimi delovnimi mesti;
4. popis zmožnosti, ki poleg baze osnovnih podatkov o delavcih vsebuje podatke o njihovih karierah, interesih, izkušnjah, usposabljanjih;
5. preglednica odhodov, s katero analiziramo razloge za odhode zaposlenih;
6. preglednica izrabe delovnega časa, ki kaže število zaposlenih na podlagi opravljenih delovnih ur, brez ur odsotnosti, hkrati pa je zelo uporabna za določitev rezervnega števila zaposlitev za pokrivanje izgub zaradi odsotnosti;
7. nadomestitvena shema se uporablja za načrtovanje nasledstva zaposlenih, predvsem na ključnih vodstvenih položajih.

V kolikor se izkaže primanjkljaj zaposlenih, je potrebno dobro proučiti (Kaše, 2009, str. 251-252):

1. ali potrebujemo nove človeške vire,
2. ali smo delavcu sposobni zagotoviti dolgoročno zaposlitev,
3. ali se lahko delo prerazporedi na druge zaposlene,
4. ali se bo primanjkljaj pokrtil z začasnimi, zunanjimi viri.

Težje je sprejemati odločitve, če se pri analizi izkaže presežek zaposlenih, še posebej, če ga je pričakovati tudi v prihodnje. Tu je potrebno sprejeti odločitev: na kakšen način odpuščati zaposlene, ali čakati na naraven odliv, ali jih prerazporediti. Zahteva po mehkeem zmanjšanju števila zaposlenih se lahko pojavi tudi z zakonskimi in podzakonskimi predpisi in ukrepi, kot na primer z Zakonom o uravnoveženju javnih financ, ki določa, da se mora število zaposlenih v zdravstvenih zavodih zmanjšati za 1% na letni ravni. Zmanjšanje naj bi se izvedlo z omejitvami zaposlovanja, nenadomeščanjem odhodov zaposlenih in upokojitvami.

Načrtovanje človeških virov pripravi organizacija za določeno časovno obdobje v prihodnosti, pri čemer se pregleda in naredi (Kaše, 2009, str. 241):

1. napoved povpraševanja po človeških virih z vidika potreb iz poslovanja,
2. pregled in napoved notranje in zunanje ponudbe,
3. napoved presežka oziroma primanjkljaja človeških virov ter
4. predlog ukrepov za reševanje neravnovesja.

4.2 Management in načrtovanje človeških virov v CZBO

Management in načrtovanje človeških virov v CZBO je v domeni direktorice bolnišnice, pri čemer lahko člani strokovnega sveta svetujejo v primeru uvajanja novih strokovnih programov ali spreminjanja obstoječih. Kadrovska funkcija je direktorici v pomoč pri strateških odločitvah v zvezi z managementom in načrtovanjem kadrov. Načrt zaposlovanja v CZBO je izdelan vsako leto posebej, predvsem gre za nadomestne zaposlitve. Upoštevajo se zahteve iz internega dokumenta Sistemizacija delovnih mest (CZBO, 2014b). Za načrtovanje človeških virov v CZBO se uporabljajo pripomočki:

1. *preglednica struktur delavcev*, v kateri so zajeti različni podatki o zaposlenih (starost, spol, stopnje izobrazbe, smeri izobrazbe, dosežene delovne dobe, zaposlitve za določen oz. nedoločen čas, omejitve delavcev, kontaktni podatki in podobno);
2. *izraba delovnega časa*, ki kaže število zaposlenih na podlagi opravljenih delovnih ur in je zelo uporabna za določitev rezervnega števila zaposlitev za pokrivanje izgub zaradi odsotnosti;
3. *načrt dodatnih izobraževanj* za zagotavljanje ustreznih kadrov in strokovnosti. Zaposleni se redno strokovno izpopolnjujejo na strokovnem in poslovnem področju.

Načrt izobraževanj izdela strokovni vodja na podlagi potreb in predlogov vodij služb. Dopolni, sprejme in potrdi ga Strokovni svet CZBO na začetku poslovnega leta. Ob koncu leta se naredi analiza izobraževanj, ki jo tudi potrdi Strokovni svet CZBO in je del poslovnega poročila JZZ.

Vsako leto se izvede anketa o zadovoljstvu na delovnem mestu. Rezultati analize se primerjajo z rezultati anket o zadovoljstvu na delovnem mestu z ostalimi javnimi zdravstvenimi zavodi v državi. Redno se izvaja ocenjevanje zaposlenih na podlagi meril uspešnosti na celotnem poslovanju.

4.2.1 Kadrovska struktura v CZBO

V CZBO je trenutno zaposlenih 52 ljudi, od tega je zaposlenih 5 delovnih invalidov za skrajšan delovni čas. Vsi zaposleni imajo sklenjeno pogodbo za nedoločen čas. Na omejitvev oz. ukinitvev najemanja delovne sile po podjemnih pogodbah ali študentov je močno vplivala trenutno veljavna zakonodaja (Zakon o uravnoteženju javnih financ, Ur.l. RS, št. 40/2012, 96/2012 – ZPIZ-2, 104/2012 – ZIPRS1314, 105/2012, 25/2013 – odl. US, 46/2013 – ZIPRS1314-A, 56/2013 – ZŠtip-1, 63/2013 – ZOsni-I, 63/2013 – ZJAKRS-A, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 101/2013 – ZIPRS1415, 101/2013 – ZDavNepri, 107/2013 – odl. US, 85/2014, 95/2014 in 24/2015 – odl. US2012).

V 70-ih letih prejšnjega stoletja je prišlo do pojava, ko so se štipendisti CZBO začeli zaposlovati v Centru za zdravljenje bolezni otrok. To so bili večinoma dijaki iz bližnje okolice, katerim je bilo v interesu, da se zaposlijo v organizaciji, ki je blizu doma in tam tudi ostanejo. Po eni strani je ta način pozitiven, saj zagotavlja večjo pripadnost bolnišnici, lažjo organizacijo dela, hiter dostop v primeru izredne situacije, manjše stroške prevoza in ne nazadnje tudi manjšo fluktuacijo.

Po drugi strani pa ta način zaposlovanja v organizacijo prinaša togost, s strani zaposlenih ni želje po dodatnem izobraževanju in napredovanju, ni novih, mladih zaposlenih, dokler se generacija ne zamenja. Marsikateri zaposleni ima v svoji delavski knjižici ob upokojitvi le en žig delodajalca. To je dobro razvidno iz tabele 3 in slike 8, saj največji delež (27%) predstavljajo zaposleni v starosti med 50 in 55 letom starosti, delež zaposlenih, starih med 45 in 50 let pa je 19%. Starostni razredi zaposlenih nad 50 let predstavlja 42% vseh zaposlenih.

Povprečna starost v CZBO tako znaša 44 let, kar po eni strani pomeni neugodno starostno strukturo bolnišnice zaradi večjega števila dni letnega dopusta in omejitev pri nočnem delu, po drugi strani pa je manj bolniških in porodniških odsotnosti ter fluktuacije.

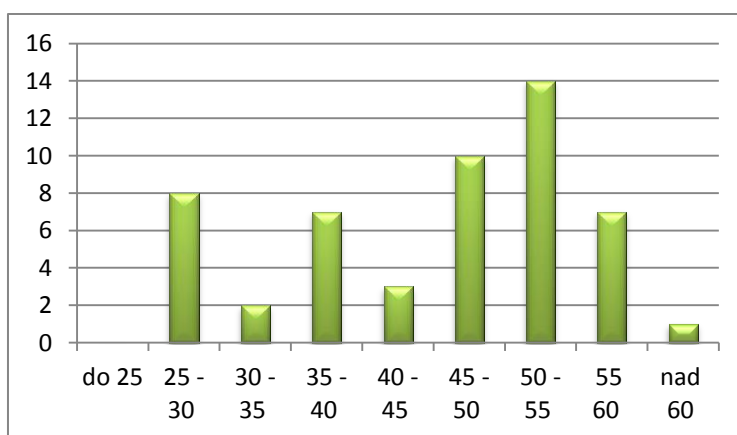
Tabela 3: Struktura zaposlenih v CZBO glede na starostni razred

Starostni razred	Število zaposlenih	Delež zaposlenih v %
do 25	0	0,00
25–30	8	15,38
30–35	2	3,85
35–40	7	13,46
40–45	3	5,77
45–50	10	19,23
50–55	14	26,92
55–60	7	13,46
nad 60	1	1,92
Skupaj	52	100,00

Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Letno poročilo Centra za zdravljenje bolezni otrok za leto 2014, 2015, str. 31.

Iz slike 8 je razvidno, da je glavnina zaposlenih v starosti od 45–60 let. Povprečna starost moških je 46 let, povprečna starost žensk pa 44 let. Prednost take starostne strukture je v izkušnosti zaposlenih in dodatnih znanjih, ki so jih pridobili tekom let.

Slika 8: Število zaposlenih glede na starost po starostnih razredih

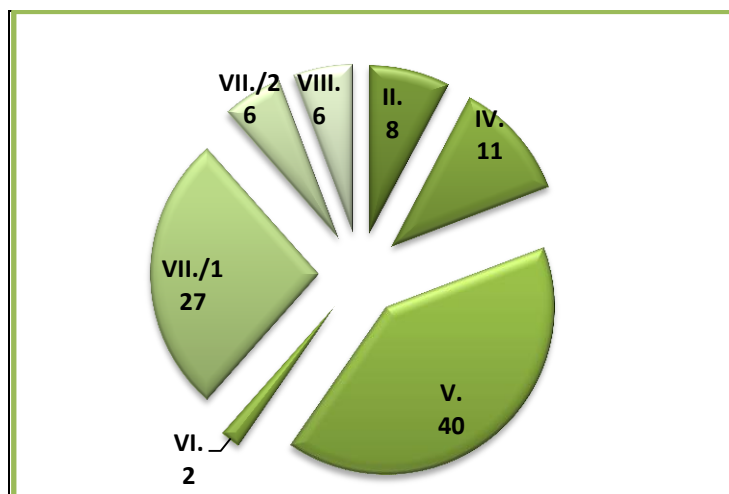


Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Letno poročilo Centra za zdravljenje bolezni otrok za leto 2014, 2015, str. 31.

Primerjava števila zaposlenih glede na spol pove, da je CZBO pretežno ženski kolektiv z 88% deležem žensk. Podatek je pomemben pri načrtovanju porodniških odsotnosti in odsotnosti za nego, kjer je smiselno načrtovati večjo rezervo, vendar zaradi starostne strukture ni potrebna maksimalna rezerva. Struktura zaposlenih po stopnji izobrazbe v CZBO kaže, da ima večina zaposlenih II. do V. stopnjo izobrazbe (31 zaposlenih). Glede na število zaposlenih po posameznih oddelkih pa prevladujejo zaposleni v zdravstveni

enoti in terapevtskih oddelkih (32 zaposlenih), kar je razvidno iz slike 9, ki prikazuje deleže zaposlenih po stopnji izobrazbe. S 40% deležem prevladujejo zaposleni s V. stopnjo izobrazbe, sledijo zaposleni s stopnjo izobrazbe VII./1 s 27% deležem, 11% delež pa predstavlja zaposlene s IV. stopnjo.

Slika 9: Izobrazbena struktura zaposlenih v CZBO v %



Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Letno poročilo Centra za zdravljenje bolezni otrok za leto 2014, 2015, str. 31.

Razpoložljiva kadrovska struktura v podpornih službah (uprava, finančno-računovodska služba, kuhinja in vzdrževalno-nabavna služba) zadostuje za izvajanje potrebnih storitev. Podporne službe v CZBO predstavljajo 38,46% delež glede na vse zaposlene (tabela 4).

Tabela 4: Število zaposlenih v CZBO po področjih dela

Oddelek	Št. zaposlenih	Delež
Zdravstvena enota s terapevtskimi enotami	32	61,54
Uprava, finančno-računovodska služba	8	15,38
Kuhinja	6	11,54
Vzdrževalno-nabavna služba	6	11,54
Skupaj	52	100,00

Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Letno poročilo Centra za zdravljenje bolezni otrok za leto 2014, 2015, str. 31.

Struktura zaposlenih in število zaposlenih se v zadnjih 10 letih nista bistveno spremenila. Iz letnih poročil o poslovanju je razvidno, da je število zaposlenih iz delovnih ur povprečno 46,5 kar je 10% manj, kot je dejansko zaposlenih. To predstavlja t.i. rezervo zaposlenih in jo je praktično nemogoče zmanjšati, ker je zaposlenim potrebno zagotavljati izvajanje zakonsko določenih pravic, npr. koriščenje letnega dopusta, bolniškega dopusta, starševskega varstva, odsotnosti za nego in podobno.

4.2.2 Analiza potreb po kadrih v CZBO

Naredila sem podrobno analizo starosti zaposlenih in analizo zavarovalne dobe za posameznega zaposlenega v CZBO. Ob pripravi analize sem predpostavljala, da bo v načrtovanem obdobju veljala trenutno sprejeta zakonodaja na področju upokojevanja (Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, Ur.l. RS, št. 96/2012, 39/2013, 99/2013 –ZSVarPre-C, 101/2013 –ZIPRS1415, 44/2014 – ORZPIZ206, 85/2014 – ZUJF-B in 95/2014 – ZUJF-C). To pomeni, da je bila kot pogoj za upokojitev upoštevana starost zaposlenih 65 let oziroma dopolnjenih 40 let delovne dobe, prav tako pa so bile upoštevane olajšave posameznega zaposlenega (otroci).

Upošteva se doseženo zavarovalno dobo in starost zaposlenih ugotavljam, da se bo v roku naslednjih 7 let (do vključno leta 2021) predvidoma upokojilo 10 zaposlenih, to je 1/5 oziroma 20% vseh zaposlenih.

Podrobnejši pregled prikaže, da je predvidenih šest upokojitev zaposlenih na zdravstvenem področju (od tega ena za polovični delovni čas), tri upokojitve v finančno-računovodski službi in ena upokojitev v vzdrževalno-nabavni službi.

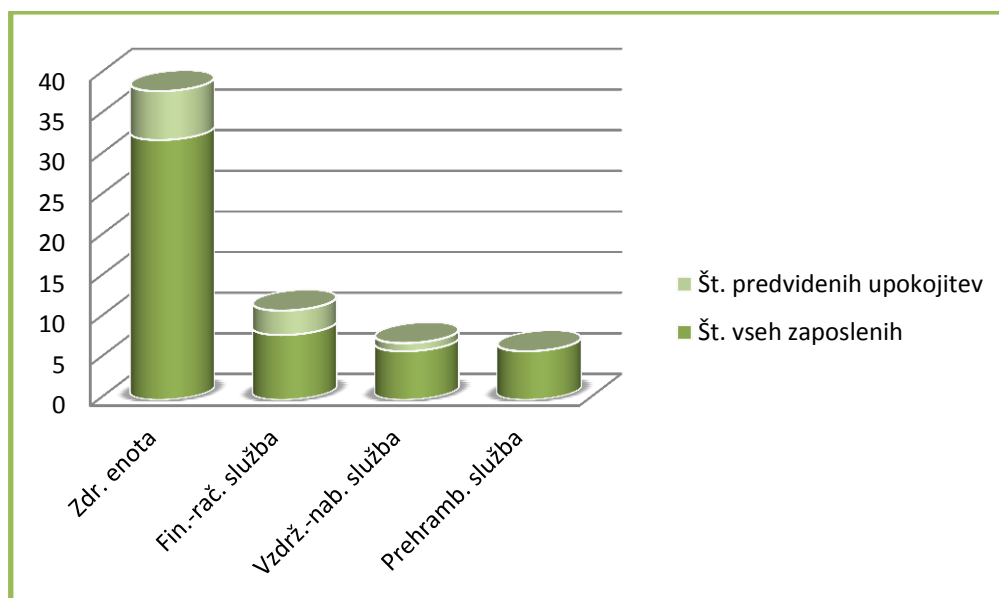
Tabela 5: Število zaposlenih in predvidenih upokojitev v CZBO po področjih dela

Področje	Št. vseh zaposlenih	Št. predvidenih upokojitev	Delež upokojitev glede na zaposlene (v %)
Zdravstvena enota	32	6	18,75
Finančno-račun. služba	8	3	37,50
Vzdrževalno-nabavna služba	6	1	16,67
Prehrambna služba	6	0	0,00
Skupaj	52	10	19,23

Grafični prikaz števila zaposlenih leta 2021 in prikaz predvidenih upokojitev istega leta (slika 10) jasno nakazuje potrebo po strateškem načrtovanju zaposlovanja novih kadrov. Načrt zaposlovanja sem pripravila ob predpostavki, da bo obseg poslovanja ostal enak, kar je glede na večletno spremljanje trendov težko pričakovati. Prav tako sem v pripravi načrta upoštevala predpostavko, da ne bo prišlo do nenačrtovanih odhodov.

Pri tem moram omeniti, da trenutno veljavna zakonodaja zelo omejuje zaposlovanje v javnem sektorju, za vsako sklenitev pogodbe o zaposlitvi je potrebno pridobiti soglasje sveta zavoda in soglasje Ministrstva za zdravje. Tudi druge oblike dela, npr. študentsko delo in delo preko podjetniških pogodb, so zavezane pridobivanju predhodnega soglasja.

Slika 10: Število zaposlenih in število predvidenih upokojitev leta 2021



Po pregledu notranje ponudbe ugotavljam, da bo potrebno pomanjkanje človeških virov nadomestiti z zunanjo ponudbo. Nadomestitev človeških virov na zdravstvenem področju zahteva poseben pristop, ker so pri teh delovnih mestih potrebna posebna znanja in izkušnje. Kandidate bo potrebno primerno usposobiti, da bodo lahko v celoti nadomestili delavce v odhodu. Pri tem je pomembno dejstvo, da sta dve delovni mesti deficitarni poklic (zdravnik medicine, specialist pediater), kar predstavlja dodatno oviro.

Tudi nadomestitvi zaposlenih v finančno-računovodski službi je potrebno posvetiti kar nekaj pozornosti. Glede na to, da bo potrebno nove zaposlene primerno usposobiti, predlagam, da se za ta delovna mesta zagotovi daljše uvajanje v delo in s tem postopno predajo dela. Nadomestitev zaposlenega v vzdrževalno-nabavni službi naj ne bi predstavljala večjega izziva, kandidatu pa bo potrebno zagotoviti ustrezno usposabljanje.

4.2.3 Kadrovska struktura v enoti CZBO in stroški dela

V CZBO je bilo konec leta 2014 zaposlenih 52 ljudi, stroški dela vseh zaposlenih (vključno z izplačilom regresa za letni dopust) so v tem letu znašali 1.163.347 evrov. Stroški dela v strukturi celotnih odhodkov predstavljajo 68% delež. Glede na stopnjo izobrazbe prevladuje kader s V. stopnjo izobrazbe s 40,38 % deležem, od katerega je večina kadra zaposlena v zdravstveni enoti (Tabela 6).

Nadalje je s 26,92 % deležem zaposlen kader s VII./1 stopnjo izobrazbe, večina je zaposlena v zdravstvenih in terapevtskih oddelkih.

Tabela 6: Število zaposlenih v CZBO po stopnji izobrazbe

Oddelek	Št. zaposlenih po stopnji izobrazbe							Skupaj
	II.	IV.	V.	VI.	VII./1	VII./2	VIII.	
Zdravstvena enota			16		4	1	2	23
Fizioterapija					4	1		5
Delovna terapija					3			3
Psiholog						1		1
Uprava, fin.- račun. služba			3	1	3		1	8
Kuhinja	2	4						6
Vzdrževalno-nabavna služba	2	2	2					6
Skupaj	4	6	21	1	14	3	3	52

Iz tabele je razvidno, da je v CZBO kar 77 % zaposlenih iz strokovno medicinskega kadra in le 23% delež kadra v podpornih službah. Po podatkih vodstva CZBO je taka kadrovska zasedba optimalna in zadostuje izpolnjevanju in zagotavljanju zakonskih pravic zaposlenih. Zaskrbljujoča je le starostna struktura, saj bo CZBO imel čez npr. 15 let povprečno starost zaposlenih 59 let.

4.3 Načrtovanje človeških virov za MGC Občine Ivančna Gorica

Za delovanje enote MGC, ki bi bila organizirana kot samostojni javni zavod, bi bilo potrebno zaposliti 68 ljudi. Pri pripravi seznama zaposlenih sem predpostavljala, da bo MGC deloval kot samostojna pravna oseba.

Po navedbah Imperla (2012, str. 88–90) ima gospodinja ključno vlogo v gospodinjski skupini in ni nujno, da ima izobrazbo s področja zdravstvene nege. Opravlja namreč taka dela, ki ga opravljajo svojci starostnika v domači oskrbi, in sicer pomoč pri oblačenju, priprava obrokov, pranje perila, vzdrževanje stikov, posredovanje v odnosih med stanovalcem in svojci. Iz tega sledi, da so lastnosti, ki jih od gospodinje pričakujemo človeška toplina, široko srce in notranje ravnovesje. Koncept gospodinjske skupine je usmerjen v celovito oblikovanje vsakdanjega življenja, zato so v teh skupinah zaposleni ljudje z medicinskimi, terapevtskimi in strokovno negovalnimi znanji. Zdravstveno negovalne storitve se izvajajo po potrebi, tako dobi kakovost življenja prednost pred samo nego. Gospodinjske skupine delujejo samostojno in avtonomno ter za svoje delovanje ne potrebujejo določenih kadrov, kot npr. oddelčnega vodje, vodje enote, skupine, vodje socialne službe in podobno. Vse to prispeva k neposredni komunikaciji, jasnim odgovornostim, prihrani drage kadrovske vire, izboljša motiviranost sodelavcev in izboljša izkoriščenost njihovih sposobnosti (Imperl, 2012, str. 90).

Upošteva se zahteve o številu kadrov za delovanje posameznega oddelka pridem do podatkov o kadrovskih potrebah 52 zaposlenih za neposredno delo z uporabniki na centralni enoti ter treh dislociranih enotah (Tabeli 7 in 8). Strokovne službe, kot so delovna

terapija, fizioterapija, socialna služba, bi delo opravljale v vseh oddelkih, tako centralnih kot dislociranih enot.

Tabela 7: Zaposlitvena struktura za neposredno delo z uporabniki –centralna enota MGC

Oddelek	Gospodi- nja	Bolničar	SMS	Strežnica	DMS	Delovni terapevt	Fizio- terapevt	Socialni delavec	Skupaj
Gosp. sk.	3	1	1	1			1		7
Gosp. sk.	3	1		1		1			6
Gosp. sk.	3	1		1				1	6
Oaza		3	2		1				6
Oaza		3	2		1				6
Dnevni center		1				1	1		3
Začasna nastanitev	komb.*	komb.*		komb.*		komb.*			0
Skupaj	9	10	5	3	2	2		1	34

Legenda:* kombinacija iz ostalih skupin

Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Medgeneracijski center Občine Ivančna Gorica, 2012.

Na dislocirani enoti 1 bi poleg dnevnega centra delovali 2 gospodinjski skupini, zato bi bilo potrebno zaposliti 14 ljudi. Zaposleni bi delo opravljali ves čas v isti enoti, le v primeru odsotnosti bi se nadomeščanja krila iz drugih enot. Zaposlitveni strukturi na dislociranih enotah 2 in 3 predvidevata zaposlitev 3 gospodinjev na enoto (Tabela 8).

Tabela 8: Zaposlitvena struktura za neposredno delo z uporabniki –dislocirane enote MGC

Oddelek	Gospodinja	Bolničar	SMS	Strežnica	DMS	Delovni terapevt	Skupaj
Dislocirana enota 1							
Gospodinjska skupina 1	3	1	1			1	6
Gospodinjska skupina 2	3	1		1	1		6
Dnevni center		1	1				2
Dislocirana enota 2							
Gospodinjska skup.	3						3
Dislocirana enota 3							
Gospodinjska skup.	3						3
Skupaj	12	3	2	1	1	1	20

Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Medgeneracijski center Občine Ivančna Gorica, 2012.

Zaposlitvena struktura pomoči na domu. Organizacija pomoči na domu bi prav tako potekala iz centralne enote, kjer se ugotavljajo dejanske potrebe posameznika in se organizira sama dejavnost. Priprava hrane za oskrbo na domu bi se izvajala v CZBO. Število izvajalcev pomoči na domu bi se določilo glede na potrebe. Glede na trenutno razpoložljive podatke o številu upravičencev za pomoč na domu bi bilo za izvedbo potrebno zaposliti 3 delavce, ki bi skrbeli za koordinacijo, razvoz hrane in oskrbo na domu.

Za delovanje enote MGC bi bilo torej potrebno zagotoviti optimalno kadrovsko podprte službe, ki so predstavljene v tabeli 9. Centralna enota predstavlja glavno enoto ter poslovodsko in oskrbovalno pokriva tudi ostale enote.

V MGC Občine Ivančna Gorica bi bilo skupno potrebno zaposliti 68 ljudi, in sicer 52 ljudi za neposredno strokovno delo z uporabniki in stanovalci v centralni in dislociranih enotah, 3 ljudi za izvajanje pomoči na domu in 11 ljudi v ostalih podpornih službah (direktor, pomočnik direktorja, finančno računovodski in administrativni delavci, receptor, kuhinjski delavci, vzdrževalca oz. voznika, čistilka oz. šivilja).

Tabela 9: Predvideno potrebno število zaposlenih v MGC po stopnji izobrazbe

Delovno mesto	Št. zaposlenih po stopnji izobrazbe					
	II.	IV.	V.	VII./I	VIII.	Skupaj
Direktor					1	1
Dipl. delovni terapevt				3		3
Dipl. fizioterapevt				2		2
Dipl. medicinska sestra				3		3
Dipl. socialni delavec				1		1
Pomočnik direktorja				1		1
Zdravstveni tehnik, SMS			7			7
Finančno-račun. dejavnosti			3			3
Administrativni delavec			1			1
Gospodinja		21				21
Kuhar, kuh. pomočnik		2				2
Bolničar		13				13
Receptor		2				2
Vzdrževalec, voznik		2				2
Čistilka, perica, šivilja	2					2
Strežnica	4					4
Skupaj	6	40	11	10	1	68

Vir: Center za zdravljenje bolezni otrok, Medgeneracijski center Občine Ivančna Gorica, 2012.

Za delovanje Centra dr. Marko Gerbec bi bilo potrebno zagotoviti optimalno kadrovsko podprte službe. Določeni kadri bi svoje dosedanje delo v CZBO opravljali tudi v Centru dr.

Marko Gerbec, s čimer bi se doseglo optimalno število zaposlenih in nižje stroške plač. Možnosti menjav kadra po strukturi je sicer več, zato je taka oblika povezovanja in skupnega upravljanja zelo smiselna, ekonomična in praktična. Pomembno je zavedanje, da dobra organizacija dela omogoča racionalno razporejanje nalog in del, večji izkoristek delovnega časa, zadovoljstvo zaposlenih, vse to pa posredno vpliva na zadovoljstvo uporabnikov in uspešnost organizacije.

Glede na to, da bi bil Center dr. Marko Gerbec organiziran kot enovit zavod, bi bilo potrebno določiti dve osebi, ki bi izvajali koordinacijo dela na posameznem oddelku in hkrati imeli tudi visoko stopnjo pooblastil s strani direktorja zavoda. Smiselno bi bilo organizirati in razporejati delo na podlagi mesečnega urnika, ki bi za posameznega zaposlenega točno določal organizacijsko enoto in delovno mesto, na katerega bi bil razporejen. Urnik dela bi bilo potrebno pripravljati z ustrezno informacijsko tehnologijo, ki bi omogočala hitro prilagajanje urnika dela. Hkrati je zaposlenim potrebno zagotavljati izvajanje zakonsko določenih pravic, kot so npr. koriščenje letnega dopusta, bolniškega dopusta, starševskega varstva, odsotnosti za nego in podobno. Zaposlenim je potrebno omogočati neprestano izobraževanje in nadgrajevanje znanja, kar prav tako privede do primanjkljaja ur pri opravljanju dejanske delovne obveznosti.

Evidentiranje dejansko opravljenega dela na posamezni organizacijski enoti bi bilo zagotovljeno z elektronskim evidentiranjem delovnega časa. S tem se ne omogoča le obračuna plač, temveč tudi spremljanje obremenitev na delovnem mestu, priprava stroškovnih analiz za ustanovitelje, načrtovanje kadrovske politike, management človeških virov in podobno. Pri prelivanju kadrov je zelo pomembno, da se pred opravljanjem dela v drugi organizacijski enoti pripravi seznam zaposlenih, ki imajo primerne kompetence za delo na posameznem področju.

4.4 Kadrovska optimizacija in stroški dela

Obseg stroškov dela je v javnih zavodih že dalj časa pereča problematika. Tudi zato, da bi ustavila rast stroškov dela, je Vlada RS sprejela Zakon o uravnoteženju javnih financ, ki je javnim zavodom omejil zaposlovanje in otežil uporabo drugih oblik dela (delo po podjemni pogodbi, študentsko delo, sklepanje pogodb z lastnimi zaposlenimi ipd.). Mehko odpuščanje zaposlenih in nenadomeščanje tistih, ki grejo v pokoj, je v bolnišnici možno le do tiste mere, dokler se še lahko organizira nemoteno delo. Če vodstvo zagotavlja izvajanje vseh pravic zaposlenim, mora razpolagati s potrebnim številom delavcev. Z reorganizacijo dela, uvedbo izmenskega dela strokovnih služb, organiziranjem pripravljenosti na domu namesto dežurstva (v kolikor je to z vidika medicinske stroke možno) in podobnimi ukrepi je možno znižati in s tem optimizirati stroške dela.

Delovna skupina MDDSZ (Imperl, Žumbar, Ramovš, b.l., str. 1–7) je ugotovila, da je z združevanjem profilov, na primer profil »gospodinja/bolničarka«, možno rešiti problem dovolj velikega števila gospodinj. Kombinirani profil bi tako pomenil polovično zaposlitev

kot gospodinja po normativih za osnovno in socialno oskrbo ter polovično oskrbo kot bolničarka po zdravstvenih normativih. Na ta način se oblikujejo kompetentne zaposlene za delo na obeh področjih.

Stroški. Glede na obseg in spreminjanje obsega poslovanja ločimo fiksne in variabilne stroške (Slika 11). Fiksni stroški niso odvisni od obsega poslovanja in nastanejo tudi v primeru, če organizacija ne deluje. Vendar fiksni stroški niso absolutno fiksni, saj predpostavka o fiksnosti stroškov velja le znotraj določenega obsega poslovanja, ki je omejen z razpoložljivimi kapacitetami. Če poslovanje povečamo preko meje razpoložljivih kapacitet, se oblikujejo novi fiksni stroški – omejeno fiksni stroški. Variabilni stroški so odvisni od spreminjanja obsega poslovanja, naraščajo ali padajo glede na rast ali padec obsega poslovanja in jih odvisno od hitrosti spreminjanja delimo na progresivno naraščajoče, proporcionalno naraščajoče in regresivno naraščajoče variabilne stroške (Tekavčič, 1998).

Slika 11: Vrste stroškov



Vir: M. Tekavčič, Ekonomika podjetja 1, 1989.

Stroški dela. Slovenski računovodski standard 15 opredeljuje stroške dela kot:

- a. plače, ki pripadajo zaposlencem, v kosmatem znesku,
- b. nadomestila plač, ki skladno z zakonom, kolektivno pogodbo ali pogodbo o zaposlitvi pripadajo zaposlencem za obdobje, ko ne delajo, v kosmatem znesku, ki bremenijo podjetje,
- c. dajatve v naravi, darila in nagrade zaposlencem ter zanje plačani ali njim povrnjeni zneski, ki niso v neposredni zvezi s poslovanjem,
- č. odpravnine, ki pripadajo zaposlencem, ko nehajo delati v podjetju, ter
- d. dajatve, ki se dodatno obračunavajo od postavk od točke a) do č) in ki bremenijo izplačevalca.

Nadomestila plač, do vračila katerih podjetje ni upravičeno, so nadomestila za določeno število dni odsotnosti med boleznijo, letni dopust, državne praznike in izredni dopust ter druga nadomestila skladno s predpisi, kolektivno pogodbo ali pogodbo o zaposlitvi.

Povračila zaposlenim, ki niso v neposredni zvezi z opravljanjem dela in imajo naravo plač, so na primer zneski za prevoz na delo in z njega, zneski za topli obrok med delom in drugi. Medtem ko se potni stroški v zvezi s službenimi potovanji, stroški dela na terenu, šolnine in štipendije, ki so v neposredni zvezi s poslovanjem podjetja, obravnavajo kot stroški storitev (Slovenski računovodski standard 15, Ur. l. RS, št. 118/2005, 10/2006, 58/2006, 112/2006, 3/2007, 12/2008, 119/2008, 1/2010, 90/2010, 80/2011, 2/2012, 64/2012, 94/2014 in 2/2015). Fiksne stroške dela predstavljajo stroški bruto plač zaposlenih, medtem ko so dodatki na plače, jubilejne nagrade, stroški prevoza in prehrane variabilni stroški (Rebernik, 2008, str. 172-174).

V CZBO se za izvajanje 24-urne zdravstvene nege pri negovalnem kadru pojavljajo dodatki za izmensko delo, sobotno in nedeljsko delo, delo na praznik, pri zdravnikih in diplomiranih medicinskih sestrah pa se obračunava stalna pripravljenost na domu.

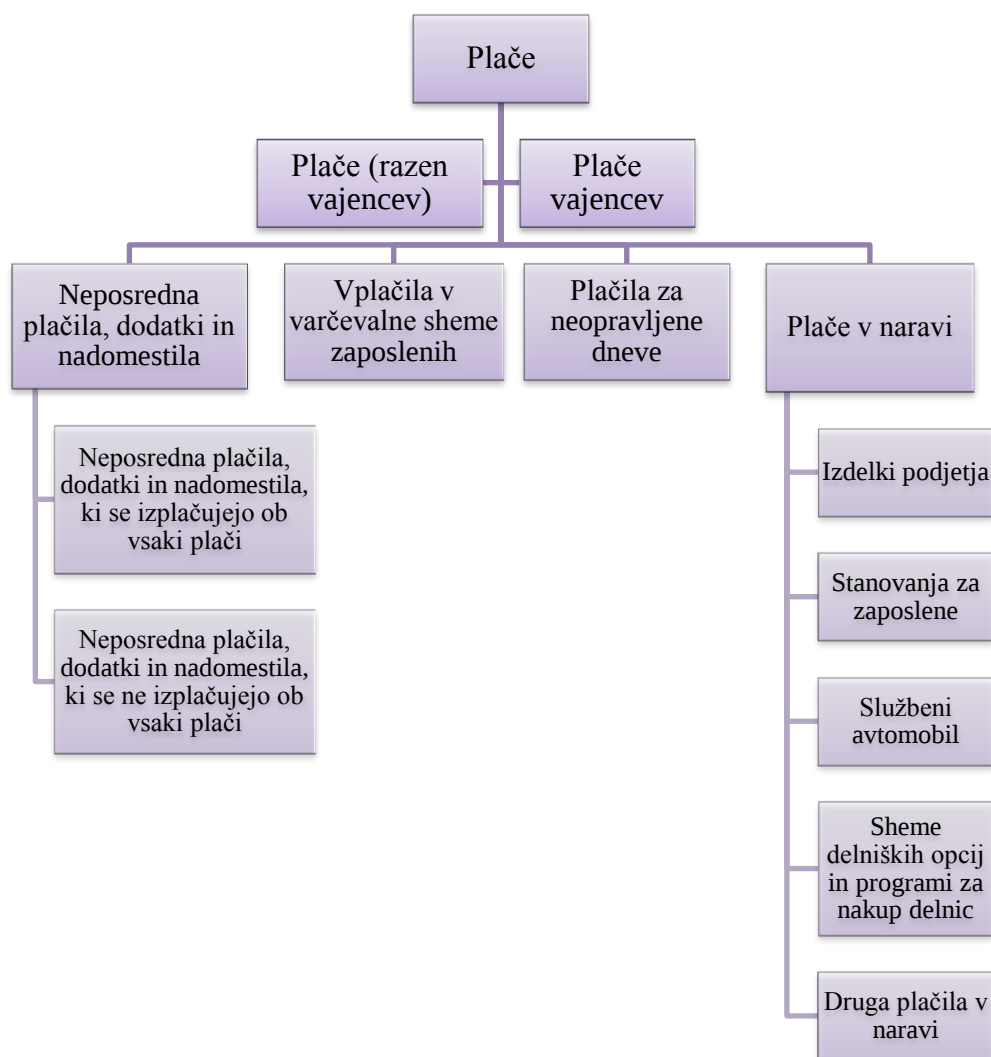
Za namene poročanja o strukturni statistiki plačil in stroškov dela je Evropska skupnost objavila Uredbo komisije Evropske skupnosti št. 1737/2005o spremembi Uredbe (ES) št. 1726/1999 glede opredelitve in posredovanja podatkov o stroških dela (Ur. l. EU, L 29/11) v kateri so opredeljeni stroški dela in njihove glavne sestavine in se delijo na:

1. sredstva za zaposlene (plače in socialni prispevki delodajalcev),
2. poklicno izobraževanje in usposabljanje (razen plač za vajence),
3. druge izdatke, ki jih plača delodajalec,
4. davke, ki jih plača delodajalec,
5. subvencije, ki jih prejme delodajalec.

Uredba Evropske skupnosti v nadaljevanju opredeljuje podrobnejšo razčlenitev plač, kot je razvidno iz slike 12. Glede na to, kateremu stroškovnemu mestu ali nosilcu pripišemo posamezne stroške, ločimo na neposredne - direktne stroške in posredne - splošne ali indirektne stroške. Neposredni stroški dela torej zajemajo stroške bruto plač, delovne uspešnosti, nadomestil plač, regresa, jubilejnih nagrad, odpravnin, solidarnostnih pomoči, prispevke plač delodajalca in druge stroške dela (stroški prevoza na delo in z njega, stroški prehrane med delom).

V širšem pomenu zajemajo tudi stroške pridobivanja kadrov, mentorstva pri uvajanju kadrov, stroške izobraževanj in usposabljanj. Posredne stroške dela predstavljajo stroški delovne obleke in obutve, pripomočkov za delo, delovnega prostora in opreme za delo in podobno.

Slika 12: Razčlenitev plač po Uredbi komisije Evropske skupnosti



Vir: Uredba komisije Evropske skupnosti št. 1737/2005 o spremembi Uredbe (ES) št. 1726/1999 glede opredelitve in posredovanja podatkov o stroških dela, Uradni list EU, L 279/11.

Plača. Zaposleni v javnem zdravstvenem zavodu so javni uslužbenci in funkcionarji (direktorji in pomočniki direktorjev) in veljavna zakonodaja določa višino plač, nadomestil in drugih prejemkov iz delovnega razmerja:

1. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju - ZSPJS (Ur. l. RS, št. 108/2009 – UPB, 13/2010, 59/2010, 85/2010, 107/2010, 35/2011 – ORZSPJS49a, 27/2012 – odl. US, 40/2012 – ZUJF, 46/2013, 25/2014 – ZFU, 50/2014 in 95/2014 – ZUPPJS15),
2. Zakon za uravnoteženje javnih financ – ZUJF (Ur. l. RS, št. 40/2012, 96/2012 – ZPIZ-2, 104/2012 – ZIPRS1314, 105/2012, 25/2013 – odl. US, 46/2013 – ZIPRS1314-A, 56/2013 – ZŠtip-1, 63/2013 – ZOsn-I, 63/2013 – ZJAKRS-A, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 101/2013 – ZIPRS1415, 101/2013 – ZDavNepr, 107/2013 – odl. US, 85/2014, 95/2014 in 24/2015 – odl. US),

3. Dogovor o ukrepih za zmanjšanje obsega sredstev za plače in druge stroške dela v javnem sektorju za leto 2015 (Ur. l. RS, št. 95/2014),
4. Zakonu o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela v javnem sektorju za leto 2015 - ZUPPJS15 (Ur. l. RS, št. 95/2014).

Plača je sestavljena iz osnovne plače, dela plače za delovno uspešnost in dodatkov. Osnovna plača je določena s plačnim razredom, v katerega je uvrščeno delovno mesto oziroma naziv, na katerega je javni uslužbenec razporejen oziroma, ki ga je pridobil z napredovanjem. V aktih o sistemizaciji delovnih mest in nazivov se pri uporabnikih proračuna pri določanju in obračunu plač uporabljajo plačni razredi skladno z ZSPJS (2010).

Delovna uspešnost. Javni uslužbenci so lahko upravičeni do delovne uspešnosti, če z zakonom ni drugače določeno. ZSPJS določa tri vrste delovne uspešnosti: redna delovna uspešnost, delovna uspešnost iz naslova povečanega obsega dela in delovna uspešnost iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu. Redna delovna uspešnost se v zadnjih letih ne izplačuje zaradi omejitev po ZUJF in ZUPPJS15, izplačila delovne uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela in iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu pa so dovoljena.

Dodatki k plači, ki zaradi posebnih pogojev dela javnim uslužbencem na podlagi ZSPJS pripadajo, so naslednji:

1. položajni dodatek,
2. dodatek za delovno dobo,
3. dodatek za mentorstvo,
4. dodatek za specializacijo, magisterij ali doktorat, če to ni pogoj za zasedbo delovnega mesta,
5. dodatek za dvojezičnost,
6. dodatki za manj ugodne delovne pogoje, ki niso upoštevani v vrednotenju delovnega mesta, naziva,
7. dodatki za nevarnost in posebne obremenitve, ki niso upoštevane v vrednotenju delovnega mesta, naziva in
8. dodatki za delo v manj ugodnem delovnem času.

Za posamezno vrsto dodatka je v zakonu natančno opredeljena višina dodatka in kdaj je javni uslužbenec do dodatka upravičen.

Regres. Višina regresa je od 1. januarja 2013, ko je začel veljati ZUJF, postala odvisna od plačnega razreda, v katerega je javni uslužbenec ali funkcionar uvrščen in je po določbah 8. člena ZUPPJS15 določena glede na plačni razred, v katerega je na zadnji dan meseca aprila 2015 zaposleni uvrščen, in sicer:

1. do vključno 15. plačnega razreda se izplača regres v znesku 692,00 evrov;

2. od 16. do vključno 30. plačnega razreda se izplača regres v znesku 484,40 evra;
3. od 31. do vključno 40. plačnega razreda se izplača regres v znesku 346,00 evrov;
4. od 41. do vključno 50. plačnega razreda se izplača regres v znesku 100,00 evrov;
5. od 51. plačnega razreda navzgor se regres ne izplača.

Ostali stroški, kot so: jubilejne nagrade, odpravnine, solidarnostne pomoči, stroški prevoza na delo in z njega ter stroški prehrane med delom, so določeni s tremi kolektivnimi pogodbami, in sicer:

1. Kolektivno pogodbo za zaposlene v zdravstveni negi,
2. Kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike v RS in
3. Kolektivno pogodbo za javni sektor.

Stroški izobraževanj in usposabljanj zaposlenih predstavljajo določen delež stroškov, vendar je izobraževanje potrebno za varno in kakovostno delo z uporabniki storitev. Pri tem je potrebno upoštevati tudi stroške dodatka za mentorstvo, stroške uvajanja v delo, nadzora nad opravljanjem dela in podobno. Stroški izobraževanj in usposabljanj so posredni stroški dela. Določeni poklici se lahko opravljajo le na podlagi podeljene licence, ki velja le določeno obdobje, po tem pa je potrebno licenco podaljšati na podlagi pridobljenih licenčnih točk strokovnih izobraževanj.

Licenca je dovoljenje za samostojno delo. To področje ureja Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege (Ur.l. RS, št. 82/2014), ki določa, da lahko izvajalec v dejavnostih zdravstvene ali babiške nege samostojno opravlja dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, če je vpisan v register, oziroma če je vpisan v register in ima veljavno licenco. V register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege morajo biti vpisani: tehnik zdravstvene nege oz. tehnica zdravstvene nege, medicinska sestra babica, bolničar negovalec oziroma bolničarka negovalka. Izvajalec, ki mora biti vpisan v register v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege in imeti veljavno licenco, pa je: višja medicinska sestra oziroma višji medicinski tehnik ali višji zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik, diplomirana babica oziroma diplomirani babičar. Tudi za zdravnike je v Pravilniku o zdravniških licencah (Ur. l. RS, št. 48/2015) določeno, da lahko samostojno opravljajo zdravniško službo le na podlagi pridobljene licence, ki jo dodeli Zdravniška zbornica Slovenije.

Kadrovska optimizacija in nižji stroški dela so zato zagotovo pričakovani pri združitvi dejavnosti dveh javnih zavodov, ki izvajata podobno dejavnost in imata podobno kadrovsko strukturo. V primeru, da se združita dejavnosti obeh javnih zavodov v enovit zavod Center dr. Marko Gerbec, se 11 delovnih mest podvoji. Po primerjavi kadrovske strukture CZBO in MGC sem ugotovila, da bi se delo na določenih delovnih mestih lahko organiziralo tako, da bi trenutno zaposleni delavci v CZBO ob minimalnem povečanju obsega dela lahko izvajali tudi dela za enoto MGC. To ne pomeni, da človeški viri v CZBO niso ustrezno organizirani in izkoriščeni, vendar se s kombiniranjem določenih delovnih

mest, s prelivanjem kadra in pokrivanjem nenačrtovanih odsotnosti doseže bolj optimalna izkoriščenost.

Delovna mesta, ki bi se po mojem mnenju podvojila, so: direktor, pomočnik direktorja, administrativni delavec, trije zaposleni v finančno-računovodski dejavnosti, receptor, kuhar ali kuhinjski pomočnik, dva vzdrževalca, voznika in čistilka, perica oziroma šivilja. Pri tem se je potrebno zavedati, da bi bilo v začetku skupnega delovanja potrebno vložiti več energije v delo, dokler se to ne bi vpeljalo v ustaljene tirnice.

Podpora v smislu ustreznih programskih rešitev in dejstvo, da je v CZBO že vpeljan sistem kakovosti in ISO standard, zagotavljata najboljšo možno startno osnovo za delovanje skupnega Centra dr. Marko Gerbec. V tabeli 10 sem prikazala število zaposlenih po delovnem mestu in izobrazbi, ki bi se podvajali, če bi bil MGC samostojen javni zavod.

Tabela 10: Število dodatno zaposlenih po izobrazbi, če je MGC samostojen zavod

Delovno mesto	Št. zaposlenih po izobrazbi					
	II.	IV.	V.	VII./1	VIII.	Skupaj
Direktor					1	1
Pomočnik direktorja				1		1
Administrativni delavec			1			1
Finančno-računovodske dejavnosti			3			3
Receptor		1				1
Kuhar, kuh. pomočnik		1				1
Vzdrževalec, voznik		2				2
Čistilka, perica, šivilja	1					1
Skupaj	1	4	4	1	1	11

Stroški plač. Predviden mesečni strošek dodatno zaposlenih iz osnovnih plač je 11.877,88 evrov, največji delež predstavlja strošek osnovne plače direktorja (funkcionarja), sledijo trije zaposleni v finančno-računovodski dejavnosti in nato dva zaposlena vzdrževalca, voznika.

Analitičen prikaz vrednosti stroškov osnovnih plač po posameznih plačnih razredih je razviden iz tabele 11. Pri izračunu sem za izhodišče vzela izhodiščni plačni razred za posamezno delovno mesto, kot je določeno s Plačno lestvico za določitev osnovnih plač javnih uslužbencev in funkcionarjev (ZSPJS, 2014).

Tabela 11: Vrednosti osnovnih plač dodatno zaposlenih v MGC po plačnih razredih

Delovno mesto	Potrebno št. dodatno zaposlenih	Plačni razred	Osnovna plača v EUR*	Vrednost osnovnih plač v EUR
Direktor	1	55	3.537,25	3.537,25
Pomočnik direktorja	1	30	1.360,49	1.360,49
Administrativni delavec	1	18	853,53	853,53
Finančno računovodske dejavnosti	3	18	853,53	2.560,59
Receptor	1	12	674,56	674,56
Kuhar, kuh. pomočnik	1	15	758,78	758,78
Vzdrževalec, voznik	2	13	701,54	1.403,08
Čistilka, perica, šivilja	1	14	729,60	729,60
Skupaj	11			11.877,88

Opomba: * vrednost osnovnih plač je določena s Plačno lestvico za določitev osnovnih plač javnih uslužbencev in funkcionarjev (Ur. list RS, št. 95/2014 z dne 29.12.2014)

V nadaljevanju sem predpostavila, kakšni bi bili mesečni dodatki na plače, stroški prehrane in prevoza na in z dela ter višina regresa za letni dopust. V tej oceni sem upoštevala le neposredne stroške plač. Stroški plač za 11 dodatno zaposlenih bi bili na letni osnovi večji, in sicer po posameznih kategorijah (Tabela 12):

1. iz naslova osnovnih plač 142.534,56 evrov,
2. iz naslova dodatkov na plače 2.913,47 evrov,
3. iz naslova prispevkov delodajalca 23.417,13 evrov,
4. iz naslova regresa 5.882,00 evrov,
5. iz naslova povračil stroškov zaposlenim 19.140,42 evrov.

Letni strošek plač za 11 dodatno zaposlenih brez stroškov izobraževanj, uvajanja v delo in drugih posrednih stroškov ocenjujem na 193.887,59 evrov.

Stroški izobraževanja in uvajanja v delo. V kolektivnih pogodbah je natančno določeno, koliko dni se je potrebno izobraževati glede na tarifno skupino zaposlenega. Za direktorja in pomočnika direktorja je zahtevanih najmanj 10 dni izobraževanj letno, za administrativne delavce in delavce v finančno-računovodski dejavnosti 4 dni na leto ter za receptorja, kuharja, vzdrževalca in čistilko 1 dan na leto.

Tabela 12: Neposredni stroški plač dodatno zaposlenih v MGC na letni ravni v EUR

Delovno mesto	Osnovne plače	Dodatek za izmensko delo 7%	Dodatek na nedeljsko delo	Dodatek na delo na praznik *	Regres za letni dopust	Prevoz na delo **	Prehrana na delu ***	Mesečni stroški plač brez regresa
Direktor	3.537,25					73,60	71,40	3.682,25
Pomočnik direktorja	1.360,49				484,40	73,60	71,40	1.505,49
Administr. delavec	853,53				484,40	73,60	71,40	998,53
Finančno-rač. dejavnosti	2.560,59				1.453,20	220,81	214,20	2.995,60
Receptor	674,56	23,61	23,00	27,60	692,00	73,60	71,40	893,76
Kuhar, kuh. pomočnik	758,78	26,56	25,87	31,04	692,00	73,60	71,40	987,25
Vzdrževalec, voznik	1.403,08	49,11			1.384,00	147,21	142,80	1.742,19
Čistilka, perica, šivilja	729,6	25,54	24,87	29,85	692,00	73,60	71,40	954,86
Skupaj mesečni stroški	11.877,88	124,81	73,74	88,48	5.882,00	809,64	785,40	13.759,95
Skupaj letni stroški	142.534,56	1.497,73	884,84	530,90	5.882,00	9.715,62	9.424,80	170.470,45

Opombe:

* upoštevanih je 6 praznikov v letu 2015

** pri prevozu na delo je predpostavljeno povprečno število 17 km v eno smer, kilometrina je obračunana v višini 8% cene neosvinčenega motornega bencina 95 oktanskega, veljavna od 7. 7. 2015 do 20. 7. 2015 je 1,353 EUR, 8% = 0,10824 evra/km

*** za prevoz na delo in prehrano je upoštevanih 20 delovnih dni na mesec

Drugi posredni stroški dela. Zaposlovanje novih delavcev je kompleksen in, po mnenju Svetlika (2009, str. 287), intenziven dvosmerni proces usklajevanja med kandidati in organizacijo. Še posebej, če gre za pridobivanje novih delavcev iz zunanjih virov. Poznamo več metod pridobivanja: neformalno pridobivanje, neposredno javljanje kandidatov, preko stika s šolami, univerzitetnih kariernih centrov, javnih služb za zaposlovanje, zasebnih agencij za zaposlovanje, oglasov v medijev in preko spleta (medmrežja). Izbira ustreznih delavcev je naslednji proces, ki zahteva čas za predstavitev organizacije in kandidatov, saj gre tudi v tem primeru za dvosmerni proces (izbira je tako na strani organizacije kot kandidata). Še posebno pozornost zahtevajo ključna, zahtevnejša ali posebna delovna mesta, za katera po navadi ni veliko dobrih kandidatov. Za izbiro delavcev se uporabljajo naslednje metode: pisna prijava z dokazili, priporočila in poročila, zaposlitveni testi, intervjuji. Ko se sprejme končna odločitev o izbiri delavca, se obvesti izbranega delavca o izbiri ter neizbrane kandidate o neizbiri. Z izbranim delavcem se

podpiše pogodba o zaposlitvi, nato pa se začne postopek uvajanja v delo. Nove delavce je potrebno poslati na zdravniški pregled, za določena delovna mesta je potrebno kupiti delovno obleko in obutev (Svetlik, 2009, str. 287-332). Vsi opisani postopki in aktivnosti pomenijo nastanek stroškov zaposlovanja, ki pa jih v tem delu nisem posebej ocenjevala.

4.5 Primerjalna analiza stroškov dela

Če povzamem prejšnje poglavje, ugotavljam (Tabela 13):

1. da ostaja število zaposlenih v CZBO po združitvi enako kot pred združitvijo, to je 52 zaposlenih;
2. da je potrebno za samostojen MGC s tremi dislociranimi enotami zaposliti 68 ljudi;
3. da je potrebno za združen in enovit javni zavod Center dr. Marko Gerbec zaposliti 57 ljudi;
4. da znašajo stroški plač enajstih dodatno zaposlenih v MGC na letnem nivoju 193.887,59 evrov, brez stroškov izobraževanj, usposabljanj in ostalih posrednih stroškov.

Upoštevati je potrebno, da bi bilo kandidate za novo zaposlene potrebno poiskati in izbrati, uvesti v delo, nekatere tudi primerno dodatno izobraziti, zato se pojavljajo stroški izbire, izobraževanja, uvajanja v delo, mentorskega dela in podobno. Pri tem se je potrebno zavedati, da bi delo teklo in da bi bila izkoriščenost človeških virov optimalna takrat, ko bo organizacija dela in koordinacija med posameznimi enotami na visokem nivoju.

Tabela 13: Število zaposlenih po posameznih zavodih

	CZBO Šentvid pri Stični	MGC občine Ivančna Gorica	Skupaj	Center dr. Marko Gerbec	Razlika
Število zaposlenih	52	68	120	109	11

Združitev dveh zavodov bi določenim zaposlenim prinesla spremembe, nekaterim več dela, pri prilagajanju in uvajanju na delo bi bilo potrebno veliko strpnosti, sodelovanja in pripravljenosti na spremembe, čeprav se ljudje tega po navadi bojijo. Glede na to, da so zaposleni v CZBO že sedaj bolj obremenjeni zaradi omejitev zaposlovanja, bi bilo potrebno k spremembam pristopiti odprto in z vso možno podporo in pomočjo. Večje obremenitve bi se v začetku pričakovale od vrhnjega managementa in koordinatorjev dela, vendar bi se na daljši rok to zmanjšalo s prenosom pooblastil na srednji management in ustaljenim načinom dela.

Pozitivne učinke organizacijske optimizacije je pričakovati že v začetni fazi izgradnje MGC, kakor tudi v nadaljevanju, saj se predvideva, da je kapaciteta kuhinje CZBO dovolj velika za pokrivanje potreb enote MGC. Prav tako ne bi bilo potrebno graditi nove

kotlovnice za ogrevanje, ker ima obstoječa kotlovnica CZBO dovolj kapacitet za obe enoti. Vse to bi posledično prineslo manjše stroške rednega vzdrževanja obeh podpornih oddelkov. Večjo kakovost bivanja v enoti MGC predstavlja souporaba terapijskega bazena in zunanjega vrta CZBO, kjer bi se krepilo medgeneracijsko sodelovanje na neformalen način.

4.6 Glavni izzivi pri združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v javnem zavodu

Postati primer dobre prakse medgeneracijskega sodelovanja in biti prvi javni zavod v Sloveniji, ki bi združil dve dejavnosti pod isto streho in vodstvom, prinaša veliko odgovornost vsem udeleženi, hkrati pa visoka pričakovanja bodočih uporabnikov in stanovalcev. Ne nazadnje prinašajo drzni projekti visoko stopnjo odgovornosti managementa javnega zavoda do svojega ustanovitelja in financerjev. Glavne izzive pri združitvi dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva v javnem zavodu po mojem mnenju predstavljajo:

1. financiranje investicije in iskanje partnerjev za investicijo,
2. vzpostavitev povezave in dobrega sodelovanja dveh resorjev – zdravstva in sociale,
3. sprejem dogovora o financiranju skupne dejavnosti,
4. organizacija in usklajevanje dela zaposlenih tako, da bi delo potekalo nemoteno na obeh področjih delovanja.

Po mnenju Ramovša je potrebno za delovanje krajevnega MGC zagotoviti ustrezne finančne in človeške vire, ki morajo biti na voljo in usklajeno delovati med seboj, in sicer (Ramovš, 2008, str. 34):

1. storitve, ki se financirajo same z neposrednim plačilom;
2. javne finance občine ter morebitni državni in evropski viri;
3. humanitarno-prostovoljski vir v obliki dela in donacij.

Glede sodelovanja zdravstvenega in socialnega resorja se nakazujejo pozitivne spremembe. Vedno več se omenja združitev resorjev v eno ministrstvo. Moje mnenje je, da ne glede na to, ali se bo združitev izvedla ali ne, je z dogovorom mogoče zagotoviti ustrezno sodelovanje obeh ministrstev. Cilj delovanja javnega zavoda je namreč zadovoljevanje potreb prebivalstva v javnem interesu, ne pa ustvarjanje dobička. Še posebej pomembno je zagotoviti ustrezno koordinacijo in komunikacijo med ključnimi zaposlenimi na obeh enotah, kakor tudi na dislociranih enotah. Zato je koordinator poleg direktorja ključna oseba za uspešno delovanje javnega zavoda.

Direktor zavoda je oseba, ki mora poznati medicinsko stroko kakor tudi ekonomiko. Toth (2003, str. 323-324) je tak profil zaposlenega poimenoval zdravstveni ekonomist ali ekonomist v zdravstvu. To je nekdo, ki se ukvarja z vprašanji zdravstvene ekonomike in

uporablja specifične metode dela, po izobrazbi pa je lahko: ekonomist, pravnik, zdravnik, sociolog ali kakšen drug profil. Vse oblike sedanjega sistema oskrbe v Sloveniji kažejo na eno skupno pomanjkljivost – za preobrazbo je potrebno veliko novega znanja in spretnosti, dodatnega usposabljanja, oblikovanja novih metod dela, predvsem pa je potrebno celostno rešiti problem dolgotrajne oskrbe (Flaker et al., 2011, str. 282).

V Centru za zdravljenje bolezni otrok se je skozi vsa leta aktivnega spremljanja otrok in njihovih zdravstvenih težav pridobilo veliko izkušenj in znanj. Zaposleni imajo posebna znanja, ki zagotavljajo kakovost in strokovnost zdravstvene nege in oskrbe, prijaznost ter pozornost do malih bolnikov, ustrezno komunikacijo tako do zaposlenih kot do staršev oz. skrbnikov otrok.

Menim, da bi s povezavo dejavnosti zdravstva in sociale uspešno dokazali, da smo na pravi poti medgeneracijskega povezovanja. Bolnim otrokom in mladostnikom je lahko družba starejših v veselje in popestritev, kakor tudi obratno. V kolikor so v sistem vključeni tudi prostovoljci in domači, se negativni efekt pasivnosti institucionalizacije zmanjša na najnižjo možno raven. Dejstvo, da take oblike povezovanja še ni zaslediti, ne v Sloveniji, niti v Evropi, nas ne ovira. S pravo vizijo in plemenitimi cilji bomo postali primer dobre prakse in postavili temelje za nove oblike institucionalnega varstva.

SKLEP

Nadaljnji razvoj CZBO vodi v nov javni zavod Center dr. Marko Gerbec, v katerem bi bile združene dejavnosti zdravstvenega in socialnega varstva. Na podlagi predvidenih kadrovskih potreb za izvajanje storitev krajevnega Medgeneracijskega centra občine Ivančna Gorica ugotavljam, da je organiziranje enovitega centra kot javnega zavoda zelo smiselno in tudi bolj učinkovito. Obe hipotezi, ki predpostavljata kadrovske optimizacije, sta se izkazali za pravilni.

Dosegla bi se večja izkoriščenost človeških virov na osnovi optimalnega razporejanja in organiziranja človeških virov in opreme. Kljub temu, da bi bilo za delovanje Centra dr. Marko Gerbec potrebno na novo zaposliti 68 ljudi, je zaradi učinkovitega organiziranja dela in prelivanja kadrov med obema organizacijskima enotama potreba po zaposlitvah manjša za 11 ljudi. Predvsem podporne službe, kot so uprava, finančno-računovodska služba, kuhinja in vzdrževalno-nabavna služba bi lahko s primerno organizacijo in minimalnimi dodatnimi zaposlitvami prispevale k najbolj optimalnemu številu zaposlenih.

Učinkovitost na področju človeških virov bi bila možna tudi zaradi manjše rezerve zaposlenih, ki jo je potrebno imeti za zagotavljanje izvajanja zakonsko določenih pravic zaposlenih. Dosegla bi se večja produktivnost managerskega procesa z enovito upravno službo, z ustrezno koordinacijo in delitvijo dela pa bi se dosegla tudi organizacijska optimizacija.

Ne morem mimo dejstva, da je osnovni predpogoj za nadaljnji razvoj CZBO v Center dr. Marko Gerbec pripravljenost vseh deležnikov: Ministrstva za zdravje, Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Občine Ivančna Gorica na to, da se zavzamejo in s povezovanjem ter združevanjem utrejo pot novi obliki medgeneracijskega sodelovanja. Cilj mora biti vsem enak, in sicer kakovostno izvajati javno službo tako, da bodo uporabniki z dejavnostmi javnega zavoda zadovoljni (bolniki, uporabniki in svojci), da bo zadovoljevala njihove potrebe na varen način in bo javni zavod finančno vzdržen.

Zgledovati se je potrebno po dobrih praksah v razviti Evropi in se ne omejevati na trenutne zakonske ovire. Zakon o dolgotrajni oskrbi bo verjetno kmalu sprejet, pripravljen je tudi predlog Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025: Skupaj za družbo zdravja, ki prikazuje sedanje stanje v zdravstvu ter opredeljuje cilje in zaveze MZ in MDDSZ, vendar zakonodaja sama po sebi še ne bo prinesla že izdelanega, uveljavljenega modela. Tukaj vidim izziv in priložnost v izgradnji in delovanju Centra dr. Marko Gerbec.

S povezavo v enovit javni zavod bi bila dosežena ne le kadrovska optimizacija, temveč z ustrežno organizacijo in koordinacijo tudi organizacijska optimizacija, kar potrjuje tudi pravilnost tretje hipoteze. Z ustrežno organizacijo dela splošnih in strokovnih služb bi bila izkoriščenost uporabe kapacitet višja (organizacijska optimizacija), ustvarili bi se tudi prihranki iz naslova souporabe določenih skupnih prostorov (kuhinja z jedilnico, kotlovnica za ogrevanje), ki jih v tem magistrskem delu ne obravnavam.

Ustanovitev Centra dr. Marko Gerbec v taki obliki je, ne glede na vse stroškovno-učinkovite utemeljitve, potrebna v dobro vseh ranljivih skupin prebivalstva za zagotavljanje drugačne oblike institucionalnega varstva. S spodbujanjem aktivnega sodelovanja podobnih ustanov, društev in posameznikov se kakovost življenja bolnih otrok in starejših dviga na višji nivo.

LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, T. (2008). Mreža javne zdravstvene službe v Sloveniji – njeni izzivi, pasti in priložnosti. *Zdravstvena ekonomika – revija za ekonomske raziskave v zdravstvu*, 2(1), 135-143.
2. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2009a). *Akt o ustanovitvi Centra za zdravljenje bolezni otrok* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
3. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2009b). *Statut Centra za zdravljenje bolezni otrok* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
4. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2012). *Medgeneracijski center Občine Ivančna Gorica* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
5. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2013). *Poslovnik o delu sveta Centra za zdravljenje bolezni otrok* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
6. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2014a). *Pogodba o izvajanju zdravstvenih storitev za leto 2014* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
7. Center za zdravljenje bolezni otrok. (2014b). *Sistemizacija delovnih mest Centra za zdravljenje bolezni otrok* (interno gradivo). Šentvid pri Stični: CZBO.
8. Center za zdravljenje bolezni otrok (2015a). Letno poročilo Centra za zdravljenje bolezni otrok za leto 2014. Šentvid pri Stični: CZBO.
9. Center za zdravljenje bolezni otrok (2015b). O Centru. Najdeno 4. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://www.czbo.si/index.html>
10. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
11. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
12. Česen, M. (2010). *Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu*. Ljubljana: Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
13. Det Norske Veritas. (2012). *Mednarodna akreditacija DNV za bolnišnice*. Najdeno 4. januarja 2015 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/standardi/smernice_NIAHO_240512.pdf
14. Dom starejših občanov Krško (2014). *Poslovno poročilo za leto 2013* (interno gradivo). Krško: DSO Krško.
15. Dom starejših občanov Krško. Najdeno 11. junija 2015 na spletnem naslovu <http://www.dsokrsko.si/o-nas/dobrodosli-na-strani-doma-starejsih-obcanov-krsko/>
16. Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah. Najdeno 11. junija 2015 na spletnem naslovu <http://www.dusmarje.si/default.aspx>
17. Dogovor o ukrepih za zmanjšanje obsega sredstev za plače in druge stroške dela v javnem sektorju za leto 2015. *Uradni list RS* št. 95/2014.
18. Dunn, R. T. (2006). *Haimann's healthcare management* (8th ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.
19. Eržen, I. (2008). Ocena potreb po zdravstveni oskrbi – ključni pristop za zagotavljanje pravičnega dostopa do zdravstvene oskrbe. *Zdravstvena ekonomika – revija za ekonomske raziskave v zdravstvu*, 2(1), 129-133.

19. Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A., & Udovič, N. (2011). *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
20. Fried, B. J., & Fottler, M. D. (2011). Present trends that affect the future of human resources management and the healthcare workforce. *Humanresources in healthcare – Managing for success* (3rd ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.
21. Gorup, L. (2006). Management v zdravstvu Republike Slovenije (diplomsko delo). Najdeno 23. julija 2015 na spletnem naslovu <https://dk.um.si/Dokument.php?id=5493>
22. Gurría, A. (2015, 4. maj). OECD Economic Survey of Slovenia. Najdeno 24. maja 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/slovenia/launch-of-the-oecd-economic-survey-slovenia-2015.html>
23. Hlebec, V., Nagode, M., & Filipovič Hrast, M. (2014). *Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
24. Hočevār, F. (2008). Kako do večje učinkovitosti zdravstvenega zavoda. *Zdravstvena ekonomika – revija za ekonomske raziskave v zdravstvu*, 2(1), 123-125. Najdeno 15. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://uploadi.www.ris.org/editor/1227282357Zdravstvenaekonomika.pdf>
25. Imperl, F. (2012). *Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & CO. in Seniorprojekt.
26. Imperl, F. (2013). Javni domovi na razpotju. *Kakovostna starost*, 16(3), 3-18.
27. Imperl, F., Žumbar, A., & Ramovš, J. (b.l.). Pojasnilo k drugi alineji 15. točke javnega razpisa – uporabe sodobnih konceptov in metod pri delu s starejšimi ljudmi (domovi četrte generacije). Najdeno 14. novembra 2014 na spletnem naslovu [http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_ _pdf/jr_koncesije_dso_07_pojasnilo.pdf](http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti/_pdf/jr_koncesije_dso_07_pojasnilo.pdf)
28. Kaše, R. (2009). Načrtovanje in zagotavljanje optimalnega obsega človeških virov. V I. Svetlik, & N. Zupan (ur.), *Menedžment človeških virov* (str. 237-278). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
29. Klepej Turnšek, V. (2014). Krajevna medgeneracijska središča – dvig kulture kraja; Primer občine Ivančna Gorica. V J. Ramovš (ur.), *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami* (str. 29-42). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
30. Klepej Turnšek, V. (2015). *Idejna zasnova Medgeneracijskega centra občine Ivančna Gorica* (interno gradivo). Celje: Arhitekturni atelje.
31. Kolektivna pogodba za javni sektor. *Uradni list RS* št. 57/2008, 23/2009, 91/2009, 89/2010, 40/2012, 46/2013 in 95/2014.
32. Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi. *Uradni list RS* št. 60/1998, 73/1998, 63/1999, 73/2000, 60/2008, 107/2011, 40/2012 in 46/2013.

33. Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji. *Uradni list RS* št. 14/1994, 15/1994, 22/1996, 97/2000, 60/2008, 5/2015, 40/2012 in 46/2013.
34. Lipar, T. (2012). Demenca. *Kakovostna starost*, 15(4), 68.
35. Lipar, T. (2013). Stigmatizacija demence. *Kakovostna starost*, 16(1), 33.
36. Mali, J. (2009). Spremembe v institucionalnem varstvu starejših. V V. Hlebec, (ur.), *Starejši ljudje v družbi sprememb* (str. 101-106). Maribor, Založba Aristej.
37. Mali, J., Mešl, N., & Rihter, L. (2011). *Socialno delo z osebami z demenco*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
38. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2010, 12. marec). Predlog Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo- uvod s členi. Najdeno 22. maja 2015 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/ZDO_OZDO_uvod__cleni_in_obrazlozitev_-_12.03.2010.pdf
39. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2013, 23. september). Izhodišča za pripravo Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo –novo gradivo št. 1. Najdeno 8. maja 2015 na spletnem naslovu http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti_pdf/word/sociala/dolgotrajna_oskrba_izhodišca_www_260913.doc
40. Ministrstvo za zdravje. (2009). Osnovne pravne ureditve s področja zdravstvenega varstva in javnega zdravja. Najdeno 1. julija 2015 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/strokovni_izpiti/Prirocnik_za_zakonodajo_maj_2009.pdf
41. Ministrstvo za zdravje. (2015). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025: Skupaj za družbo zdravja – predlog za javno razpravo. Najdeno 2. julija 2015 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2015/ResNPZV.pdf
42. Možina, S., & Zupan, N. (2009). Strateški management človeških virov. V I. Svetlik, & Zupan, N. (ur.), *Menedžment človeških virov* (str. 101-140). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
43. Pintar, L. (1997). Dr. Marko Gerbec, naš znameniti rojak. V P. Kornhauser (ur.), *Almanah ob 40. letnici zavoda v Šentvidu* (str. 83). Šentvid pri Stični: Center za zdravljenje bolezni otrok.
44. Pravilnik o metodologiji za oblikovanje cen socialno varstvenih storitev. *Uradni list RS* št. 87/2006, 127/2006, 8/2007, 51/2008, 5/2009 in 6/2012.
45. Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege. *Uradni list RS* št. 82/2014.
46. Pravilnik o zdravniških licencah. *Uradni list RS* št. 48/2015.
47. Quinton, R. (2011). Organizational development and training. V B. J. Fried, & M. D. Fottler (ur.), *Humanresources in healthcare – Managing for success* (3rd ed.) (str. 237-256). Chicago, IL: Health Administration Press.

48. Ramovš, J. (2008). Dom za stare ljudi. *Kakovostna starost*, 11(1), 26-45.
49. Ramovš, J. (2013). Dom četrte generacije. *Kakovostna starost*, 16(3), 70-72.
50. Ramovš, J. (2014). Staranje in sožitje med generacijami v Občini Ivančna Gorica. *Kakovostna starost*, 17(3), 3-27.
51. Rebernik, M. (2008). *Ekonomika podjetja*. Ljubljana: GV Založba.
52. Rozman, R., & Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV Založba.
53. *Sistem vodenja kakovosti ISO 9001*. Najdeno 4. januarja 2015 na spletnem naslovu http://www.bureauveritas.si/wps/wcm/connect/bv_si/local/home/about-us/our-business/certification/systems-management/quality
54. *Slovenski festival znanosti*. Najdeno 9. junija 2015 na spletnem naslovu <http://www.szf.si/14-slovenski-festival-znanosti-136.html>
55. Slovenski računovodski standard 15. *Uradni list RS* št. 118/2005, 10/2006, 58/2006, 112/2006, 3/2007, 12/2008, 119/2008, 1/2010, 90/2010, 80/2011, 2/2012, 64/2012, 94/2014 in 2/2015.
56. Strnad, D. (2012). Uvod. V J. Ramovš (ur.), *Za kakovostno staranje in lepše sožitje med generacijami* (str. 3-4). Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
57. Svetlik, I., & Zupan, N. (2009). *Menedžment človeških virov*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
58. Tajnikar, M. (2013, 27. september). V zdravstvu ne moraš biti samo manager, ampak je potrebno razumeti celotni sistem delovanja zdravstvene ustanove. Najdeno 23. julija 2015 na spletnem naslovu <http://efnet.si/2013/09/prof-dr-maks-tajnikar-v-zdravstvu-ne-moras-biti-samo-manager-ampak-je-potrebno-razumeti-celotni-sistem-delovanja-zdravstvene-ustanove/>
59. Tajnikar, M., & Došenovič, P. (2003). *Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
60. Tekavčič, M. (1998). Stroški. V M. Tekavčič, & A. Rejc, (ur.) *Ekonomika podjetja 1* (b.s.). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
61. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
62. Uredba komisije (ES) št. 1737/2005 z dne 21. oktobra 2005 o spremembi Uredbe (ES) št. 1726/1999 glede opredelitve in posredovanja podatkov o stroških dela, *Uradni list Evropske unije*, L 279/11.
63. Van Hoegaerden, M. (2015). Naše zdravje je odvisno od njihovega: pomen dobrega načrtovanja za zdravstvene delavce in vzdržnost zdravstvenih sistemov v EU. Najdeno 24. julija 2015 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/newsletter/152/focus_newsletter_sl.htm
64. Videmšek, P. (2013). *Iz institucij v skupnost - Stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
65. Vidic, T. (2015). *Slika vrta Centra za zdravljenje bolezni otrok*.
66. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, *Uradni list RS* št. 96/2012, 39/2013, 99/2013 – ZSVarPre-C, 101/2013 – ZIPRS1415, 44/2014 – ORZPIZ206, 85/2014 – ZUJF-B in 95/2014 – ZUJF-C).

67. Zakon o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela v javnem sektorju za leto 2015. *Uradni list RS* št. 95/2014.
68. Zakon o sistemu plač v javnem sektorju. *Uradni list RS* št. 108/2009 – UPB, 13/2010, 59/2010, 85/2010, 107/2010, 35/2011 –ORZSPJS49a, 27/2012 – odl. US, 40/2012 – ZUJF, 46/2013, 25/2014 – ZFU, 50/2014 in 95/2014 – ZUPPJS15)
69. Zakonu o socialnem varstvu. *Uradni list RS* št. 3/2007 – UPB.
70. Zakon o zavodih. *Uradni list RS* št. 12/1991, 8/1996, 36/2000 – ZPDZC in 127/2006 – ZJZP.
71. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/2006 – UPB, 114/2006 – ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010 – ZUPJS, 87/2011, 40/2012 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 91/2013, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 111/2013 – ZMEPIZ-1, 95/2014 – ZUJF-C in 47/2015 – ZZSDT).
72. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005-UPB, 15/2008 – ZPacP, 23/2008, 58/2008 – ZZdrS-E, 77/2008 – ZDZdr, 40/2012 – ZUJF in 14/2013.
73. Zakon za uravnoteženje javnih financ. *Uradni list RS* št. 40/2012, 96/2012 – ZPIZ-2, 104/2012 – ZIPRS1314, 105/2012, 25/2013 – odl. US, 46/2013 – ZIPRS1314-A, 56/2013 – ZŠtip-1, 63/2013 – ZOsn-I, 63/2013 – ZJAKRS-A, 99/2013 – ZUPJS-C, 99/2013 – ZSVarPre-C, 101/2013 – ZIPRS1415, 101/2013 – ZDavNepr, 107/2013 – odl. US, 85/2014, 95/2014 in 24/2015 – odl. US).
74. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015. Najdeno 21. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/egradivap/2EC3F2AC07922434C1257E7C0040094A>
75. Zupan, N., & Kaše, R. (2007). *Uvod v organizacijo*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
76. World Health Organization. (2015). Demographic trends, statistics and data on ageing. Najdeno 24. maja 2015 na spletnem naslovu <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/demographic-trends,-statistics-and-data-on-ageing>

PRILOGA

Priloga: Seznam uporabljenih kratic v magistrskem delu

CZBO – Center za zdravljenje bolezni otrok
DIAS – DNV International Accreditation Standard
DMS – diplomirana medicinska sestra
DNV – Det Norske Veritas
DSO – dom starejših občanov
DU – dom upokojencev
HR – Human Resources
HRM – Human Resource Management
ISO – International Standard Organization
JZZ – javni zdravstveni zavod
MDDSZ – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MČV – management človeških virov
MGC – medgeneracijski center
MGS – medgeneracijsko središče
MZ – Ministrstvo za zdravje
NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development
SiOK – slovenska organizacijska klima
SMS – srednja medicinska sestra
SSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika
ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
WHO – World Health Organization