

Vrednostna analiza zdravstvenega sistema in njegovega okolja

Ker je pravilna diagnoza pogoj za pravilno triažo in uspešno zdravljenje, si pogledjmo primer vrednostne analize zdravstvenega sistema in njegovega okolja s prepoznavanjem notranjih in zunanjih dejavnikov, ugodnih ali neugodnih, za doseganje njegove nujne preobrazbe.

Zdravstveni sistem je zelo kompleksen sistem s številnimi organizacijskimi enotami. Vanj sodijo ministrstvo za zdravje (regulator in upravljavalec), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS, plačnik storitev), Nacionalni inštitut javnega zdravja (NIJZ, raziskovalec zdravstvenih tematik, varovanje zdravja in skrb za zviševanje ravni zdravja državljanov) ter številni izvajalci zdravstvenih storitev v javnem oziroma neprofitnem, s primarnim ciljem koristi družbi financiranem iz javnih sredstev, in tržnem delu oziroma profitnem, z namenom ustvarjanja dobička iz poslovnih dejavnosti, financiranem iz dodatnega zavarovanja ali neposredno iz zasebnih sredstev. V EU so v razmerju 80 odstotkov javno in 20 odstotkov tržno, med njima veljajo pravila prehajanja osebja in pacientov. Treba je opozoriti, da tudi neprofitna organizacija ustvarja dobiček z različnimi dejavnostmi tako kot profitna, vendar je način ravnanja z dobičkom v obeh različen.

Nanj vpliva obsežno okolje, tako mednarodno – organi EU, WHO, OECD, mednarodni trg delovne sile (pomanjkanje zdravstvenega osebja), interes globalnih proizvajalcev medicinske opreme in zdravil – kot lokalno: vlada, državni zbor in državni svet, javne agencije, zbornice, dobavitelji, politične stranke, različni sindikati, interesne skupine, številna društva ter plačniki zavarovanja z različnimi, tudi nasprotnimi interesi.

Kaj so prednosti zdravstvenega sistema?

Dolgoletna tradicija primarnega zdravstva, ki je med najstarejšimi na svetu, zagotavlja osnovne zdravstvene storitve (preventivne in kurativne) na primarni ravni in specialistične storitve sekundarne ravni, in sicer na eni lokaciji.

Učna ura preobrazbe zdravstvenega sistema

Spodbudni rezultati so posledica prizadevanja posameznikov zdravstvenega osebja. Od leta 1990 je Slovenija vztrajno zmanjševala razlike med novimi državami članicami (EU13) in starimi državami članicami (EU15) Evropske skupnosti. Indeks HAQ se je od leta 1990 zviševal v vseh državah Zahodne Evrope, pri čemer je indeks HAQ v Sloveniji takrat znašal 71,2, v državah zahodne Evrope pa 73,2; leta 2000 je bil 76,4 in 79,9; nato smo rezultate leta 2010 skoraj izenačili na 84., in 84,9; prvič smo jih prehiteli leta 2015 z 87,4 in 86,8 ter v zadnjem objavljenem letu 2019 z 87,8 in 87,2 .

Poročilo ministrstva za zdravje za preteklo leto pravi naslednje:

Slovenski zdravstveni sistem kot celota izkazuje primerljive rezultate po številnih kazalnikih z EU15. Kazalniki zdravstvenega statusa so dobri ali celo med najboljšimi v primerjavi z državami srednje in vzhodne Evrope, nekateri, kot je umrljivost dojenčkov, celo v primerjavi z EU15.

Kazalniki učinkovitosti bolnišnic so večinoma v povprečju EU15. V nasprotju s številnimi drugimi državami v regiji slovensko zdravstvo v preteklosti ni temeljilo na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekdaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni ravni.

V povprečju so izdatki primerljivi z EU15. Od sredine leta 1990 so izdatki za zdravstvo na prebivalca (merjeno po pariteti kupne moči, PPP\$) med povprečjem EU15 in EU13. Ta položaj je v skladu s preostalimi slovenskimi ekonomskimi kazalniki, ki so prav tako v povprečju med EU15 in EU13. Kot v večini držav se pretežni del finančnih virov za zdravstveno varstvo porabi za bolnišnično zdravljenje, sledijo specialistična ambulantna dejavnost in sredstva za zdravila ter medicinske pripomočke.

Kakšne so njegove slabosti?

Tranzicija na zdravstvenem področju ni bila izvedena. Zdravstveni sistem ni skladen s sodobno pravno formalno podlago (profitne in neprofitne organizacije), s sodobnimi principi organiziranosti, upravljanja, nagrajevanja ter informacijske podpore, z ostanki miselnih vzorcev iz prejšnjega sistema (samoupravljanje, delegatski sistem, uravnilovka, iskanje lukenj v zakonih izigravanje pravil).

Zdravstveni sistem je nepovezan, neustrezno zasnovan in upravljan – rezultati so doseženi s heroičnim prizadevanjem posameznikov. Vsaka raven zdravstvenega sistema, organizacijska, procesna in raven izvajalcev, naj bi imela svoje cilje, ustrezno zasnovo in ustrezno upravljanje za njihovo doseganje. Za usklajeno delovanje zdravstvenega sistema bi se morali organizacijski cilji preslikati v procesne cilje in ti v cilje posameznika (Geary A Rummler, Alan P. Brache, Improving Performance). Zdravstveni sistem je na prvi stopnji »heroični«, po kriterijih modela CMM (Mark C. Paulk, The Capability Maturity Model), zdravstvene storitve se izvajajo s heroičnim prizadevanjem posameznikov in posledično njihovim izgorevanjem, saj niso posledica organiziranega načina dela. Zdravstvene ustanove so bile ocenjene pred leti na okoli 350 točk od tisoč po modelu EFQM (Zavod za zdravstveno zavarovanje in ministrstvo za zdravje do zdaj nista bila ocenjena), medtem ko so najboljša slovenska podjetja dosegla približno 550 točk, evropske organizacije pa okoli 750 točk (primer: ambulanta švicarskega zobozdravnika).

V poročilu ministrstva za zdravje za preteklo leto je zapisano naslednje:

Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo se povečuje in se je v primerjavi z letom 2018 skoraj potrojilo. Prav tako je prisoten trend povečevanja števila vseh čakajočih od leta 2018, število se je skoraj podvojilo, kar je delno mogoče pričakovati tudi v prihodnje. Skrb vzbujajoč je trend povečevanja števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo, hkrati pa je treba opozoriti tudi na dvom o verodostojnosti podatkov v centralnem sistemu eNaročanje.

Velik problem je odsotnost v mrežo povezanega sodobnega poslovno-strokovnega informacijskega sistema, ki je pogoj za nadzor nad stroški, kakovostjo in varnostjo storitev, za izračun realnih cen storitev, meritorno nagrajevanje ter vodenje zavoda na podlagi ciljev in kazalnikov (Robert Kaplan, David Norton, Uravnoreženi sistem kazalnikov). Problem pri upravljanju zdravstvenega sistema so tudi nepovezani podatki. Na primeru števila zdravnikov družinske medicine, ki ga je prikazalo tudi računsko sodišče v svoji reviziji, iz različnih zbirk podatkov vidimo, da so odstopanja velika. Vzroki za odstopanja so v različnem načinu zajemanja in spremljanja podatkov.

Vloga osebnega zdravnika, »vratarja« v zdravstvenem sistemu, je močno ohromljena, kar je v nasprotju z njegovim poslanstvom – zdravljenjem. Zaradi pomanjkanja splošnih zdravnikov v primerjavi z EU15 ter posledično njihove preobremenjenosti, tako z bolniki kot pretirano administracijo, se vse več bolnikov napotuje na specialistične, praviloma dražje obravnave, namesto da bi bile jasno opredeljene naloge oziroma storitve, ki jih mora osebni zdravnik opraviti, preden pošlje bolnika na sekundarno raven.

Formalnopravna zasnova zdravstvenega sistema je zastarela. Začasna formalnopravna oblika zavoda je namreč ostala do dandanes. Prav tako je zastarela krovna zakonodaja zdravstvene dejavnosti z nejasnimi vlogami ključnih odločevalcev v sistemu, posebno ministrstva za zdravje in zavoda za zdravstveno zavarovanje, nejasni so tudi odgovornost in pooblastila svetov zavodov in njegovih direktorjev.

Sedanji sistem nagrajevanja ni primeren za zdravstvo. Hierarhični sistem nagrajevanja je primeren za hierarhične organizacije (na primer za vojsko). Področja zdravstva so različnega tipa z različnimi cilji (primarno zdravstvo – usmerjeno na pacienta, bolnišnice – procesni tip organizacije ter klinični center – mrežni tip organizacije), zato nagrajevanje ne more biti enako. Sedanji sistem nagrajevanja je prezapleten z več kot šestdesetimi razredi in različnimi dodatki, ni stimulativen, saj nagraduje pozicijo in izobrazbo, ne pa količine, kakovosti opravljenega dela, prav tako ne upošteva potrebe na trgu dela. Ima nedodelano razmerje med posameznimi delovnimi skupinami v zdravstvu ter med njimi in drugimi poklici v javnem sektorju v EU.

Kaj so njegove priložnosti?

Prva je postavitev enotnega v mrežo povezanega poslovno-strokovnega informacijskega sistema. Ta bo dal takojšnje podatke zdravnikom in pacientom o njihovem zdravju in zdravljenju ter zagotovil kazalnike direktorjem in vodjem oddelkov za ukrepanje. Hkrati bo omogočil specializacijo bolnišnic (z zaokroževanjem oddelkov) in meritorno nagrajevanje celotnega zdravstvenega osebja, vse s ciljem

povečati kakovost, varnost in učinkovitost zdravstvenih storitev (primer je informacijski sistem združenja bolnišnic avstrijske Štajerske KAGES in Univerze v Ljubljani).

Druga je povečanje števila osebnih zdravnikov z ustreznimi spodbudami kot v gospodarstvu ter ga po številu zdravnikov in njihovih obravnav narediti primerljivega z EU15. Tako bodo imeli zdravniki dovolj časa za paciente, zmanjšal se bo obisk bolnišnic, kjer je obravnava precej dražja, pacientom pa tudi ni treba potovati skozi zdravstveni sistem (na Nizozemskem naj bi bilo takih napotitev le 4 odstotke vseh).

[Ključ do preobrazbe zdravstva je načrtovanje](#)

Tretja je posodobitev sistema nagrajevanja. Sodobne organizacije so zmanjšale stroške in kompleksnost svojih struktur delovnih mest z zmanjšanjem števila ravni z vrha proti dnu. Namesto da bi bil poudarek na položaju zaposlenega v organizaciji, je večji poudarek na razvoju njegovih kompetenc. Tako obstaja večja možnost za zvišanje plač, saj se večja vrednost pripisuje njihovim spretnostim in znanju kot vzponu po karierni lestvici. Zaposleni so manj naklonjeni gradnji svoje nepogrešljivosti kot pridobivanju kompetenc ali spodbujanju uspešnosti. Upravljanje plačil je radikalno poenostavljeno.

Četrta je vzpostavitev sistema zagotavljanja kakovosti storitev organizacij zdravstvenega sistema: ministrstva za zdravje, zavoda za zdravstveno zavarovanje in vseh zdravstvenih ustanov. Pomembno je njihovo redno presojanje in ustrezno ukrepanje vodstev, z nadzorom sveta zavodov za odpravljanje pomanjkljivosti. To naj spremlja odgovorni organ vlade – vladna agencija za kakovost.

Peta je poenotenje delovanja bolnišnic in subsidiarnost njihovega upravljanja. Enak statut naj velja za vse, svet naj bo odgovoren za njihovo delovanje in ima pooblastilo za imenovanje direktorjev, uvesti je treba strokovni odbor za celovit nadzor delovanja, dati pooblastila direktorjem ter vodjem oddelkov ter jim naložiti odgovornost za kakovost, varnost in učinkovitost storitev bolnišnice. Ločiti je treba vlogo zdravljenja in upravljanja z rednim usposabljanjem vodij po sodobnih principih upravljanja, posebno v kadrovske stroki in poslovnem računovodstvu.

Pomembna je tudi razbremenitev zdravstvenega osebja nepotrebnih opravil in njihovo redno usposabljanje. Sodobni pristopi, na primer principi vitkosti, omogočajo analizo in odpravljajo nepotrebna opravila, ker ni mogoče pričakovati njihovega bistvenega povečanja števila, ampak bo treba njihovo delo optimizirati. Enako pomembno je tudi redno preverjanje njihove usposobljenosti in letni razgovori z mentorjem za izdelavo načrta usposabljanja.

Gradnja novega UKC s kampusom ob obvoznici bi dala zdravstveni stroki nov zagon s funkcionalno zasnovanimi stavbami na podlagi sodobnih procesov zdravljenja, s sodobno opremo, informacijsko podprtimi procesi zdravljenja in upravljanja takega centra ter v dobro nas pacientov.

Zadnja je gradnja novega UKC s kampusom ob obvoznici. Ta bi zdravstveni stroki dala nov potreben zagon, s funkcionalno zasnovanimi stavbami na podlagi sodobnih procesov zdravljenja, s sodobno opremo, informacijsko podprtimi procesi zdravljenja in upravljanja takega centra, v dobro nas pacientov.

Katere nevarnosti pretijo?

Neugodna družbena klima je nevarna. Običajni odpor proti spremembam (7,5 odstotka populacije strogo za in enako strogo proti spremembam) se v z emocijami in ideologijo na elektrenem političnem ozračju še poveča, kar otežuje racionalen dialog za iskanje rešitev. Zaradi korupcije, vpliva državne in lokalne politike ter interesnih skupin blokira spremembe. Korupcija ne samo da povzroča neupravičeno bogatenje na eni strani in nepotrebno porabo denarja na drugi, ampak tudi demotivira zdravstveno osebje in razburja nas plačnike zdravstvenih storitev, posebno ob pasivnosti odgovornih organov države. Treba je opozoriti, da je korupcija vsaka kršitev dolžnega ravnanja z namenom pridobiti korist zase ali za drugega. Pri vseh ravnanjih, ki jih dojemamo kot korupcijo, je bistven koruptivni namen in pomeni zlorabe zaupanega položaja v izvršilni, zakonodajni in sodni veji oblasti ter v političnih in neekonomskih organizacijah z namenom pridobiti si materialno ali nematerialno korist, ki ni pravno utemeljena.

Košarica pravic zdravstvenega zavarovanja ni bila posodobljena. Je ostanek prejšnjega sistema, v katerem ni imela omejitev in je bila po potrebi financirana z dodatnim tiskanjem denarja. Ker so okoliščine drugačne, je nujna ciljna in smotrna poraba omejenih sredstev zdravstvene blagajne, tudi z ločitvijo med osnovnimi in dodatnimi zdravstvenimi storitvami za zdravje prebivalstva. Prebivalstvo se je postaralo in stroški zdravljenja so se povečali, draga zdravila so v porastu, prilivi pa ostajajo isti, zato je treba pregledati tudi možnost različnih zdravstvenih zavarovanj glede na potrebe prebivalstva, kot v primeru avtomobilskega zavarovanja.

Dolgoročna nevzdržnost financiranja zdravstvenega sistema povzroča negotovost. Slovenski zdravstveni sistem se financira večinoma iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerega edini ponudnik je ZZS. Prispevki za zdravstveno varstvo so zelo odvisni od sprememb na trgu dela, ekonomska kriza je v Sloveniji vodila v precejšnje zmanjšanje prilivov v zdravstveno blagajno zaradi porasta nezaposlenosti, počasnejšo rasti plač, povečanje deleža neaktivnih zavezancev, ki mesečno primerljivo prispevajo manj, ter v sprejemanje nezadostnih proticikličnih ukrepov za financiranje sistema zdravstvenega varstva. Nominalno za zdravstvo namenjamo manj denarja kot države zahodne Evrope: leta 2022 smo v Sloveniji namenili 2927 evrov v primerjavi s 3684 evri, ki jih v povprečju EU (26 odstotkov več), pri čemer gre za izdatke za zdravstvo na osebo v evrih po pariteti kupne moči ob podobnih stroških.

[Zdravstvo smo ljudje](#)

Pomanjkanje zdravstvenega osebja je lahko velika težava. V Sloveniji je bilo leta 2022 3,4 zdravnika na tisoč prebivalcev v primerjavi s 4,2 na tisoč prebivalcev v povprečju EU, kar je 24 odstotkov več kot pri nas (9). Opozoriti bi bilo treba tudi na vse več ljudi brez osebnega zdravnika, celo otrok brez pediatra na primarni ravni, kar naj bi celo preseгло 150.000 ljudi (7,5 odstotka populacije). Nezanimanje za dolgotrajen študij medicine in neposrečena izbira študentov medicine (samo uspeh v srednji šoli) ne kaže, da bi se njihovo število lahko kmalu povečalo.

Kazenska odgovornost zdravnikov je vzrok za skrivanje napak, defenzivno medicino in pošiljanje pacientov na višjo raven. Študije analiz napak v razvitih zdravstvenih sistemih ugotavljajo, da za 80 do 90 odstotkov napak obstaja sistemski vzrok, zato imajo urejeno njihovo merjenje in vzrode za odpravo teh vzrokov (napačen je način zavarovanja za povzročeno škodo pacientom, v razvitih zdravstvenih sistemih je malomarnost (angl. neglect) del civilnega prava).

Cene zdravstvenih storitev so nerealne. Sedanji model določanja cen zdravstvenih storitev iz leta 2004 temelji na skupinah primerljivih primerov, na normiranju postopkov, ki jih je tipično treba izvesti za to, da zdravimo glede na določeno vrsto diagnoze. To zahteva vsakoletno prilagajanje in odzivanje. Ko sodobna informacijska tehnologija še ni bila tako razvita, da bi omogočala sledljivost vsakega postopka, je bil tak način plačevanja storitev racionalen in razumljiv. Sodobna tehnologija nam omogoča več, žal pa slovenski zdravstveni sistem take informacijske rešitve nima.

[Do boljšega zdravstvenega sistema samo z vključitvijo vseh deležnikov](#)

Neustrezen je tudi način načrtovanja virov za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema Načrtovanje na podlagi kapacitet, in ne na podlagi potreb prebivalstva (po segmentih življenjskega cikla), vodi v čedalje večje razlike med njihovimi potrebami ter kadrovske in materialne zmožnosti izvajalcev za njihovo uresničevanje. Zdravstvena košarica in cene zdravstvenih storitev niso del procesa načrtovanja, zato se ne posodablja redno in skladno s postavljenimi cilji, kot je običajno za gospodarske družbe.

Zdravstveni sistem že desetletja ni bil posodobljen

Gospodarstvo se je z vstopom v EU prilagodilo njenemu pravnemu redu in tržnim zakonitostim, vzorci vedenja, organiziranost, upravljanje ter nagrajevanje pa so ostali nespremenjeni.

Zato je nujna posodobitev zdravstvenega sistema na podlagi celovite diagnoze, s sodelovanjem vseh deležnikov na profesionalno vodenih delavnicah ter z izbiro tistih področij in ustreznih strok, na katerih bodo izboljšave lahko najučinkovitejše.

Miro Germ, dr. Tina Bregant, dr. Tomaž Schara, prim. Janez Remškar, dr. Bogomir Kovač.