

17.

Strokovno srečanje ekonomistov in
poslovodnih delavcev v zdravstvu
Čatež, 20. in 21. maj 2010

Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu



ZVEZA EKONOMISTOV SLOVENIJE
DRUŠTVO EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU



IRIS⁺

HERMES SoftLab iz skupine ComTrade je svoje dolgoletne izkušnje s področja informacijskih rešitev za javni sektor uspešno razširil tudi na področje zdravstva, kjer razvijamo **nacionalne integracijske rešitve, rešitve za bolnišnične sisteme in rešitve za primarno zdravstvo**. Procesno znanje in znanje s področja elektronskega poslovanja ter upoštevanje visokih tehnoloških in varnostnih standardov ob uvajanju inovativnega, javno-zasebnega poslovnega modela, postavlja naše rešitve za zdravstvo v samo ospredje — in to ne le v Sloveniji.

Nov zdravstveno-informacijski sistem za primarno zdravstvo, **IRIS**, ki ga je podjetje HERMES SoftLab razvilo v sodelovanju s strokovno projektno skupino Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in zdravstvenih domov, **nadomešča prej uporabljene informacijske rešitve in jih s svojo celotno obravnavo procesov zdravljenja bistveno presega**. IRIS pokriva vse segmente primarnega zdravstva. Nameščen je v 5 zdravstvenih domovih in pri 10 koncesionarjih. V njem se že vodijo elektronske kartoteke za tretjino zdravstvene populacije. Za svoje delo ga dnevno uporablja dobra četrtina zdravstvenega osebja v primarnem zdravstvu.

IRIS je pripravljen na zahteve zdravstva v prihodnosti, saj:

- + omogoča **enotno informacijsko infrastrukturo** in s podporo tako medicinskemu kot administrativno-finančnemu delu zagotavlja izmenjavo informacij med najrazličnejšimi subjekti zdravstvenega sistema
- + s celostnim pristopom nudi **učinkovito podporo strokovnemu delu medicinskega osebja in vodstvu** ter povečuje **zadovoljstvo končnih uporabnikov**
- + vodi **elektronski zdravstveni zapis**
- + omogoča **odličnost in učinkovitost poslovanja** ter lažje načrtovanje in upravljanje zdravstvene organizacije
- + **zmanjšuje obseg administrativnega dela** za izdelavo različnih analiz in statističnih poročil ter izboljšuje kakovost in uporabnost rezultatov
- + je **ekonomsko sprejemljiv**, znižuje stroške poslovanja in zagotavlja najboljše zdravstvene storitve v okviru omejenih javnih sredstev
- + je **uporabniku prijazen sistem**
- + zagotavlja **varovanje osebnih in medicinskih podatkov** po najvišjih standardih in v skladu z **veljavno zakonodajo**
- + je zasnovan z uporabo **najzmogljivejših tehnologij**
- + bo z uvajanjem modela uporabe programske opreme kot storitve (SaaS) **dostopen prek Pošte Slovenije** tudi na daljavo, kar zmanjšuje operativne stroške poslovanja

Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu

Čatež, 20. in 21. maj 2010



Upravni odbor Društva:

Nevenka Banović, Cvetka Barbo,
mag. Marjan Ferjanc, Erika Furlan,
mag. Franc Hočevar, Metod Mezek,
Tomaž Rusimovič, mag. Rosvita Svenšek,
mag. Danijela Štumberger, Jože Veternik,
Darja Vižintin Zupančič, Štefan Vučak,
Anton Zorko.

Izdalo Društvo ekonomistov v zdravstvu

Štefanova ulica 1, 1000 Ljubljana

Tisk: BOOB, d.o.o., Njegoševa cesta 15a,
1000 Ljubljana

Naklada: 400 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2(497.4)(082)

STROKOVNO srečanje ekonomistov in poslovnih
delavcev v zdravstvu (17 ; 2010 ; Čatež)

Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu /
[17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih
delavcev v zdravstvu], Terme Čatež, 20. in 21. maj
2009. - Ljubljana : Društvo ekonomistov v
zdravstvu, 2010

ISBN 978-961-91332-9-3

1. Gl. stv. nasl.

251062016

VSEBINA

Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu	5
Anton Zorko Društvo ekonomistov v zdravstvu	
Predstavitev posavske zdravstvene regije	7
Iztok Starc Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Krško	
Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov	15
mag. Elda Gregorič Rogelj Ministrstvo za zdravje	
Sistemski pristop k upravljanju	25
doc. dr. Tatjana Mlakar Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Novo mesto	
Izvajanje upravnih nadzorov v zdravstvu	35
mag. Vlasta Kovačič Mežek Ministrstvo za zdravje	
Merjenje uspešnost javnih zdravstvenih zavodov	43
Jana Kotnik Ministrstvo za zdravje	
Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij	53
mag. Saška A. Terseglav Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije	
Efficient hospitals in Europe	59
Pascal Garel, Chief Executive HOPE, European Hospital and Healthcare Federation	
Učinkovite bolnišnice v Evropi	69
Pascal Garel HOPE, Evropsko združenje bolnišnične in zdravstvene oskrbe	
Učinkovitost upravljanja in vodenja bolnišnic	79
mag. Jurij Stariha Bolnišnica Golnik – KOPA	
Prenova poslovnih procesov v operacijskih dvoranh	91
asist. dr. Franci Vindišar Splošna bolnišnica Celje	
Izzivi vodenja zdravstvenega doma	99
Marjan Pintar Zdravstveni dom osnovno varstvo Nova Gorica	
Učinkovitost upravljanja in vodenja v lekarni	109
mag. Marko Jaklič Lekarna Ljubljana	
Določanje cen zdravil – uveljavljanje nacionalnega modela	117
dr. Stanislav Primožič Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke	

Anton Zorko

Društvo ekonomistov v zdravstvu



Učinkovitost upravljanja in vodenja v zdravstvu

17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu poteka v času, ko politiki napovedujejo, da se že vidi svetloba v predoru, ki vodi iz krize, v zdravstvu pa nas

objema še tema, ki nas stiska, ker ne znamo in ne moremo najti izhoda iz težav, v katere smo zašli zaradi odprave plačnih nesorazmerij po zakonu o sistemu plač v javnem sektorju. Seveda je bil že čas, da se odpravijo plačna nesorazmerja, ki so bila pri posameznih profilih zdravstva enormna, vendar je 321,79 milijonov sredstev, kolikor je znašal učinek porasta plač v javnem zdravstvu, znašal bistveno več, kot se je pričakovalo. Brez pritoka novega denarja ali zmanjšanja obsega pravic zavarovancev je zdravstvo zašlo v finančne težave. ZZZS tako za letošnje leto predvideva izgubo v višini 70 do 80 milijonov evrov, za prihodnje leto pa že okrog 200 milijonov evrov. (Zaradi velikih medletnih nihanj v višini prispevkov je napovedana izguba le orientacijska.)

Ker ni pričakovati, da bo mogoče s povečanjem prispevne stopnje zagotoviti manjkajoča sredstva, zmanjšanju nekaterih pravic iz obveznega zavarovanja pa sindikati še pred pravo razpravo o spremembah zavarovalniške zakonodaje burno nasprotujejo, je evidentno, da bodo

posledice nosili tako zavarovalnica kot izvajalci zdravstvenih storitev, zavarovanci pa ob tem pričakujejo še večjo dostopnost do zdravstvenih

storitev in odpravo ali vsaj bistveno zmanjšanje čakalnih dob.

Opisane situacije smo se zavedali tudi v Upravnem odboru Društva ekonomistov pri snovanju letošnjega 17. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu. Že lanskoletne teme spomladanskega in jesenskega srečanja so nakazovale, da bodo spremembe nujne, zato smo se spraševali, ali smo nanje pripravljani. Večino sprememb smo pričakovali z noveliranjem zdravstvene zakonodaje. Zavedali smo se, da bomo morali poiskati učinke racionalizacije, ne samo s finančno vzdržnostjo, ampak tudi z učinkovitostjo vodenja in upravljanja.

Ob tem, da je v javnosti in tudi politiki, dostikrat izrečena teza, da zdravstvo nima učinkovitega menedžmenta, obstaja dejstvo, da ta nima vseh ustreznih orodij za učinkovito vodenje in upravljanje. Plačilo posameznika ni vezano na delo in njegove rezultate, ampak na delovno mesto, na katerem posameznik dela, odgovornost vodenja in upravljanja pa naj bi se zaostri la šele po novi zakonodaji. V večini zdravstvenih organizacij, predvsem hospitalnih, še vedno prevladuje hierarhični poslovni model, ki ima oporo v avtokratičnem odločanju ali odobravanju, menedžment vrednot (toyotizem) pa ga le počasi nadomešča. Njegov zaščitni znak so profesionalizem zaposlenih, samoiniciativnost, svoboda in avtonomija pri odločanju, spodbude,

pozitivna psihologija motivacije sodelavcev. To zahteva radikalno spremembo kulture, vrednot in prepričanj, nove zmožnosti organizacij in kompetence posameznikov. Infrastruktura novega poslovnega modela so kodificirana nova vedenja zaposlenih ali t.i. kompetence, sposobnosti in zmožnosti ljudi biti uspešni in ciljno usmerjeni, saj je dejstvo, da ljudje lahko dosežejo cilje na različne načine, ne zgolj s sledenjem »zapovedanim vedenjem«¹.

Prav učinkovitosti upravljanja in vodenja v zdravstvu je posvečeno letošnje 17. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Zajema teme od upravljanja zdravstvenih zavodov, sistemskega pristopa k upravljanju, izvajanju upravnih nadzorov, merjenju uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov do dobrih medsebojnih odnosov kot de-

javniku uspešnosti ljudi in organizacij. Drugi dan srečanja bo namenjen prikazu slovenskega zdravstvenega sistema, primeru učinkovitega vodenja bolnišnice v Španiji in učinkovitosti upravljanja in vodenja javne in zasebne bolnišnice v Sloveniji, prenovi procesov v operacijskem bloku, izzivom vodenja v zdravstvenem domu. Predstavljeni bodo slovenski trg zdravil, učinkovitost upravljanja in vodenja lekarn ter določanje cen zdravil s prikazom uveljavljenega nacionalnega modela.

Bogastvo in raznolikost tem, ki jih bomo na srečanju obdelali, je tolikšno, da bo skupaj z razpravo obogatilo naše znanje s področja učinkovitega upravljanja in vodenja ter bo s prikazom dobre prakse vplivalo na naše vsakodnevno ravnanje pri spopadanju s finančnimi omejitvami in pri zadovoljevanju pričakovanj bolnikov.

1 Povzeto po: Brane Gruban, Kompetenčni profil vodje tretje generacije – Zbogom terminator management, dober dan rezonantni vodja, Novis št. 10/2009.

Iztok Starc

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Območna enota Krško



Predstavitev posavske zdravstvene regije

Povzetek

Posavska zdravstvena regija je predstavljena skozi zgodovino in statistične podatke o prebivalstvu, gospodarstvu, organiziranosti in obsegu javne zdravstvene službe ter zdravstvenem stanju prebivalcev. Prebivalci Posavja predstavljajo 3,4 % prebivalcev Slovenije in so v povprečju starejši od ostalih prebivalcev Slovenije. Umirajo predvsem zaradi bolezni srca, ožilja in raka ter so tudi nekoliko pogosteje v bolniškem staležu od povprečja Slovenije. Preskrbljenost z zdravstvenimi storitvami na primarni ravni je v Posavju primerljiva z ostalo Slovenijo, na sekundarni ravni pa nekoliko zaostaja. Z gospodarskega vidika je Posavje pomembno zlasti kot energetska regija.

Abstract

Health in the Posavje region is presented through the history and statistical data on the population, economy, organization and scope of public health services and population health. Residents of the Posavje region represent 3.4% of the population of Slovenia and are on average older than the rest of the population of Slovenia. Dying primarily due to heart disease, vascular disease and cancer, and are, compared to the Slovenian average, also slightly more frequently on sick leave. The provision of health services at the primary level in the Posavje region is comparable with the rest of Slovenia, while at the secondary level the Posavje region is slightly behind. From the economic point of view, the Posavje region is important particularly as an energyproviding region.

1. Uvod

Posavje kot enotna statistična zdravstvena regija ne obstaja. Pri prikazovanju in primerjavi podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva je Posavje z občinama Kostanjevica na Krki in Krško uvrščeno v novomeško zdravstveno regijo, z občinama Brežice in Sevnica pa v celjsko zdravstveno regijo. Po drugi strani pa Posavje z občinami Brežice, Kostanjevica na Krki, Krško in Sevnica tvori enotno statistično regijo Slovenije, poimenovano Spodnjeposavska regija, ki je uvrščena v kohezijsko regijo Vzhodna Slovenija. Prav tako Posavje kot enoten geografski prostor zasledimo pri prikazovanju in primerjavi podatkov o organiziranosti in obsegu javne zdravstvene službe, financirane s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kjer je Posavje prikazano pod Območno enoto Krško.

2. Pogled na Posavje skozi zgodovino in statistične podatke

Posavje leži v jugovzhodnem delu Slovenije ob spodnjem toku reke Save in meji na sosednjo Hrvaško. Od Posavskega hribovja na severu se pokrajina preko Bohorja razteza v ravninsko Krško-Brežiško polje, ki se na jugu zaključuje z Gorjanci. Po površini je druga najmanjša statistična regija Slovenije, saj meri le 885 km² in pokriva 4,4 % površine Slovenije. V deželi vina, sadja in dobre hrane, kjer so »jutra bližje soncu«, se prepletata bogata kulturna dediščina, z burno zgodovino na eni in sodobnim gospodarskim utripom na drugi strani.

2.1. Zgodovinsko in kulturno ozadje

Območje Posavja je bilo naseljeno že v času prehoda iz bronaste v železno dobo okrog leta 1000 pr. n. š., o čemer pričajo številne izkopanine iz kamene, bronaste in železne dobe. V času Rimskega imperija je na območju Posavja nastala pomembna naselbina (v okolici današnjega Drnovega pri Krškem), ki je za časa vladavine cesarja Vespazijana (69 – 79 n. š.) pridobila status rimskega municipija, s polnim imenom MUNICIPIUM FLAVIUM LATOBICORUM NEVIODUNUM, ter s tem postala sedež upravnega in gospodarskega središča ne samo za Posavje, pač pa za celotno Dolenjsko. Pomembno zgodnjekrščansko središče na prostoru Posavja predstavlja Ajdovski Gradec nad Vranjem pri Sevnici (5. – 6. st. n. š.). Skozi srednji vek je Posavje doživljalo številne turške vpade, krvave

kmečke punte in odmevne čarovniške procese. Iz teh časov se je v Posavju do današnjih dni ohranilo kar sedem mogočnih gradov ter ogromen cistercijanski samostan v Kostanjevici na Krki. Posavje je bilo tudi pomembno zatočišče protestantskega gibanja, saj je v Krškem deloval prvi protestantski učitelj Adam Bohorič, ki velja za prvega slovenskega slovničarja, in njegov učenec Jurij Dalmatin, ki je Slovincem dal prvi prevod Biblije. Poleg ostalih pomembnih mož, ki so skozi zgodovino prebivali na tleh Posavja, je potrebno omeniti vsaj še polihistorja Janeza Vajkarda Valvasorja, ki je svojo življenjsko pot končal prav v Krškem.

2.2. Prebivalstvo

Na dan 30. 6. 2009 je po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) v Posavju živelo 70.091 prebivalcev, kar predstavlja 3,4 % vseh prebivalcev Slovenije in Posavje uvršča na 10. mesto med 12 statističnimi regijami. Po gostoti prebivalstva se Posavje uvršča na 8. mesto, saj živita v Posavju 79,2 prebivalca na km².

Za Posavje je značilna dokaj neugodna starostna struktura prebivalstva. Indeks staranja, ki prikazuje razmerje med starim (nad 65 let) in mladim prebivalstvom (do 15 let) znaša 124,1 in je precej višji od slovenskega povprečja (118,0). Tudi povprečna starost prebivalstva Posavja (41,9 let) je višja od povprečne starosti v Sloveniji (41,4 leta). Prebivalci Posavja, starejši od 65 let, pa predstavljajo že 17,1 % vseh prebivalcev regije (Slovenija 16,5 %). Po predstavljenih demografskih podatkih se Posavje med 12 statističnimi regijami uvršča na 6. oziroma 7. mesto.

Tabela 1: Delež prebivalstva po starostnih skupinah na dan 30. 6. 2009

Starostne skupine	Posavje	Slovenija
0 – 14	13,7 %	14,0 %
15 – 64	69,2 %	69,5 %
65+	17,1 %	16,5 %

Vir: SURS

2.3. Gospodarstvo

V gospodarskem pogledu Posavje zaznamujejo zelo dobre prometne povezave, bližina hrvaške meje z milijonskim mestom Zagrebom, obilo vodnega bogastva, rodovitna prst ter primerno podnebje za razvoj vinogradništva in sadjarstva.

Z izgradnjo petih hidroelektrarn na spodnji

Savi, od katerih sta hidroelektrarni v Sevnici in Blanci že zgrajeni, hidroelektrarna v Krškem je v gradnji, objekta v Brežicah in Mokricah pa v načrtovanju, ter ob Jedrski elektrarni Krško in Termoelektrarni Brestanica postaja Posavje najmočnejša energetska regija Slovenije. V Posavju se nahaja tudi sedež t. i. drugega energetskega stebra, ki ga predstavlja podjetje Gen energija d. o. o., po donosnosti kapitala najbolj dobičkonošno podjetje v Sloveniji.

Med vidnejšimi in uspešnejšimi gospodarskimi subjekti, ima v Posavju med drugim svoj sedež največja papirnica v državi, podjetje Vipap Videm Krško d. d., največja termalna riviera v tem delu Evrope, podjetje Terme Čatež d. d., in eden večjih zasebnih sadjarjev v Evropi, podjetje Evrosad d. o. o.

Prikazana struktura gospodarskih aktivnosti v Posavju se odraža tudi skozi statistične podatke. Dejavnost preskrbe z elektriko in predelovalne industrijske dejavnosti so že dosegle skoraj polovico vse dodane bruto vrednosti, ki se ustvari v Posavju, kar je daleč nad povprečjem Slovenije. V primerjavi z večino ostalih regij pa je v Posavju gospodarsko pomembno tudi kmetijstvo, saj ustvarja 4,8 % bruto dodane vrednosti in zaposluje več kot desetino delovno aktivnega prebivalstva Posavja.

Tabela 2: Bruto dodana vrednost po dejavnostih, 2007

	Posavje	Slovenija
Kmetijstvo	4,8 %	2,5 %
Industrija	49,9 %	34,6 %
Storitve	45,2 %	62,9 %

Vir: SURS

Tabela 3: Delovno aktivni prebivalci po dejavnostih, 2007

	Posavje	Slovenija
Kmetijstvo	10,6 %	4,9 %
Industrija	42,1 %	37,8 %
Storitve	47,3 %	57,3 %

Vir: SURS

Posavje je po podatkih SURS-a za leto 2007 k bruto domačem proizvodu Slovenije prispevalo 2,8 %, kar Posavje uvršča na 9. mesto med 12 statističnimi regijami, po bruto domačem proizvodu na prebivalca pa na 8. mesto z rezultatom 80,2 % povprečja Slovenije.

3. Organiziranost in obseg javne zdravstvene službe v Posavju

Za primerjavo podatkov o organiziranosti in obsegu javne zdravstvene službe so uporabljene podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), na podlagi katerih je Slovenija razdeljena na 10 območnih enot. Območje Posavja pokriva Območna enota Krško (OE Krško).

Organiziranost in obseg javne zdravstvene službe v Posavju bistveno ne odstopata od ostalih regij. Dostopnost do izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so vključeni v javno zdravstveno mrežo na primarni ravni, je v Posavju primerljiva z ostalimi območji.

Primerjava podatkov o preskrbljenosti s programi zdravstvenih dejavnosti v letu 2009 nam pokaže, da je preskrbljenost prebivalcev Posavja največja na področju dispanzerja za ženske, kjer je Posavje nad povprečjem Slovenije in dosega 3. mesto med 10 območnimi enotami, nekoliko pod povprečjem je na področju nege na domu in patronaže, kjer Posavje dosega 6. mesto, ter splošne ambulante, otroškega in šolskega dispanzerja, kjer Posavje zaseda 5. mesto po preskrbljenosti med 10 območnimi enotami.

Tabela 4: Preskrbljenost prebivalcev Posavja s programi zdravstvenih dejavnosti v letu 2009 glede na povprečje Slovenije

	Posavje
Splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer	99,53
Dispanzer za ženske	102,59
Nega na domu in patronaža	99,97

Vir: ZZZS

3.1. Izvajalci javne zdravstvene službe

V okviru javne zdravstvene mreže v Posavju trenutno deluje 70 izvajalcev zdravstvenih storitev, in sicer tako na primarni kot sekundarni ravni. Izvajalci zdravstvenih storitev, ki imajo z ZZZS sklenjene pogodbe za izvajanje programov zdravstvenih storitev, so v Posavju sledeči:

- 3 zdravstveni domovi,
- 1 splošna bolnišnica,
- 3 domovi upokojencev,
- 1 varstveno delovni center,
- 5 lekarn,
- 1 zdravilišče,

- 16 zasebnih ambulant splošne medicine,
- 2 zasebni pediatrični ambulanti,
- 1 zasebni dispanzer za ženske,
- 2 zasebni okulistični ambulanti,
- 19 zasebnih zobozdravstvenih ordinacij,
- 14 zasebnih izvajalcev zdravstvene nege in patronaže ter
- 2 zasebna fizioterapevta.

Izvajanje zdravstvenih storitev v okviru javne zdravstvene mreže je v Posavju pokrito z 11 javnimi zdravstvenimi ustanovami in 59 zasebnimi izvajalci s koncesijo. V primerjavi z drugimi regijami je razmerje med javnimi in zasebnimi izvajalci zdravstvenih storitev v Posavju nekoliko bolj ugodno v korist javnih zdravstvenih zavodov in boljše od povprečja v Sloveniji.

Tabela 5: Razmerje med javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebnimi koncesionarji

	Posavje	Slovenija
Javni zavodi	15,7 %	12,2 %
Zasebni koncesionarji	84,3 %	87,8 %

Vir: ZZZS.

3.2. Pogodbeni obseg zdravstvenih storitev

V letu 2009 je bilo z izvajalci zdravstvenih storitev na področju Posavja sklenjenih skupaj 69 pogodb za izvajanje programov zdravstvenih storitev, od tega 12 pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in 57 pogodb z zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki jim je bila podeljena koncesija.

Na primarni ravni je bilo v letu 2009 na področju OE Krško zakupljenih 124,43 zdravstvenih timov, kar je glede na število zavarovanih oseb primerljivo z ostalimi območnimi enotami in celo malo nad povprečjem ZZZS. Največji delež zakupljenih zdravstvenih timov, glede na število zavarovanih oseb in povprečje ZZZS, je v OE Krško na področju ortodontije in dejavnosti splošne ambulante, najnižji delež pa na področju pedontologije ter kurativnega programa šolskega dispanzerja.

Tabela 6: Število timov po posameznih dejavnostih na primarni ravni v letu 2009

Dejavnost	Št. timov OE Krško
Splošna ambulanta	30,86
Splošna ambulanta v SVZ	2,87

Dejavnost	Št. timov OE Krško
Otroški dispanzer, kurativa	3,81
Šolski dispanzer, kurativa	3,00
Dispanzer za ženske	4,18
Fizioterapija	11,00
Patronaža in nega na domu	27,8
Šolski dispanzer, preventiva	1,02
Otroški dispanzer, preventiva	1,34
Zobozdravstvo za odrasle	19,53
Zobozdravstvo za mladino	9,47
Ortodontija	3,0
Pedontologija	0,30
Zdravstvena vzgoja	3,26
Zobozdravstvena vzgoja	2,99
SKUPAJ	124,43

Vir: Pogodbe ZZZS, 2009.

Na sekundarni ravni je bilo za področje OE Krško v letu 2009 zakupljenih 24,01 zdravstvenih timov. Nadpovprečno število zakupljenih timov, glede na število zavarovanih oseb in povprečje ZZZS, je v OE Krško na področju dejavnosti okulistike in internistične urgentne ambulante, na vseh ostalih področjih pa so zakupljeni zdravstveni timi glede na število zavarovanih oseb pod povprečjem ZZZS.

Tabela 7: Število timov po posameznih dejavnostih na sekundarni ravni v letu 2009

Dejavnost	Št. timov OE Krško
Internistika	1,01
Pulmologija	0,93
Nevrologija	0,80
Pedriatrija	0,30
Ginekologija	0,32
Kirurgija	3,56
Ortopedija	0,38
Otorinolaringologija	0,50
Okulistika	2,99
Okulistika, siva mrena	0,25
Dermatologija	0,17
Psihiatrija	1,72
Diabetologija	0,15
Mamografija	0,23
Gastroenterologija	1,09
Kardiologija	1,41
Računalniška tomografija - CT	0,36
Internistika, urgentna ambulanta	1,92
Kirurgija, urgentna ambulanta	2,65
Ultrazvok	2,05
Rentgen	0,59
Klinična psihologija	0,63
SKUPAJ	24,01

Vir: Pogodbe ZZZS, 2009.

3.3. Poraba sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja

Vrednost pogodbenega obsega izvajanja zdravstvenih storitev vseh izvajalcev na območju OE Krško, ki se plačujejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, za leto 2009 znaša 46,9 mio EUR.

Stroški zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov, zdravilišč in nadomestil odsotnosti za zavarovance OE Krško so v letu 2009 predstavljali 17,6 mio EUR. Primerjava odstopanj porabe sredstev na zavarovano osebo pokaže, da OE Krško odstopa od povprečja na področju medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravilišč, pod povprečjem pa je poraba sredstev na področju zdravil in nadomestil odsotnosti.

Tabela 8: Stroški po posameznih odhodkovnih postavkah in odstopanja od povprečja, 2009

	OE Krško poraba v EUR	Odstopanja od povprečja
Zdravila	10.833.849	-1 %
MTP	1.854.685	+9 %
Zdravilišča	570.542	+20 %
Nadomestila	4.356.531	-21 %

Vir: ZZZS.

4. Oris zdravstvenega stanja prebivalcev Posavja

Zbiranje, prikazovanje in primerjava podatkov o zdravstvenem stanju prebivalcev Posavja je težavno, saj je Posavje pri zajemanju podatkov razdeljeno med celjsko in novomeško zdravstveno regijo. Podatke o zdravstvenem stanju prebivalstva za občini Sevnica in Brežice zbira in analizira Zavod za zdravstveno varstvo (ZZV) Celje, za občini Krško in Kostanjevica na Krki pa ZZV Novo mesto. Posledica takšnega zbiranja in analize podatkov je, da so podatki za geografsko zaokroženo območje Posavja, običajno pripravljene in javno dostopni s precejšnjim časovnim zamikom. Zadnje primerljive podatke za Posavje kot celoto je pripravil ZZV Novo mesto za leto 2007.

4.1. Umrljivost

Umrljivost (mortaliteta), ki pokaže koliko ljudi je umrlo na 1.000 prebivalcev v koledarskem letu, je v Posavju sorazmerno visoka in v vseh

zadnjih letih tudi nad povprečjem v Sloveniji.

Tabela 9: Splošna umrljivost v Posavju in Sloveniji za obdobje 2004 – 2007

Leto	Posavje	Slovenija
2004	10,87	9,28
2005	10,29	9,41
2006	10,68	9,05
2007	11,05	9,20

Vir: ZZV Novo mesto.

Bolezni srca in ožilja ter rak predstavljajo v Posavju 71,4 % vseh vzrokov smrti, vsi ostali vzroki pa 28,6 %. Poglavitni vzroki smrti v Posavju v letu 2007 so bolezni obtočil (46,7 %), neoplazme (24,7 %), zunanji vzroki smrti (8,0 %), bolezni prebavil (7,7 %) in bolezni dihal (5,4 %).

Pri stopnji umrljivosti so na prvem mestu tako pri moških kot pri ženskah bolezni srca in ožilja, na drugem mestu pa rakava obolenja. Na tretjem mestu vzrokov smrti so pri moških zunanji vzroki smrti (uboj, detomor, prometne nezgode, samomor in ostale nezgode), pri ženskah pa bolezni prebavil.

Tabela 10: Stopnja umrljivosti v Posavju in Sloveniji po skupinah vzrokov smrti (MKB10) v letu 2007

Vzrok smrti (MKB10)	Posavje	Slovenija
Infekcijske in parazitske bolezni	0,06	0,08
Neoplazme	2,73	2,78
Bolezni krvi in krvotvornih organov	0,00	0,02
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	1,16	0,15
Duševne in vedenjske motnje	0,03	0,04
Bolezni živcevja	0,06	0,11
Bolezni očesa	0,00	0,00
Bolezni ušesa in mastoida	0,00	0,00
Bolezni obtočil	5,15	3,76
Bolezni dihal	0,60	0,53
Bolezni prebavil	0,58	0,59
Bolezni kože in podkožja	0,03	0,02
Bolezni mišično-skeletnega sistema	0,04	0,03
Bolezni senčil in spolovil	0,23	0,16
Nosečnost, porod in poporodno obdobje	0,00	0,00
Nekatera stanja v perinatalnem obdobju	0,00	0,01
Prirojene malformacije	0,03	0,02
Nedefinirana stanja	0,23	0,12
Zunanji vzroki smrti	0,88	0,79

Vir: ZZV Novo mesto.

4.2. Zdravstveni absentizem

Zdravstveni absentizem označuje čas, ko zaposleni ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana in je svojevrsten pokazatelj gibanja zdravstvenega stanja prebivalstva. ZZZS zdravstveni absentizem spremlja v odstotku izgubljenih delovnih dni na aktivnega zavarovanca oziroma zaposleno osebo. Po teh podatkih je zdravstveni absentizem za leto 2009 v OE Krško (4,08 % izgubljenih dni) nad povprečjem v Sloveniji (4,02 % izgubljenih dni) in med 10 območnimi enotami zaseda 4. mesto.

Tabela 11: Odstotek izgubljenih dni zaradi zdravstvenega absentizma za leto 2009

	OE Krško	Slovenija
Izgubljeni dnevi v breme delodajalcev	2,34 %	2,19 %
Izgubljeni dnevi v breme ZZZS	1,74 %	1,82 %
SKUPAJ	4,08 %	4,02 %

Vir: ZZZS

Seznam literature in virov

- Kastelic, Jože, Spodnje Posavje v starem veku, Krško skozi čas, Zbornik ob 500-letnici mesta, Skupščina občine Krško, Krško 1977
- Statistični urad Republike Slovenije, Slovenske regije v številkah, Ljubljana 2009
- Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto, Zdravstveni statistični letopis »Posavje 2007«, Novo mesto 2009
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Poslovno poročilo za leto 2009, Ljubljana 2010
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območna enota Krško, Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Območne enote Krško za leto 2009, Krško 2010
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Sektor za kontroling, Poročilo o gibanju zdravstvenega absentizma v obdobju januar – december 2009, Ljubljana 2010

mag. Elda Gregorič Rogelj
Ministrstvo za zdravje



Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov

Povzetek

S prispevkom želimo opozoriti na pomen upravljanja v sistemu zdravstvenega varstva z vidika cilja učinkovitega izvajanja programov zdravstvenega varstva.

V pogojih gospodarske krize je izboljšanje upravljanja na področju zdravstvenega varstva še posebej izpostavljeno, saj je zaradi javnofinančnih omejitev optimalna uporaba razpoložljivih sredstev in kakovostno izvajanja zdravstvenih storitev posebej pomembno.

V prvem delu prispevka je prikazano obstoječe stanje na področju upravljanja v zdravstvenih zavodih in slabosti, ki jih zaznavamo v obstoječem zakonodajnem okolju. Osrednje mesto v prispevku je namenjeno obravnavi sprememb za izboljšanje upravljanja v novi zakonski ureditvi. Predstavljene bodo tudi napovedane strukturne spremembe na področju javnega financiranja v povezavi z upravljanjem na področju zdravstvenega varstva. S tem v zvezi gre za spremembe v institucionalnem okviru in na področju upravljanja zdravstvenih zavodov.

Abstract

The aim of the paper is to underline the importance of management from the point of view of more successful health care programmes implementation.

In economic crisis conditions the improving and efficiency of management in health care is even more exposed because of the importance of effective use of available funds in the conditions of financial restrictions.

In the first part of this paper the existing situation in the management sphere of health care institutions and the weak points detected in the present legislation sphere are shown. The core part of the paper is reserved for discussion on the reform of improving management in the new legal regulation. The announced structural reforms of public financing regarding management in the health sector will also be presented. Consequently, new institutional reforms in the management of health institutions are to be expected.

1. Uvod

Upravljanje¹ ali management predstavlja koordiniranje poslovnih aktivnosti, ki zagotavljajo uspešno in učinkovito poslovanje organizacije. Ta dva cilja menedžerji dosegajo z usmerjanjem in vodenjem zaposlenih, njihovih znanj, veščin in sposobnosti.

Vodenje je glavna naloga managementa in pomeni odgovornost do organizacije kot sistema. Namen vodenja je vpliv na zaposlene v organizaciji, da bo organizacija dosegala načrtovane poslovne in druge cilje. Vodenje je proces vplivanja na posameznike ali skupine s ciljem uspešnega doseganja zastavljenih ciljev (Higgins J.M (1991), *The Management Challenge*. Toronto, Robbins S., Coulter M. (2005), *Management*. New Jersey: Pearson Prentice Hall, Tavčar I.M. (2005) *Strateški management*. Koper in Maribor: Visoka šola za management)).

Klasični model managementa vsebuje planiranje (prioritete, načini, modeli), organiziranje (oblikovanje organizacijskega ustroja zavoda, pristojnosti po nivojih), kadrovanje, vodenje, usklajevanje dejavnosti med OE in integriranje zaposlenih v podjetje, poročanje, financiranje, oblikovanje finančnih planov, tekočo računovodsko aktivnost in finančni nadzor ter spremljanje uspešnosti delovanja (Rus V, 1994, 942-944).

Upravljanje na področju javnega sektorja predpostavlja vzpostavitev administrativnega okolja, ki ga določa država, in sicer z oblikovanjem javne politike, določanjem nacionalnega programa, nadzorom nad uresničevanjem programov in določanje funkcije managementa pri izvajanju programov. Lastniško upravljanje se izraža zlasti v odnosu do ustanovitvene vloge, določanju poslovne strategije zavoda, imenova-

nju direktorja in organov upravljanja ter nadzorni vlogi lastnika. Poteka lahko kot del javnega managementa, posredno prek odločanja v organih upravljanja in direktorja in preko odločitev vlade in ministrstev, ki omejuje dejavnost javnega managementa.

Uresničevanje upravljalne funkcije s strani države se odraža kot:

- regulacija javne službe,
- financiranje,
- investicijska vlaganja,
- delovanje predstavnikov v organih upravljanja,
- imenovanjem direktorja,
- izvajanjem nadzora nad delovanjem javnega zavoda.

(H.Kamnar, str. 71-77).

Upravljanje v javnih zavodih je v našem veljavnem zakonskem okviru obravnavano predvsem kot management znotraj zavoda. Upravljanje kot managerska funkcija je notranja dejavnost zavoda, vezana na izvajanje programov oz. storitev in zagotavlja, da poteka delo v zavodu skladno z zahtevami lastnika in da je delo organizirano na način, da je zagotovljeno uresničevanje ciljev.

Upravljanje zdravstvenih zavodov je potrebno obravnavati v kontekstu vprašanj, pomembnih za delovanje javnih služb, poseben pomen za obravnavo upravljanja pa imajo naslednja:

- opredelitev javne zdravstvene službe v zakonodaji in nacionalnem programu,
- statusne, pravno-organizacijske oblike izvajalcev,
- status premoženja,
- financiranje.

Kompetence menedžerjev zdravstvenih zavodov so namreč odvisne od stopnje avtonomije, ki jo ima javni zavod, le-ta pa je v veliki meri povezana z ureditvijo navedenih ključnih vprašanj.

2. Upravljanje v javnih zdravstvenih zavodih z vidika veljavne zakonske ureditve

Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji (v nadaljevanju JZZ) poteka v zastarelem pravnem okviru veljavnega Zakona o zavodih iz leta 1991. Premoženska, upravljal-

¹ Menedžment ali upravljanje (angleško management) je proces odločanja, načrtovanja, osmišljanja, usmerjanja, razporejanja (alociranja) organizacijskih resursov (virov), vodenja ter nadzora in vrednotenja izvajanja različnih aktivnosti. Hkrati je upravljanje ekonomska in organizacijska znanstvena disciplina, ki jo je v zgodnjih dvajsetih letih 20. stoletja utemeljil Henri Fayol.

Štiri temeljne funkcije menedžmenta so: načrtovanje, organiziranje, vodenje in nadzor. Tekom dvajsetega stoletja so se razvile različne menedžerske znanstvene discipline:

- strateški menedžment (angleško: Strategic Management)
- upravljanje s človeškimi viri (angleško: Human Resource Management);
- komunikacijski menedžment (angleško: Communications Management);
- finančni menedžment (angleško: Financial Management).

ska in finančna vprašanja niso dovolj dorečena in v zakonodajnem okviru v vseh bistvenih točkah nespremenjena vse od leta 1991. V tem obdobju so za posamezna področja izvajanja javnih služb z vidika financiranja, preglednosti uporabe javnih sredstev in nadzora urejali posamična vprašanja: Zakon o javnih financah, Zakon o računovodstvu, Zakon o javno zasebnem partnerstvu in posamični področni zakoni za določene dejavnosti javnih služb. Na tem mestu velja omeniti posamezne zakone, kot je npr. Zakon o visokem šolstvu, ki je uredil statusna vprašanja, način financiranja, javno službo in premoženje univerze na način zagotavljanja večje stopnje avtonomije javnih zavodov na tem področju dejavnosti.

Upravljanje ustanovitelja po veljavnem Zakonu o zavodih (v nadaljevanju ZZ) je neposredno, kar se kaže s pristojnostjo za ustanovitev, pri-pojitev, imenovanje in razrešitev direktorja, z nadzorno vlogo, ko daje ustanovitelj soglasje v primeru spremembe ali razširitve dejavnosti, soglasje k statutu, soglasje k ustanovitvi drugega zavoda, soglasje na imenovanje direktorja v primeru združene poslovodne in strokovne funkcije direktorja. Posredni vpliv ustanovitelja poteka preko predstavnikov ustanovitelja v svetu zavoda, ko gre za spremljanje programa dela in razvoja, določanje finančnega načrta in letnega poročila, programa dela in razvoja, razširitve dejavnosti, dajanje predlogov in mnenj ter imenovanje strokovnega vodje.

Iz navedenih pristojnosti ustanovitelja izhaja, da postavlja že dosedanja ureditev v Zakonu o zavodih svet zdravstvenega zavoda v odgovoren položaj z vidika pristojnosti za poslovno politiko zavoda, nadzorovanje poslovanja in izvajanja zdravstvenih programov ter razpolaganje s premoženjem. Zato dejstvo, da v Sloveniji nimamo splošnega sistemskega okvira za delovanje JZZ, ki bi za vsa področja negospodarskih javnih služb urejal posamična vprašanja delovanja in v tem okviru upravljanja, samo po sebi ne pomeni, da ni mogoče in potrebno tudi v teh okvirih izvajati funkcijo upravljanja osredotočeno na cilje poslovne politike zdravstvenega zavoda, kot je stroškovno učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kvalitetno izvajanje zdravstvenih storitev in univerzalna dostopnost do zdravstvenih storitev.

3. Vloga svetov javnih zdravstvenih zavodov v upravljanju

Vloga svetov JZZ izhaja iz veljavne zakonodaje, ki določa, da je država regulator, financer in lastnik stvarnega premoženja v JZZ. Ustanovitelske pravice predstavljajo instrument za upravljanje organizacij, ki izvajajo javno službo.

Vloga svetov je pogojena z dejstvom, da so JZZ ustanovljeni za opravljanje javne službe. Država izvaja preko svetov JZZ tri ključne funkcije, to je pospeševalna funkcija, servisna funkcija in regulatorna. Gre za delovanje države v smislu oblikovanja pravnega okvira delovanja, za neoblastno delovanje zaradi hitrejšega razvoja določenih dejavnosti, zagotavljanja uravnoteženosti družbenega razvoja ter za zagotavljanje vseh javnih storitev, ki jih ni mogoče zagotavljati preko tržnih pravil.

Sveti JZZ imajo upravljalno vlogo v JZZ. Vlogo vodenja ima uprava oz. direktor. Oba organa sta odgovorna za delovanje zavoda v največji meri. Strateško upravljanje v pristojnosti svetov JZZ ne pomeni prevzemanja odgovornosti managementa za vodenje zavoda.

Razmerje ustanovitelj – javni zavod je izraženo z ustanovitvijo javnega zavoda, imenovanjem večine članov sveta, izvajanje nalog upravljanja JZZ, upoštevanjem strateških usmeritev z vidika sprejete razvojne politike zdravstvenega varstva in odločanjem o temeljnih ustanoviteljskih pravicah. Število članov sveta JZZ in razmerje števila članov, imenovanih s strani ustanovitelja, s strani zaposlenih in drugih, ni določeno z zakonom, ampak je v veljavni zakonodaji prepuščeno ustanovitvenemu aktu oz. statutu. Sestavo svetov JZZ je Ministrstvo za zdravje v začetku letošnjega leta spremenilo, sledeč cilju večje stopnje racionalnosti delovanja, operativnosti ter učinkovitosti. Število članov se giblje okrog 9, z izjemo največjih zdravstvenih zavodov, oz. 7, ko gre za manjše JZZ.

Razmerje ustanovitelja do JZZ vključuje tudi vpliv na odločanje o imenovanju organov vodenja JZZ. Pomen upravljanja JZZ v zadnjem obdobju je bilo obravnavano kot posebej pomembno, zato je Ministrstvo za zdravje sistematično seznanjalo predsednike in člane svetov JZZ, katerih ustanovitelj je RS, s ključnimi usmeritvami s področja zdravstvene politike, posebej v delu, ki se je nanašal na ukrepe za stroškovno učinkovito in kvalitetno izvajanje programov

zdravstvenih storitev. Za vsebinski napredek je mogoče šteti poenotenje letnega poročanja, priprave finančnih načrtov, spremljanje kazalnikov poslovne učinkovitosti, delovne obremenjenosti zdravstvenega kadra in kazalnikov kakovosti. Na tej podlagi so bile vzpostavljene tudi primerjalne analize bolnišnic, ki so začetek ocenjevanja uspešnosti managementa. Sistematične primerjave pa so še v nastajanju.

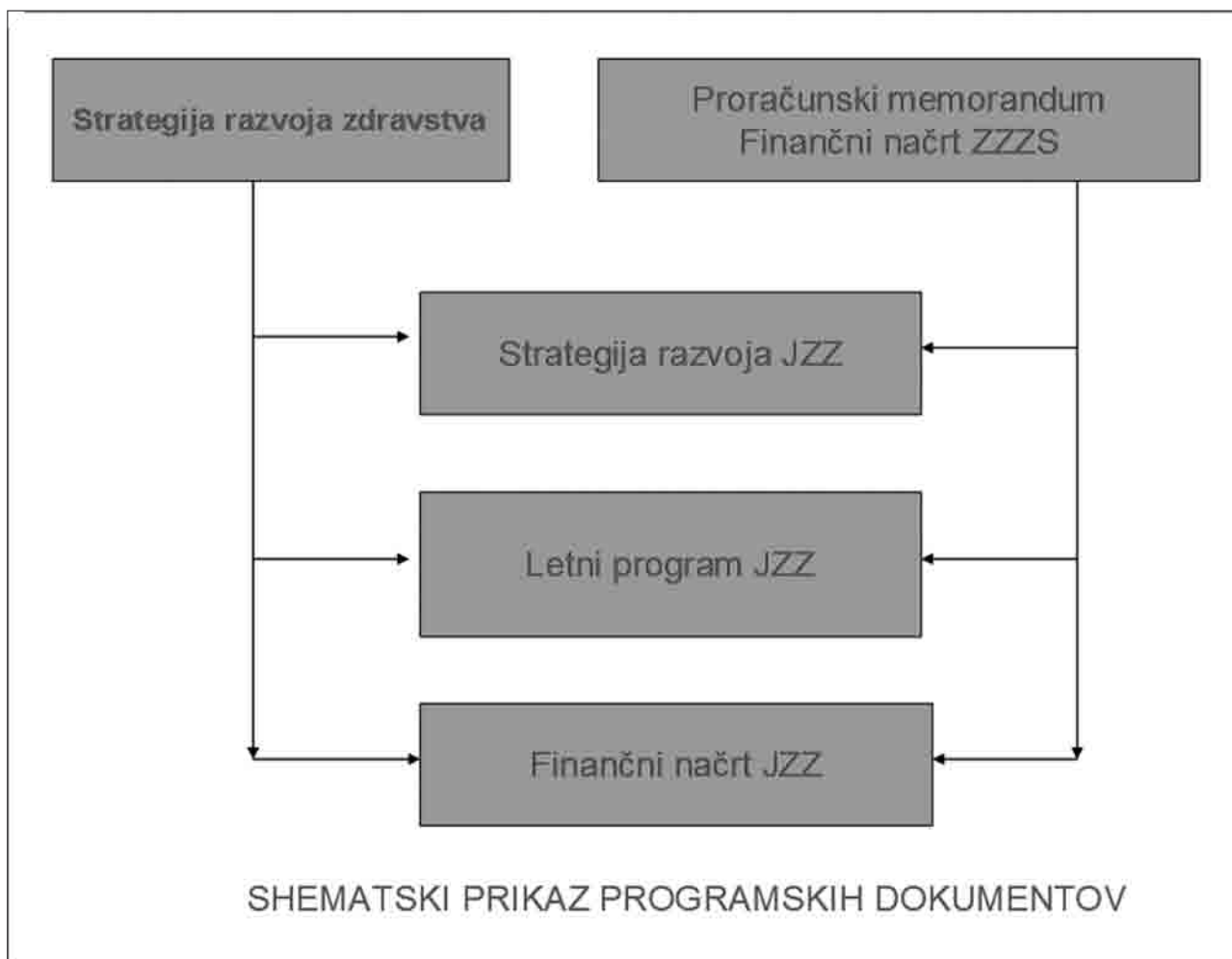
Svet upravlja poslovanje JZZ, nadzira delo uprave, ji daje usmeritve ter spremlja izvajanje. Uprava izvaja naloge vodenja, predlaga poslovno politiko, razvoj, spremlja ukrepe in operacionalizira izvajanje programov dela.

Ključne naloge sveta z vidika ustanovitelja lahko strnemo na naslednji način:

- nadzor in spremljanje izvajanja programa zdravstvenih storitev, določenih s programom dela, finančnim načrtom in pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev,

- upravljanje z javnofinančnimi sredstvi in s stvarnim premoženjem,
- nadzor zakonitosti in gospodarnosti poslovanja zavoda,
- nadzor nad učinkovitostjo poslovanja.

Temeljni akti, ki jih obravnava in sprejema svet zavoda, so Strategija razvoja JZZ, Program dela in Finančni načrt ter Letno poročilo. Strateško upravljanje, usmerjevalna in nadzorna vloga svetov JZZ se zato kaže prav v odnosu sveta do obravnave in potrjevanja navedenih dokumentov, saj v tem procesu preverja skladnost načrtovanega razvoja s strateškimi usmeritvami področja, sprejetimi na ravni države in javne zdravstvene blagajne, pri obravnavi in potrditvi Letnega poročila pa skladnost izvedenega programa in finančnih izkazov s predhodno sprejetim finančnim načrtom in programom dela. Umestitev posameznih aktov JZZ, ki jih obravnava svet JZZ, prikazuje Slika 1.



Slika 1: Shematski prikaz programskih dokumentov JZZ-

Organi JZZ so odgovorni za delovanje zavoda z vidika financiranja; JZZ so posebej določeni viri financiranja, in sicer sredstva državnega proračuna, sredstva javnih financ – sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja in druga, lahko tudi zasebna sredstva.

Svet JZZ ima tudi nekatere druge pristojnosti, kot je odločanje o razporeditvi presežka prihodkov nad odhodki, sklepanje o izpolnjevanju pogojev in višini nagrade za dodelitev delovne uspešnosti direktorju JZZ, potrjevanje odločitev o investicijskih vlaganjih in druge s statutom določene odločitve v pristojnosti sveta JZZ.

4. Uveljavitev sprememb v upravljanju zdravstvenih zavodov

Ureditve upravljanja v JZZ v predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti uvaja večja pooblastila uprave, oz. direktorja in večjo odgovornost, enako za nadzorni svet. Predlogi zakonskih rešitev so postavljeni v okvir nespremenjenih zakonskih podlag v sistemu javnih financ, javnega računovodstva, sistema javnih uslužbenecv, plač ter pravno organizacijskih oblik javnih zavodov. To dejstvo je predstavljalo precejšnjo oviro z vidika uvajanja korenitejših sprememb na področju organiziranosti zdravstvenih zavodov in upravljanja, kot so spremembe pravne oblike javne službe, premoženjska vprašanja in prevzem tveganj.

Predvidene spremembe v predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti opredeljujejo upravljanje in vodenje JZZ kot pomembnejši instrument zdravstvene politike. To se kaže z večjimi pooblastili nadzornemu svetu in upravi ter z odgovornostjo uprave, oziroma direktorja za vodenje poslov. Odgovornost uprave oz. direktorja je posebej določena za poslovanje v skladu s sprejetimi razvojno-poslovnimi načrti z upoštevanjem razpoložljivih virov. Uprava oz. direktor materialno odgovarja za škodo, ki jo povzroči z nevestnim oziroma protipravnim ravnanjem. Nadzorni svet ima pristojnost za nadzorovanje delovanja uprave, oziroma direktorja. Določena je odgovornost uprave in nadzornega sveta za poslovanje JZZ v okviru razpoložljivih sredstev, kar je posebej določeno z odgovornostjo nadzornega sveta za neukrepanje v primeru ugotovljenih nepravilnosti.

Poudarjen je pomen načrtovanja v JZZ kot metode za boljše upravljanje in doseganje ciljev boljšega zdravja prebivalcev. JZZ v skladu s

strategijo razvoja in letnimi poslovnimi načrti zagotavlja doseganje ciljev in uravnoteženo poslovanje v okviru razpoložljivih virov. Letni finančni načrt mora biti na ravni zavoda uravnotežen in ne sme izkazovati presežka odhodkov nad prihodki. Uprava je odgovorna za poslovanje v skladu s sprejetimi razvojnimi-poslovnimi načrti z upoštevanjem razpoložljivih virov. Dolžnosti in odgovornost nadzornega sveta, določena v zakonu, vzpostavlja standarde delovanja organov upravljanja in vodenja po vzoru Zakona o gospodarskih družbah.

Navedene rešitve v povezavi z upravljanjem ter organizacijskimi in vsebinskimi povezavami zdravstvenih zavodov zaradi racionalnejšega izvajanja temeljnih in podpornih dejavnosti odpirajo možnosti učinkovitejšega upravljanja v primerjavi z dosedanjo ureditvijo. Kljub temu, da predlagane rešitve v zakonu ne predvidevajo novih statusnih oblik izvajanja javne službe, financiranja in sprememb pri urejanju premoženja, so v predlogu zakona določeni pogoji možne vložitve premoženja ustanovitelja v JZZ, kot ustanovitveno premoženje. Ustanovitelj lahko v aktu o ustanovitvi določi, da vloži premoženje v JZZ, če je predhodno izdelan elaborat, ki izkazuje:

- da JZZ opravlja oziroma bo opravljal javno zdravstveno dejavnost v skladu z mrežo javne zdravstvene dejavnosti,
- da izpolnjuje pogoje iz 18. člena zakona,
- da zagotavlja kakovost in varnost pri izvajanju zdravstvene dejavnosti v skladu s 138. členom zakona in
- da izpolnjuje pogoje določene s predpisi, ki urejajo javne finance.

V primeru odločitve ustanovitelja o vložitvi premoženja v zavod je mogoče predpostaviti, da bodo v ustanovitvenem aktu določene spremembe v statusni obliki, prevzemu tveganja za poslovanje in spremembe pri upravljanju.

5. Možni nadaljnji razvoj JZZ

Z učinkovitostjo javnega sektorja se ukvarja večina držav v zadnjem obdobju zaradi naraščajočih potreb, porasta javnih izdatkov in povečevanja javnega dolga. Ob istočasnem delovanju tržnih zakonitosti v zasebnem sektorju zaradi izboljševanja konkurenčnosti za obstoj na trgu se večina držav sooča z zahtevami za reforme javnega sektorja. Najpomembnejši cilj reform je bilo nižanje javnih izdatkov ob za-

gotavljanju dostopnosti do javnih storitev, izboljševanju kakovosti in zagotavljanju večje stroškovne učinkovitosti pri izvajanju javnih programov. Hkrati se je spreminjala tudi vloga države s poudarjeno odgovornostjo do prebivalcev, kar ima poseben pomen v sedanjih razmerah mednarodne gospodarske krize. Čeprav bi lahko povzeli značilnost reform javnega sektorja z zmanjšanjem obsega zaradi privatizacije in zmanjševanja proračunskih izdatkov, so bili hkrati sproženi procesi spremenjenega delovanja javnega sektorja po vzoru zasebnega sektorja. Pomembnejši premik od slednjega pa je značilnost reform v drugih okoljih, da se je spremenila kultura delovanja javnega sektorja. Javni uslužbenci so spreminjali birokratsko vlogo s prevzemanjem odgovornosti in boljšim odnosom do uporabnikov javnih storitev (Sentrinar Cankar in drugi 2005, 25 in 29).

V evropskih državah so javne službe že v osemdesetih letih doživele velike spremembe pod vplivom sodobnega javnega menedžmenta, ki je sprožal procese deregulacije in decentralizacije upravljanja. V Evropski uniji je za razliko od predhodne ureditve, ko so bile javne službe v izključni pristojnosti držav članic, prišlo do enotnega urejanja področja javnih služb; evropska zakonodaja je preko liberalizacijskih direktiv in sodne prakse Sodišča ES posegla na organizacijo javnih služb v Evropi. Javne službe so iz predhodno organiziranih v državnih oz. javnih podjetjih postale storitve splošnega ekonomskega pomena in s tem predmet konkurenčnega prava, prava državnih pomoči in pravil o temeljnih svoboščinah v EU (Bojan Bugarič in drugi, 2010, str. 3). Tudi stališče glede narave zdravstvenih storitev upošteva evropsko pravo in sodno prakso Evropskega sodišča, ki ga prikazuje prof. Pirnat, je osredotočeno na obravnavo zdravstvenih storitev kot tržnih. Pirnat navaja, da so zdravstvene storitve tržne v smislu Pogodbe ES, kar posledično pomeni, da velja prepoved omejevanje konkurence, svoboda opravljanja storitev, svoboda ustanavljanja in prepoved državnih pomoči. Tako je z vidika prava Skupnosti izvajanje zdravstvenih storitev nepridobitna dejavnost, izvajalci pa razen izjem niso nepridobitne organizacije. Zato navaja, da tudi ni mogoče govoriti, da gre v zdravstvu za nasprotje med trgom in javno službo, temveč kvečjemu lahko govorimo o nasprotju med trgom in neprofitnostjo.

Za pravno ureditev JZZ bi imele te ugotovitve pomembne posledice, tako za izvajanje zdravstvenih storitev, kot tudi za položaj zdravstve-

nih izvajalcev. Zlasti bi šlo za večjo samostojnost javnih zavodov glede nastopanja na trgu in v upravljalnem pogledu, ureditev lastninskih razmerij z ustanoviteljem ter uveljavitev odgovornosti uprave za poslovanje (povzeto: Rajko Pirnat, Javni zavodi med trgom in javno službo, 2009).

Vprašanja možnih poti nove ureditve javnih zavodov v Sloveniji, ki so v zadnjem času predmet razprav o smereh organiziranosti javnega sektorja, zadevajo tako pravno statusne oblike, kot tudi sisteme financiranja javnih služb, opredelitev javne službe v nacionalnih zakonodajah, ureditev upravljanja in organov upravljanja ter odnos države kot regulatorja in razmerja do izvajalcev javnih služb. V ospredju je zlasti modernizacija upravljanja zdravstvenih zavodov ob spremenjenih pravnoorganizacijskih oblikah in premoženjski ureditvi, zaradi načina financiranja zdravstvene dejavnosti, ki se razlikuje od večine drugih področij javnih služb. Izvedena Primerjalno pravna analiza pravne organiziranosti zavodov v nekaterih evropskih državah (Inštitut za primerjalno pravo PF Ljubljana, prof. B. Bugarič in drugi, 2010) vsebuje primerjavo tujih ureditev javnih služb na področjih zdravstva, visokega šolstva, kulture in socialnega varstva v izbranih evropskih državah. Glavne ugotovitve so, da je slovenska ureditev glede na stanje v Evropi specifična po tem, da omejuje izvajanje dejavnosti na eno samo organizacijsko obliko - javni zavod. Zato bi bila smiselna ureditev večjega števila pravnih oblik, v katerih bi lahko javne in zasebne organizacije izvajale javne službe. Pomembna ugotovitev študije je, da slovenski zavod, kot je urejen v Zakonu o zavodih, ni anahronizem v Evropi, saj zavodi obstojajo v številnih evropskih državah, čeprav tudi v drugih oblikah, ki so po svoji vsebini zelo podobne zavodom. Primerjalni pregled pokaže tudi, da je trend na področju ureditve javnih služb v evropskih državah decentralizacija in avtonomizacija organizacijskih oblik javnih služb ob močni vlogi lokalnih oblasti. Država ohranja strateško upravljanje in usmerjanje, ki se zlasti pri organizaciji bolnišnic (primer Avstrije) kaže v formalno organiziranih gospodarskih družbah, vsebinsko pa pod usmerjevalno in nadzorno vlogo javnih oblasti. Prenos državnega premoženja na bolnišnice v Avstriji in Nemčiji je spremljala sprememba strukture upravljanja, in sicer po vzoru gospodarskih družb. Po drugi strani primeri drugih evropskih držav kažejo, da tudi manj avtonomne pravne oblike in ureditve, kjer dr-

žava močno vpliva na delovanje in organizacijo javnih bolnišnic, kot npr. v Franciji, kjer je sistem še vedno javen in ga upravlja država, in na Švedskem, kjer bolnišnice upravljajo neposredno lokalne oblasti, ne pomenijo slabše delujoče javne službe.

Ker konceptov organiziranosti in delovanja javnih služb ni smiselno neposredno prevzemati iz drugih sistemov, je pomen vsebinske presoje reform glede na naše razmere toliko večji in za posamezna področja javnih služb različen. Zato je oblikovanje koncepta razvoja za vsako področje javnih služb povezano z vsebino posamezne javne službe. Kljub temu bi bil enoten zakon o javnih službah primerna podlaga za ureditev tipov pravnih oblik, ciljev javnih služb, koncesij in drugih sistemskih vprašanj, ki morajo biti enotno urejena za področje javnih služb in bi predstavljal sistemski okvir za lažje urejanje javnih služb v področnih zakonih.

Vprašanje modernizacije področja negospodarskih javnih služb, v povezavi s strukturnimi spremembami in institucionalnimi rešitvami na področju izvajanja javnih služb obravnava tudi Slovenska izhodna strategija 2010 -2013. Predvideva, da je potrebno določiti pogoje za učinkovito opravljanje negospodarskih javnih storitev/služb. Izvajanje negospodarskih javnih služb je po določbah močno zastarelega in tudi podnormiranega Zakona o zavodih iz leta 1991 utesnjeno v statusni obliki javnega zavoda, ki na večini področij izvajanja negospodarskih javnih služb, vključno z zdravstvom predstavlja institucionalno oviro za potrebne spremembe pri upravljanju in posledično pri bolj učinkovitem izvajanju javnih služb. Država mora v zakonodaji določiti čim bolj jasne cilje, ki naj jih javna služba dosega (t.i. Rolandovi zakoni javnih služb: enaka dostopnost, nediskriminacija, stalnost, prilagodljivost javne službe). Opredelevi ciljev pa mora slediti organizacijska pestrost in svoboda izbire oblike, ki naj jo konkretna organizacija izbere za opravljanja javne službe (Slovenska izhodna strategija 2010 - 2013, str.27).

Tudi sistemske spremembe v okviru zdravstvene zakonodaje sledijo cilju uvedbe programskega financiranja zdravstvene dejavnosti in učinkovitejšega upravljanja zdravstvenih zavodov.

6. Zaključek

Sodobni pristopi za organiziranje in delovanje javnega sektorja zahtevajo večjo decentralizacijo, operativno avtonomijo izvajalcev javnih storitev, hkrati pa centralno opredeljevanje strateških ciljev in standardov delovanja z obsegom, kvaliteto in dostopnostjo do storitev, ugotavljanjem rezultatov delovanja ter vzpostavitvijo mehanizmov vplivanja uporabnikov storitev.

V pogojih javnofinančnih pritiskov in vpliva demografskih gibanj so še posebej v zdravstvu pomembni ne le višina javnofinančnih sredstev in delež BDP, namenjen zdravstvenim programom, temveč tudi kvaliteta porabe obstoječega denarja. S tem v zvezi je proces upravljanja eno osrednjih vprašanj preoblikovanja javnega sektorja nasploh, večja avtonomija zdravstvenih zavodov in hkrati večja odgovornost pa je čedalje bolj v ospredju uvajanja sistemskih sprememb.

Predlagane rešitve upravljanja v predlogu ZZDej uvajajo večja managerska pooblastila in odgovornost uprave, oziroma direktorja ter nadzornega sveta, vendar so postavljene v nespremenjen zakonodajni okvir za delovanje javnih služb. Brez sprememb v pravno organizacijskih oblikah in javnofinančni ureditvi ter splošnega zakonodajnega okvira za delovanje javnih služb obstoji tveganje, da bodo predlagana določila, postavljena v toge okvire za delovanje javnega zavoda, v praksi težko zaživela.

7. Literatura in viri:

- Helena Kamnar: Javni zavodi med državo in trgov, Ljubljana, 1999
- Higgins J.M, The Management Challenge, Toronto, 1991
- Robbins S., Coulter M. Management. Pearson Prentice Hall, New Yersay, 2005
- Tavčar.M.,Strateški management, Visoka šola za management: Koper in Maribor, 2005
- Veljko Rus, Management v neprofitnih organizacijah, Ljubljana, 1994
- Bojan Bugarič, Gorazd Trpin, Matija Damjan, Bojana Škraba, Primerjalno pravna analiza pravne organiziranosti zavodov v nekaterih evropskih državah, Ljubljana, Inštitut za primerjalno pravo, 2010
- Rajko Pirnat, Javni zavodi med trgov in javno službo, Podjetje in delo 6-7/2009
- Setnikar-Cankar, S., et al. Ekonomika javnega sektorja in proračunsko financiranje, Fakulteta za Upravo, Ljubljana, 2005
- Slovenska izhodna strategija 2010-2013, Vlada RS, Ljubljana, februar 2010
- Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti (gradivo Vlade RS 11.3.2010 – prva obravnava, 00725-1/2010, (EVA:2008-2711-0139))
- Zakon o visokem šolstvu, Uradni list RS, št. 119/2006 z dne 20. 11. 2006
- Zakon o zavodih, Uradni list RS, št. 12/1991
- <http://sl.wikipedia.org/wiki/Mened%C5%BEment>

doc. dr. Tatjana Mlakar

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Območna enota Novo mesto



Sistemiški pristop k upravljanju

Povzetek

Pomembno dejstvo, ki izhaja iz modela kontrolne teorije sistemov je, da se le-ta v možni aplikaciji prilagaja v Sloveniji veljavni organizacijski shemi delovanja sistema zdravstvenega varstva, kar pomeni, da ne ruši ali ne zahteva zakonskih sprememb delovanja posameznih podsistemov v sistemu zdravstvenega varstva.

Model kontrolne teorije sistemov prav tako ne vsebuje elementov organizacije dela, ki bi zahtevali v Sloveniji bistvene kadrovske reorganizacijske spremembe znotraj podsistemov v sistemu zdravstvenega varstva. Model se informativno, učeče transformira v samokontrolni in samonadzorovani sistem. S tem želi izničiti vpliv pomot in napak v procesu dela in vpliva negativnih čustev izvajalca – človeka, na rezultate dela. Vendar vnaša v obvladovanje zdravstvenega sistema bistvene novosti, ki bi zmogle postati inovacije vsaj postopno.

Ključne besede: kontrolna teorija sistemov, sistem zdravstvenega varstva, inovacija, sistem.

Abstract

An important fact, arising out of the Control Systems Theory model, is that it is adjusted in its possible application to the organisational scheme of the medical care system in practice in Slovenia; it does not contradict or necessitate any statutory change of individual sub-systems within the overall health care system.

In addition, the Control Systems Theory model has no elements of work organisation, which would necessitate essential staff reorganisation in the sub-systems within the Slovenian health care system. The model transforms informatively and instructively into a self-controlled and self-supervised system. In this way it aims at eliminating errors and mistakes in the work process and the impact of negative emotions of the human being to the results of work. However, it introduces a number of essential novelties into the health system control, which could gradually become innovations.

Key words: Control Systems Theory, Medical Care System, Innovation, System.

Izbrani problem in vidik obravnavanja

Ocenjujem, da podobno kot na mnogih drugih področjih, tudi v sistemu zdravstvenega varstva (SZV), v naši družbi ni dovolj celovitosti opazovanja, razmišljanja, odločanja in delovanja. Praviloma je to posledica procesa, v katerem desetletja naraščata skupna količina in raznolikost vednosti in znanja, tako da nujno narašča vse ožja specializacija. Toda ob tem je še toliko bolj pomembna in celo nujna celovitost, ki opozarja na skrb, da ne bi česa bistvenega pustili vnemar in tako povzročili nevarnih posledic za delovanje celotne dejavnosti, npr. SZV.

Celovitost - bistvo systemskega razmišljanja

Teorija sistemov je nastala kot splošna teorija sistemov. 'Teorija' je napačen prevod Bertalanffyjevega¹ pojma 'Splošni nauk o sistemih', saj beseda nauk vključuje trud, da nekoga nekaj naučimo, beseda teorija pa posplošuje vednosti in znanja, ne glede na trud vplivati na uporabnike vednosti in znanj. Bertalanffy je kot filozof, umetnostni zgodovinar in teoretični biolog živel v času dveh svetovnih vojn in svetovne gospodarske krize². Zato je spoznal, da je skupni imenovalec virov vseh vrst težav enostranskost namesto celovitosti. Gre torej za trud naučiti se razmišljati celovito.

V tej luči bi lahko povzeli **bistvo systemskega razmišljanja** z naslednjimi opredelitvami:

- poskuša omogočiti opis in obvladovanje (zelo) zapletenih pojavov in procesov brez puščanja bistvenih lastnosti ob strani in to
- z odmikom od pretirane (!) specializacije in to
- s pomočjo med-strokovnega ustvarjalnega sodelovanja in to
- z etiko soodvisnosti medsebojno različnih ljudi kot raziskovalcev in/ali praktikov, zato da
- skupno dosežejo zadostno in potrebno celovitost zaznavanja, razmišljanja, odločanja in delovanja nekega pojava.

Sistemsko razmišljanje je način razmišljanja, ki:

- upošteva in postavlja v ospredje pozornosti **soodvisnost(i)**;
- je povezovalno razmišljanje, ki tvori **mostove med specialisti**;
- ne spodbija niti ne razveljavlja pomena specializacije, ampak jo dopolnjuje s sodelovanjem med specialisti, da bi vodilo k **sinergijam**.

Sistemsko razmišljanje ne prikriva dejanske kompleksnosti niti kompliciranosti, da **ne bi pretirano poenostavljanje** vodilo v spreglede pomembnih dejstev (pojavnost/dogodkov) in zato v zapletene posledice.

Celovitost je pri tem sinergija štirih bistvenih soodvisnih lastnosti:

- sistemnost zajema vidik globalnih lastnosti obravnavanega pojava ali procesa kot celote, kakršnih posamična sestavina te celote sama nima;
- sistematičnost zajema vidik lastnosti posamičnih delov te celote, kakršnih celota nima, imajo jih pa deli,
- dialektičnost ali soodvisnost zajema vidik medsebojne odvisnosti delov obravnavane celote, iz katerega nastajajo medsebojni vplivi med deli, iz njih pa lastnosti celote, katere posamični deli nimajo,
- realističnost ali stvarnost pa zajema vidik sposobnosti in volje raziskovalcev, opazovalcev, odločevalcev in izvajalcev sklepov, da so pri svojem opazovanju, razmišljanju, odločanju in delovanju kar najbolj blizu dejanski stvarnosti.

Celovitost pomeni, da zajamemo povsem vse lastnosti pojava/dogodka, s povsem vseh vidikov in povsem vseh njihovih medsebojnih soodvisnosti in zato tudi novih lastnosti - sinergij, ki nastanejo³. Taka celovitost je za ljudi iz naravnih razlogov, ker imamo omejene telesne, duševne in časovne sposobnosti, neuresničljiva. Zato se je v teku tisočletij, stoletij in zlasti zadnjih desetletij uveljavila vse ožja specializacija, z njo pa tudi težnja, da bi pojmovali celovitost z omejitvijo znotraj specializacije. Žal je to le izjemoma zadostno, kajti spregledane lastnosti ne nehajo obstajati in vplivati, le pozorni nismo več nanje, če se specializiramo na drugačen del lastnosti. Potrebna je torej neka srednja pot med neizvedljivo popolno in nevarno navidezno celovitostjo. Imenujemo jo zadostna in potrebna celovitost, v angleščini 'requisite holism'. (Preglednica 1)

3 Zgled: jedilna sol je sinergija dveh strupov - natrija in klora.

1 Bertalanffy, General Systems Theory (1979), str. 139 - 164.

2 Drack, Is Paul Weiss' und Ludwig von Bertalanffy's Systems Thinking Still Valid Today? Systems Research and Behavioral Science, (2007), str. 24, 5, 537-546.

vornost je usmerjena v reševanje tistega, kar po vseh neracionalnostih, ki so se dogajale na vseh področjih delovanja in vplivanja človekovih dosedanjih neracionalnih dejanj, še sploh lahko rešimo in se rešimo. Zdravstvena dejavnost je področje, ki naj bi ohranjalo, izboljševalo ali vračalo zdravje, pa vedno ni tako. Žal se tudi na področju skrbi za zdravje, ki je po mnenju večine, najdragocenejša življenjska dobrina, interesi posameznikov lahko iznakažejo v nasprotje z usmeritvijo družbene odgovornosti.

Pomen upravljanja v sistemu

Upravljanje se tudi v socialnih poslovno-organizacijskih sistemih (SPOS), kamor sodijo tudi zdravstveni poslovno-organizacijski sistemi, zagotavlja na vsaj tri načine: s sistemom krmljenja (»center daje povelja«, ki se takoj izvršuje), z uravnavanjem (kjer izvedbo »povelj iz centra« nadzoruje s sprotnimi informacijami o dejanskem stanju) in po vzročno-učinkovalnem načinu, kjer se učinki izvedejo z izredno hitrostjo prilagajanja (»podzavestno, samoorganizacijsko«), kjer je SPOS v nevarnosti. Postopki tečejo po modelih za spreminjanje (odzivanje), kjer se v izhodišču dejansko stanje primerja z zelenim stanjem (kriteriji, merila, hierarhija, soodvisnost). Uravnalci v živih sistemih (ki so lahko stalni ali nestalni in hierarhično definirani), odločajo (v prvi fazi) na osnovi zelo enostavnega kriterija: nad/pod nivojem, je/ni, +/-, 0/1⁷. Postopki tečejo po modelih za spreminjanje (odzivanje), kjer se v izhodišču dejansko stanje primerja z zelenim stanjem. Upravljanje sistema in podsistemov teče na osnovi (oz. po kriteriju) cilja SPOS. Organizacijsko hierarhični odnosi in vloge podsistemov v SPOS so nesporni, dokler ne zastarajo v primerjavi z razmerami v okolju.

Upravljanje mora zato biti »ravno prav« celovito in raznoliko opremljeno.

Zakon potrebne in zadostne celovitosti pomeni, da (naj) avtorji / upravljalci z opredelitvami (sistema) izbranih vidikov, s katerih bodo obravnavali neko »celoto«:

- ne pretiravajo v smeri k neizvedljivi celovitosti, ki bi pomenila uporabo pojma »absolutni ali popolni sistem«, ki je sistem (celota) čisto vseh vidikov, saj pride praktično v po-

štev samo teoretično; poleg tega bi tak poskus zahteval preveč napora, da bi bil smisel (tudi, če bi bil izvedljiv);

- ne pretiravajo v smeri k nezadostni, navidezni celovitosti edinega vidika, ki bi pomenila uporabo (zelo) reduciranega sistema (slike stvarnosti z nekega vidika), ki obravnavano stvarnost poenostavlja tako, da se pretirano odmakne od vsake resničnosti; to bi namreč dalo prešibko podlago za analizo in delovanje (vodilo bi k spregledom in zato k napakam, vključno s svetovnimi vojnama, svetovnimi gospodarskimi krizami, svetovno razsežnimi ekološkimi problemi itd.);
- namesto tega dvojega upoštevajo dejansko potrebo, da upoštevajo svojo soodvisnost, ki jo povzroča njihova nujna specializacija, in razvijejo svoja subjektivna izhodišča v smeri k etiki in sposobnosti za medstrokovno ustvarjalno sodelovanje, da z njo dopolnijo svojo specializacijo.

Dokler se znanstveniki in praktiki – specialisti posamičnih strok – ne počutijo soodvisni s specialisti drugih strok namesto neodvisni, se da problem celovitosti (in človeštva) komajda rešiti. Viabilnost postane vprašljiva.

V primeru SZV lahko govorimo o SPOS, ki ima mnoge subjektivne značilnosti svojih odločevalcev, ki so mnogokrat povezane s čustvi, saj gre za upravljanje dobrine – zdravja, v zvezi s katero ljudje razmišljajo in postopajo čustveno. Oblikovanje planov kontrolnih postopkov mora biti vezano tudi na zadovoljevanje interesov uporabnikov – pacientov.

Nered, imenovan ustaljen in nespremenljiv red, je stalnica, ki spremlja SZV že nekaj let in ga želimo z uravnoveženim sistemom kontrolnih postopkov uravnovežiti z novim redom, da bi bil tako inoviran in potem inovacijsko učinkovit.

Pripovedi udeležencev o primerih nereda dajejo osnovo za oblikovanje koncepta kontrolnih postopkov na posameznih kontrolnih točkah, ki bodo presejanje obsega nereda uravnovežile z obsegom nujnega novega reda z več učinkovitosti in uspešnosti. Tako bi SZV prispeval h konkurenčnosti Slovenije in kakovosti življenja prebivalcev v njej.

Pripovedovanje zgodb med udeleženci različnih podsistemov SPOS pomeni hkrati učenje, kar prispeva k oblikovanju skupine strokovnjakov, ki bo kompleksneje poznala opazovani SPOS.

7 Pojem hitrega uravnavanja v bioloških živih sistemih pomenijo delčki sekunde. Hitro reagiranje n.pr. odziv na borzna dogajanja ali tržno situacijo pa pomeni nekaj ur ali morda dan, dva..., podobno prevladuje v drugih organizacijskih živih sistemih.

Smiselnost uvedbe modela kontrolne teorije sistemov

Zapletenost v SPOS narašča kot neogiben ukrep ekonomiziranja, ko večja nepovezanost ni več uspešna zoper entropijo. Ali to zaznamo pravočasno, je odvisno od subjektivnih izhodišč vplivnih ljudi, ko gre za procese, v katere se vključujejo zavestno ali podzavestno. Hkrati z rastjo zapletenosti v okolju in v SPOS nastaja nevarnost, da centralizacija povzroči ozko grlo v procesih, zato moramo vplivati na subjektivna izhodišča in možnosti, s poenostavitvijo obvladovanja SPOS. Največkrat manjka medstrokovna ustvarjalnost. Zagotavljanju formalnih predpogojev, definiranju vlog oz. funkcij v podsistemu, vzpostavitev pogojev za delovanje človeka kot organizacijsko dovolj popolnega in definiranje nosilcev nalog, da se te aktivnosti odvijajo od najnižjega do najvišjega nivoja organizacijske hierarhije, je treba posvetiti ključno pozornost. Za (zdravstveni) sistem ni potrebno, da je uravnotežen, temveč mora siliti k uravnoteženju, s čimer mora biti prilagodljivo spremenljivim razmeram.

Največja nevarnost je ukvarjanje samih s sabo, ki neučinkovito troši energijo, moč, ki jo zmanjkuje za delo in odnose z okoljem. Entropija narašča. Stabilne, inovativno rastoče male enote so zagotovilo za stabilizacijo stanja velikih sistemov kot dinamičnega uravnoteženja. Notranji red je pogoj za doseganje temeljnih ciljev celote, npr. zdravstvenega sistema. Sistem je potrebno spoznavati po delih, a tako, da nobenega dela ne proglasimo za dokončno celoto, ampak poskušamo s povezovanjem delnih spoznanj v prepleten splet – sistem doseči kar se da celovito sliko in delovanje, s tem ustvarjalnost, ki ni le navidezna in enostranska.

Po empirični sliki o slovenskem zdravstvu obstajajo v njem ravno iz omenjenih vidikov težave, ki jih dosedanje metode niso razrešile, sicer se ne bi nakazovale vedno znova nove reforme in ne bi znane mednarodne primerjave kazale, da sta učinkovitost in uspešnost slovenskega zdravstva pod povprečjem oz. potrebno ravnijo, da bi zmogli pokriti vse potrebe z danimi viri, poleg tega pa s preslabo izrabljenimi zmogljivostmi doseči dodatno trženje.

Osrednji del izhodišč za oblikovanje kontrolne teorije sistemov

Po Dialektični teoriji sistemov ima vsak proces svoja izhodišča: subjektivni del sestavljajo vednost, znanje in vrednote ljudi, ki se v proces vključujejo kot oblikovalci ciljev in/ali njihovi uresničevalci, objektivni del pa objektivno, torej izven omenjenih ljudi obstoječe potrebe in možnosti. Vsaka teorija tvori del možnosti, ki jo ljudje uporabijo, da poskusijo kriti potrebe. V primeru Kontrolne teorije sistemov (KTS) se osredotočamo na naslednje potrebe:

- Zagotoviti je potrebno celovitost namesto enostranskosti razmišljanja, delovanja, obnašanja v vsakdanjem delu in življenju, npr. v SPOS, npr. v slovenskem zdravstvu.
- Doseči je potrebno odprtost, prisluhni drugim in drugačnim mnenjem.
- Doseči je potrebno dinamičnost ne statičnost obravnave nalog, sposobnost prilagajanja in s tem sposobnost upoštevati dejstvo, da so drugi lahko z drugih vidikov prišli do drugačnih spoznanj, dogovorna prilagodljivost in pot do sinergije vseh doseženih spoznanj.
- Spoštovati je potrebno med-strokovnost namesto eno-strokovnosti.
- Upoštevati je potrebno soodvisnost analize in sinteze namesto neodvisnosti analize od sinteze (izhodišč in sklepov iz predhodnih analiz).
- Uporabiti je potrebno metodološko (ustvarjalno), ne le metodijsko (rutinsko) znanje.
- Natančno je potrebno opredeliti problem, cilje in naloge.
- Stalno je potrebno usposabljanje vseh sodelujočih za sodelovanje, za pripravo podlag, za izbiro in obdelavo podatkov za izdelavo in uporabo informacij.
- Ustvarjati je potrebno pogoje za ustvarjalno delo, ne čakati ampak ustvarjati pogoje, podlage, kot spoznavanje lastnih procesov, oblikovanje interdisciplinarnih timov in njihovo usposabljanje za ustvarjalno sodelovanje.
- Obdelava podatkov – informacijski tok sporočil, informacij, izmenjava, zunanji in notranji tok in obratno – mora vse to podpreti.

Kontrolna teorija sistemov

Model KTS mora izpolnjevati zahtevo po postopnem uvajanju (inovativnih!) sprememb, ki se

morajo odvijati v logičnem zaporedju, identificirati prehodno stopnjo oz. obdobje in za vsako stopnjo potrebno vnaprejšnjo usposobitev ter pripravo za izvedbo naslednje stopnje.

Model KTS naj bi izključeval možnosti pretirane samoorganiziranja, verjetnostnih sinergij in intuitivnega ukrepanja, ker je takšno ukrepanje praviloma posledica izvedbenih procesnih pomanjkljivosti modela. Hkrati naj dopušča strokovno ustvarjalnost in zavira birokratsko togost. Kljub temu, da popolnost praviloma ni dosegljiva, je potrebno delovati v smeri k dovolj celovito obvladanemu organiziranju s pomočjo dogovorne sinergije in dokaznega ukrepanja.

KTS je vsebinski model. Model uvedbe KTS ima faze A, B, C. Gre za kontrolni mehanizem, ki je izvedbeni model KTS. Za sedanjega je v sistemu zdravstvenega varstva v navadi pojem protokol, tukaj gre torej za dialektični sistem okvirnih protokolov.

Faza A naj bi zagotavljala:

- izvajanje dejavnosti z novimi pristopi in metodami dela, ki bodo stimulatивne za izvajalce, ki bodo naloge izvajali, saj gre za skupinsko delo in s tem celovitejše in ustvarjalnejše delovne aktivnosti,
- sinergijo pri obvladovanju operativnih nalog,

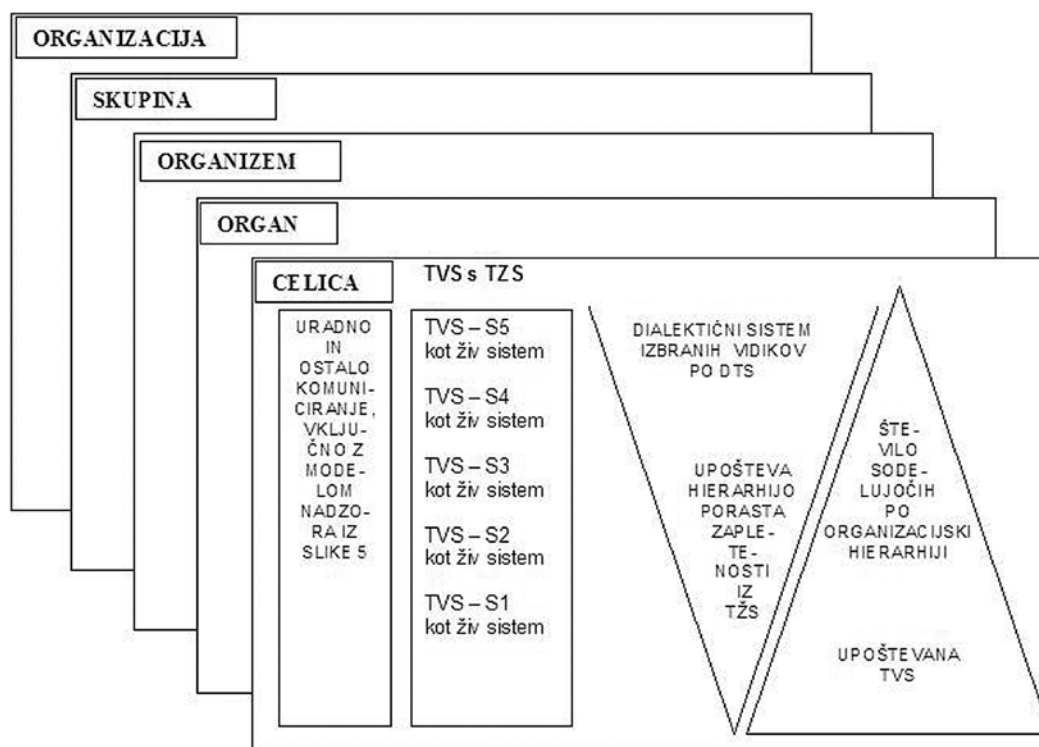
- pridobivanje dovolj kvalitetnega kadra, ki bi obvladoval in poznal lasten SZV in podobne SPOS v svetu, ter s tem prispeval k zniževanju stroškov najemanja tujih strokovnjakov,
- kvalitetno in celovito izvajanje strateških odločitev in s tem prispevek k trdnosti celotnega SZV.

Faza B naj bi zagotavljala:

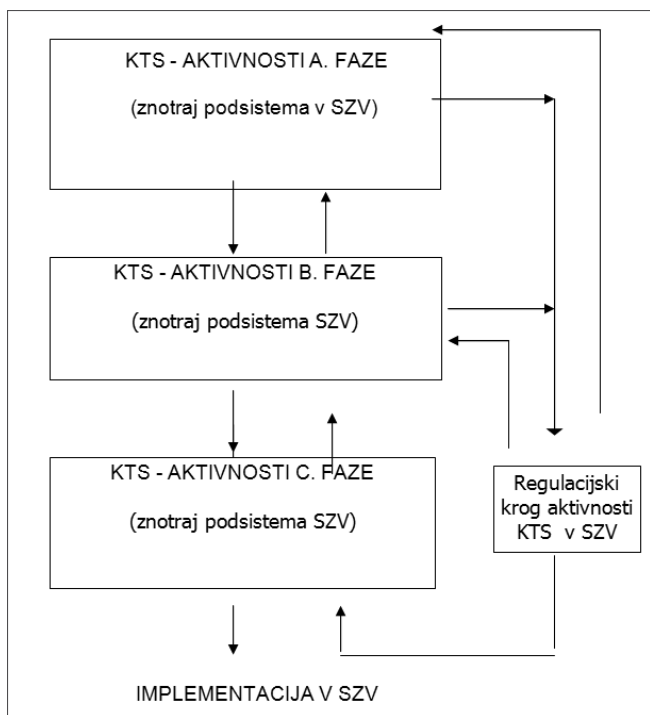
- zbiranje podatkov na enem mestu, ne glede na to, kdo v SPOS jih potrebuje,
- ažuren zbirnik podatkov, ki bo predstavljal seznam informacij, ki jih ima vsak od podsistemov v uporabi in so na voljo tudi ostalim podsistemom v SPOS,
- poenoten način uporabe računalniške in programske opreme,
- sodelovanje med podsistemi, kar bo prispevalo h krepitvi vsakega od njih,
- oblikovanje strokovnjakov s kompleksnim poznavanjem SPOS (vzgojiti nekaj strokovnjakov, ki bodo SPOS SZV razumeli in poznali celovito).

Faza C:

Model bo imel vgrajen dialektični sistem notranjih kontrol za celoten SZV, zato obvarovan pred elementarnimi oscilacijskimi motnjami.



Slika 1: Model KTS.



Slika 2: Povezava aktivnosti modela kontrolne teorije sistemov.

Stabilnost SPOS je ena od najbolj pomembnih lastnosti SPOS. Pojem stabilnosti nekega SPOS je povezan s pojmom funkcioniranja SPOS. Predpisano vrednost v organizacijskih sistemih izražajo npr. interna navodila, delovna navodila v primeru pričakovanih motenj in kako v primeru motenj, ki niso pričakovane.

Z vidika organizacijskega sistema nas bolj zanimajo motnje, ki niso predvidene v internih navodilih. V tem primeru je potrebno vzpostaviti naslednje notranje tokove:

- monitoring zaznavanja notranjih in zunanjih razlik v temeljnem procesu,
- informacijski tok (notranja in zunanja izmenjava informacij, podatkov,...),
- odločevalski tok (ravnanje, ukrepanje).

Izhajati je potrebno iz predpostavke, da je potrebno pot vsake denarne enote, ki je namenjena zdravstvenemu varstvu zavarovanih oseb, skrbno spremljati in nadzorovati. Za to je potrebno usposobiti vse sodelujoče v sistemu zdravstvenega varstva, najprej pa najplivnejše.

Ukazovalna in organizacijska hierarhija imata v sliki 1 obliko trikotnika s konico navzgor, kar kaže, da se v ukazovalni in organizacijski hierarhiji število udeleženi sodelavcev veča navzdol (več izvajalcev kot poveljnikov). Dopolniti

ga velja s trikotnikom s konico navzdol, ki kaže, da je širina potrebnega in zadostnega dialektičnega sistema vidikov vse manjša, kolikor nižje je človek v organizacijski oz. ukazovalni hierarhiji. Sodelavec pri posamičnem stroju ali celo opravilu na tekočem traku sme in mora biti zelo ozko specializiran, ne pa nadrejeni, še zlasti ne poslovodja oz. ravnatelj/menedžer.

Iz slike 1 in praktičnih spoznanj upoštevamo, da nivo (pod)sistem viabilnega sistema (VS):

- S1 predstavlja operativno izvedbo nalog po povsem ozkih in kratkoročnih, sprotnih merilih za optimiziranje izvedbe nalog,
- S2 predstavlja delovanje ambulante, službe, ki povezuje operativce po kratkoročnih, a ne zgolj sprotnih merilih optimiziranja,
- S3 predstavlja delovanje organizacije - izvajalca nalog, ki povezuje ambulante v oddelke ipd., po srednjeročnih merilih optimiziranja,
- S4 predstavlja delovanje stroke v SZV, da z raznimi raziskavami pridobiva informacije za nosilce operativnega in politično strateškega odločanja; v medicinske raziskave spada npr. glede zdravil državna in meddržavna kontrola in odobravanje pred uporabo, ipd.,
- S5 predstavlja politični vidik delovanja SZV, ki postavlja dolgoročne smernice in optimizira celoto po dolgoročnih merilih.

Vsak (pod)sistem VS deluje v SZV na osnovi aktivnosti in sodelovanja udeležencev različnih strokovnih področij (medicina, ekonomija, pravo, finance,...). Razmišljanje le-teh z različnih strokovnih vidikov vodi v oblikovanje protokolov, ki zagotavljajo kvalitetno izvajanja procesov. Množičnost udeležencev se manjša v smeri S1 do S5.

Miselne aktivnosti, ki se morajo dogajati v procesu izvajanja delovnih nalog, izhajajo iz spleta sestavin izhodišč, ki smo jih omenili:

1. OBJEKTIVNA IZHODIŠČA imajo obliko POTREB, ki jih zaznamo in izmed njih izberemo prednostne in MOŽNOSTI, ki jih zaznamo in izmed njih izberemo ustrezne za izvedbo procesa v skladu z izborom zaznanih in prednostnih izmed potreb.
2. SUBJEKTIVNA IZHODIŠČA imajo obliko:
 - vrednot (npr. želje, pripisana pomembnost ipd.),
 - vednosti (kaj vemo o obravnavani zadevi),
 - znanje (kako zagotoviti želeno).

Na osnovi obojnih soodvisnih sestavin izhodišč, izraženih na osnovi izbranih vidikov v prednostnih potrebah in ustreznih možnostih, oblikujemo CILJ. Najprej opredelimo po subjektivnih izhodiščih dialektični sistem vidikov, na tej osnovi zaznane potrebe in možnosti, na njihovi osnovi prednostne potrebe in ustrezne možnosti in šele potem cilj.

Sklepi in predlogi

Sanacijski programi in reforme stežka uspejo kjerkoli, tudi v SZV, če ne postavijo v ospredje inoviranja subjektivnih izhodišč ljudi in iz njih sestavljenih organov, ki odločajo. Vključiti morajo poudarek na potrebni in zadostni celovitosti in sinergijo lastnosti, ki jih postavljajo v prvi plan vloge ljudi v enotah SZV kot viabilnih sistemih 1 – 5, saj se nujno razlikujejo in dopolnjujejo. Uporaba KTS omogoča vpogled, katere točke – npr. v SZV – so bistvene in jih je treba inovirati, da bi SZV deloval v skladu s sodobnimi potrebami. Uporaba KTS omogoča, da ta proces teče postopno in inovira stvarnost SZV, ne da bistveno spremeni formalnosti v SZV. S tem zmore KTS ustreči zahtevam, ki jih pred menedžerje SZV postavlja sedanje dano stanje

Omenjeni viri:

- Bertalanffy Karl Ludwig von: General Systems Theory. Foundations, Development, Applications. Revised Edition. Sixth Printing. Brazziller, New York 1979.
- Drack, M., and Apfalter, W.: Is Paul Weiss' und Ludwig von Bertalanffy's Systems Thinking Still Valid Today? Systems Research and Behavioral Science, 2007.
- François, C., ed.: International Encyclopedia of Systems and Cybernetics. 2nd edition. K. G. Saur Verlag. Muenchen, 2004.
- Mlakar Tatjana: Kontrolna teorija sistemov – nov model sistemskega razmišljanja (s preventivno aplikacijo na zdravstveni system). Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Maribor 2007.
- Mlakar Tatjana, Mulej Matjaž: Complementarity of the Living Systems and the Dialectical Systems theories: The case of public medical care in Slovenia. Cybernetics and Systems, 2007.
- Mulej Matjaž, Mlakar Tatjana: Organizational innovation in health care – as a process, Medicinski glasnik, 2008.
- Mulej Matjaž: Dialektična teorija sistemov. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za telesno kulturo, 1975. Neobjavljeno predavanje, magistrski študij.
- Mulej Matjaž, Kajzer Štefan: Tehnološki razvoj in etika soodvisnosti. Raziskovalec, 1998.
- Potočan Vojko, Mulej Matjaž: Transition into an Innovative Enterprise. University of Maribor, Faculty of Economics and Business, Maribor, 2007.

mag. Vlasta Kovačič Mežek
Ministrstvo za zdravje



Izvajanje upravnih nadzorov v zdravstvu

Povzetek

Prispevek opisuje upravni nadzor nad zdravstvenimi izvajalci, tako javnimi, kot zasebnimi. Upravni nadzor je teoretično opredeljen, pravna podlaga pa izhaja iz Zakona o zdravstveni dejavnosti. Opisan je način praktičnega dela pri izvajanju upravnega nadzora, hkrati pa prispevek opozarja na morebitne težave, ki se lahko pojavijo pri izvajanju le-tega. Prispevek se zaključí s pogledom v smer sprememb na tem področju.

Abstract

The paper describes administrative supervision of health providers, both public and private. Administrative supervision is theoretically defined, the legal basis comes from the Health Services Act. The paper also describes the performance of administrative supervision in practice and draws attention to any problems that may arise from the performance. The paper concludes with a look into the direction of future changes in this area.

1. Uvod

Sistem zdravstva ima tri glavne cilje: ohranjanje zdravja prebivalstva, zagotavljanje zdravstvenih storitev, ki so odraz trenutnih potreb in zagotavljanje pravičnega in vzdržnega sistema financiranja zdravstvenega varstva. Povsem očitno je, da organizacija, konfiguracija in dostopnost zdravstvenih storitev vpliva na učinkovitost celotnega zdravstvenega sistema. Iz tega razloga je nujno, da je vzpostavljen nadzor nad poslovanjem zdravstvenih zavodov. Z upravnim nadzorom skušamo zagotavljati pravilnost dela oz. preprečiti ali odpraviti nepravilnosti. V primeru ugotovljenih in dokazanih večjih nepravilnosti, ima vršilec nadzora, torej Ministrstvo za zdravje možnost sprožiti postopke, ki pripeljejo do sankcioniranja nadzorovanega subjekta. Vendar nadzor ni samo sredstvo za odkrivanje nepravilnosti, ampak ima smisel tudi v nudenju pomoči, svetovanju, odpravljanju napak in izboljšanju dela na ravni celotnega poslovanja zdravstvenega izvajalca.

2. Teoretična opredelitev upravnega nadzora

Upravni nadzor je nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev¹. To opredelitev upravnega nadzora bi dopolnila še z navedbo, da je upravni nadzor tudi nad strokovnostjo in racionalizacijo dela.

V postopku opravljanja upravnega nadzora se pojavita dva subjekta, med katerima je eden aktivni subjekt, torej tisti, ki vrši nadzor, drugi pa je pasivni subjekt, torej tisti, nad katerim se vrši nadzor. Aktivni subjekt vpliva na bodoče delo pasivnega tako, da ga sistematično opazuje na podlagi vnaprej predpisanih meril (zakonodaja, smernice, običaji dobre prakse, ...) in po končanem nadzoru poda svoje ugotovitve, mnenja in priporočila.

3. Pravna podlaga

Upravni nadzor v zdravstvu opredeljuje 80. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti², ki navaja: "Upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev izvaja ministrstvo, pristojno za zdravje, na podlagi programa ali na predlog bolnika,

njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji. Minister, pristojen za zdravje, določi način izvajanja upravnega nadzora. Če se pri upravnem nadzoru ugotovijo nepravilnosti, izda ministrstvo, pristojno za zdravje, odločbo, s katero določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti."

Na njegovi podlagi je bil sprejet Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu³, ki je opredelil kdo sproži pobudo za upravni nadzor, kdo izvaja upravni nadzor, kaj zajemajo nadzorna dejanja, postopek upravnega nadzora in ukrepe kot posledico opravljenega upravnega nadzora.

4. Upravni nadzor v praksi

4.1. Odreditev upravnega nadzora in komisija za upravni nadzor

Upravni nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih zavodov in zasebnih zdravstvenih delavcev izvaja Ministrstvo za zdravje RS na podlagi programa ali na predlog bolnika, njegovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji, torej delimo upravni nadzor na redni ali izredni.

Postopek upravnega nadzora se začne z imenovanjem komisije za upravni nadzor. Število članov komisije lahko variira med tri in šest in je v odvisnosti od zahtevnosti predvidenega upravnega nadzora. V največ primerih so člani komisije zaposleni na Ministrstvu za zdravje, pri zahtevnejših upravnih nadzorih pa je uveljavljena praksa, da je en član komisije zunanji strokovnjak za področje, ki je (med drugim) predmet upravnega nadzora. Predsednik komisije skrbi za koordinacijo med člani komisije in med nadzorovano institucijo ter je odgovoren za sam potek nadzora. To pomeni, da sklicuje sestanke, skrbi za časovno usklajenost, je odgovoren za pridobitev vseh potrebnih podpisov na zapisniku ter odgovoren za pripravo usklajenega končnega poročila in posredovanje le-tega pristojnim osebam.

Komisija pregleda dokumentacijo izvajalca in vodi pogovore z direktorjem in posameznimi zaposlenimi v ustanovi izvajalca. Nadzorna dejanja komisije, ki opravlja upravni nadzor, so predvsem:

- pregled akta o notranji organizaciji z organizacijsko shemo,

1 Robida.

2 Ur.l. RS, št. 23/2005-UPB2, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdrS-E, 77/2008-ZDZdr.

3 Ur.l. RS, št. 14/95 in 72/98.

- pregled internih aktov izvajalca, veljavnih v obdobju, ki je predmet nadzora,
- pregled finančnega načrta z vsemi njegovimi spremembami in pregled programa dela izvajalca,
- pregled načrta nabav in gradenj za obdobje, ki je predmet nadzora in za naslednje leto,
- pregled kadrovskega načrta za izvajalce, ki so vključeni v sistem javnih uslužbencev,
- pregled sistemizacije delovnih mest,
- pregled finančnega in materialnega poslovanja izvajalca v obdobju, za katerega se opravlja nadzor,
- pregled revizijskih poročil notranje revizijske službe izvajalca ali v primeru, če izvaja le-te nima, poročila zunanjega revizorja, ki je pripravil poročila,
- pregled druge ustrezne dokumentacije (pogodbe, poročila, analize, revizije, sodbe...),
- razgovor z vodji ustreznih notranjih organizacijskih enot, glede na predmet nadzora,
- razgovor s poslovnim oziroma strokovnim direktorjem,
- pregled in preverjanje izpolnjevanja predpisanih pogojev za izvajanje zdravstvene dejavnosti (prostori, oprema, kadri),
- pregled izvajanja koncesijske dejavnosti v skladu s sklenjeno koncesijsko pogodbo,
- pregled pripravljenosti izvajalca na izredne razmere (masovne nesreče, epidemije,...),
- pregled dokumentacije vezane na kakovost oziroma varnost pacientov,
- druga ustrezna nadzorna dejanja.

Od obsega upravnega nadzora oziroma predmeta upravnega nadzora, pa tudi od same odločitve komisije za upravni nadzor je odvisno, katera od naštetih nadzornih dejanj bo izvedla komisija za upravni nadzor.

Člani komisije se samostojno odločijo, katero dokumentacijo bodo zahtevali od izvajalca, ki je nadzorovani subjekt. Zahtevo predsednik komisije pošlje nadzorovani instituciji in hkrati skliče uvodni sestanek, na katerem se odpre diskusija o predmetu nadzora, vzroku nadzora ipd. Obenem se na tem sestanku preda zahtevana dokumentacija (če je le možno v fotokopijah). V primeru, da določena dokumentacija ni bila pravočasna pripravljena, se dogovori za novi rok, v katerem mora nadzorovani subjekt posredovati dokumentacijo na sedež Ministrstva za zdravje. Zapisnik se piše na samem se-

stanku in mora vsebovati:

- podatke o začetku in zaključku sestanka,
- imena navzočih predstavnikov izvajalca,
- podatke o morebitnih navzočih drugih oseb, ki niso zaposlene pri izvajalcu,
- podatke o opravljenih nadzornih dejanjih,
- sezname zadev in drugih gradiv, ki jih začasno prevzame nadzorna komisija,
- morebitna naročila izvajalcu z navedbo rokov za njihovo izpolnitev,
- izjavo predlagatelja oziroma pobudnika nadzora,
- izjave predstavnika/ov uporabnikov,
- podatke o morebitnih težavah, zaradi katerih nadzorna komisija ni mogla opraviti nadzornih dejanj,
- druge podatke, pomembne za izvedbo nadzora.

Zapisnik podpišejo vsi prisotni na sestanku.

4.2. Pregled dokumentacije, priprava zapisnika in končno poročilo

Naslednja faza nadzora je pregled dokumentacije. V primeru, da so potrebni dodatni sestanki s predstavnikom izvajalca, nad katerim se vrši upravni nadzor, ali njemu podrejenimi uslužbenci, se le-ti izvedejo. Vsak sestanek mora biti obvezno evidentiran z zapisnikom, na katerem so podpisi vseh navzočih na sestanku. Hkrati s pregledom dokumentacije člani komisije že pripravljajo osnutek poročila o opravljenem upravnem nadzoru. Ko je le-ta končan, se ga pošlje izvajalcu, da poda morebitne pripombe ali pojasnila glede ugotovitev komisije. Sledi še zaključni sestanek, kjer so tema sestanka ugotovitve iz poročila ter morebitne pripombe ali pojasnila izvajalca v povezavi z ugotovitvami, navedenimi v poročilu. Pripravi se tudi zapisnik končnega sestanka z vključenimi sklepi, ki ga podpišejo vsi prisotni na zaključnem sestanku. Po končanem sestanku se osnutek poročila dopolni z vsemi zapisniki, sklepi ter morebitnimi komentarji izvajalca na ugotovitve poročila. Tako dopolnjeno poročilo se šteje kot končno, ko ga podpišejo vsi člani komisije. Končno poročilo se vroči ministru za zdravje, izvajalcu, nad katerim se vrši upravni nadzor, predlagatelju upravnega nadzora (če predlagatelj ni ministrstvo), največkrat pa tudi Svetu zavoda izvajalca kot organu upravljanja.

Če so pri nadzoru ugotovljene nepravilnosti, minister za zdravje na podlagi poročila komisije za upravni nadzor izda odločbo, s katero določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti. Če se ugotovijo nepravilnosti, lahko uradna oseba, ki ima tovrstno pristojnost, izjemoma odredi tudi začasen ukrep, da se prepreči neposredna nevarnost za zdravje ljudi ali za zdravstvene razmere. Če se ugotovi, da zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec zavoda ali zasebni zdravstveni delavec ni sposoben opravljati nalog, ki so mu zaupane, je treba o tem obvestiti delodajalca in pristojno zbornico.

S tem je formalno postopek nadzora končan. Potrebno je le še spremljanje popravilnih ukrepov, navedenih v odločbi.

4.3. Potencialne ovire pri izvajanju upravnih nadzorov

Glede na izvajanje upravnih nadzorov v praksi in izkušnje, pridobljene na tem področju, je daleč največji problem pri izvajanju upravnih nadzorov čas. Rok za izvedbo upravnega nadzora je namreč ponavadi 30 dni od imenovanja komisije za upravni nadzor, 15 dni po končanem upravnem nadzoru pa naj bi bilo pripravljeno poročilo. To je prekratko obdobje, predvsem, kadar gre za nadzor nad celotnim poslovanjem zdravstvenega izvajalca ali nadzor nad večletnim delovanjem posameznega segmenta dela zdravstvenega izvajalca. V primeru, da gre za kombinacijo obojega, kot najzahtevnejšo obliko upravnega nadzora, pa je prej omenjeno prekratko obdobje celo ovira za izvedbo kvalitativnega nadzora.

liko več.

Naslednji problem, na katerega bi lahko naleteli, je pomanjkanje znanj članov komisije za upravni nadzor, ki lahko vodijo do napačnih zaključkov. Do tega problema ponavadi ne pride, saj je pred imenovanjem komisije glavna skrb ministrstva v komisijo imenovati osebe, ki so strokovnjaki za področja, ki so predmet upravnega nadzora. S tem v povezavi pa je bolj pogosta težava pomanjkanje ustreznih kadrov, ki so usposobljeni, zainteresirani in hkrati časovno dosegljivi, da se vključijo v izvajanje upravnega nadzora.

Prav tako je lahko ovira pri izvajanju nadzorov nedefiniranost postopkov. Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu namreč le splošno predpisuje potek nadzora, vse ostalo pa je stvar interpretacije in odločitve komisije za upravni nadzor.

Med morebitne ovire bi lahko šteli še nekooperativnost zdravstvenega izvajalca, pri katerem se izvaja upravni nadzor v smislu zavlačevanja postopka, prikrivanja dokumentacije ipd.. Tovrstna težava je po doslej znanih podatkih zelo redka.

4.4. Statistika upravnih nadzorov:

Pravna podlaga za opravljanje upravnih nadzorov je bila vzpostavljena že leta 1992 s sprejemom Zakona o zdravstveni dejavnosti, podrobneje pa je leta 1995 postopek opredelil Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu. Za obdobje od sprejema zakona oziroma pravilnika do leta 2000 ne obstajajo verodostojni dokazi o številu opravljenih upravnih nadzorov in njihovih ugotovitvah, po letu 2000 pa je podatkov nekoliko več.

Tabela št. 1: Število opravljenih upravnih nadzorov v obdobju 2000 - 2010

Leto	Skupno število upravnih nadzorov	Vrsta zdravstvenega izvajalca				
		Bolnišnica	Zdravstveni dom	Zavod za zdravstveno varstvo	Lekarna	Drugo
2000	0					
2001	3	3				
2002	4	2		1		1
2003	3	1	2			
2004	2	1		1		
2005	4	1	3			
2006	2		1	1		
2007	4	1	3			
2008	2	2				
2009	19	12			1	
2010	4	2	2			

Iz tabele je razviden velik porast števila opravljenih upravnih nadzorov v letu 2009. Razlog za to je plačna reforma, zaradi katere je Vlada RS s sklepom št. 01002-3/2009/6 naložila pristojnim ministrstvom, da izvedejo nadzore na temo pravilnosti prehoda na nov plačni sistem v javnih zavodih. Med 19 upravnimi nadzori jih je bilo kar 10 takih, ki so zajemali samo nadzor nad prehodom na nov plačni sistem, še pri dveh pa je bil ta predmet nadzora zajet v okviru nadzora celotnega poslovanja zdravstvenega izvajalca.

Najpogostejši nameni upravnega nadzora so v zadnjih nekaj letih bili:

- ugotoviti, kaj je privedlo bolnišnico do stajanja, da je za konec leta napovedovala visoko izgubo;
- preverjanje pritožbe predlagatelja upravnega nadzora zaradi nevestnega zdravljenja;
- razjasnitev primera smrti pacienta;
- preverjanje zakonitosti dela zdravstvenega izvajalca;
- preverjanje, ali ima zdravnik za delo licenco;
- preverjanje dela določene notranje organizacijske enote zdravstvenega izvajalca;
- ugotavljanje pravilnosti, zakonitosti in smotrnosti poslovanja zdravstvenega izvajalca;
- nadzor nad delom specializantov;
- obveščnost v zvezi s postopki po Zakonu o pacientovih pravicah...

Zelo redko se je pri opravljanju nadzora zgodilo, da ni bilo ugotovljenih nepravilnosti in tako ukrepi niso bili potrebni. Kjer so ugotovljene konkretne napake, je za odpravo teh napak predpisan ukrep, če pa gre le za ugotovitve, da bi se nekatere zadeve dalo izboljšati (čeprav so v skladu z veljavno zakonodajo), pa komisija poda priporočila. Po izkušnjah sodeč nadzorovani zdravstveni izvajalci večinoma izvršijo tako ukrepe, kot tudi upoštevajo dana priporočila in jih implementirajo v praksi.

5. Prihodnost

Predlog novega Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je bil konec leta 2009 dan v javno razpravo, je nadzor v zdravstvu in tako tudi upravni nadzor zastavil nekoliko drugače. Predlog je bil v sredini aprila 2010 za predvidoma dva meseca umaknjen iz parlamentarnega postopka, saj naj bi bil še dopolnjen in spremenjen (tudi na področju nadzora).

Predlog novega zakona ne omenja več termina "upravni nadzor", temveč ga nadomešča termin "zunanji nadzor". Ta naj bi obsegal nadzor nad zakonitostjo dela izvajalca zdravstvene dejavnosti, strokovnostjo dela izvajalca zdravstvene dejavnosti in nadzor nad delom pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti zaposlenih zdravstvenih in drugih delavcev. Za podrobnejšo opredelitev postopka in vsebine nadzora je predviden podzakonski akt, kar je zapisano tudi v trenutno veljavni zakonodaji, novost pa je natančnejša opredelitev, kaj stori ministrstvo v primeru ugotovljenih nepravilnosti ali napak in sicer naj bi ministrstvo imelo možnost, da:

- z odločbo od izvajalca zdravstvene dejavnosti zahteva odpravo pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti ter določi ukrepe in roke za njihovo odpravo;
- z odločbo izreče javni opomin izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki se objavi na spletnih straneh ministrstva;
- z odločbo prepove opravljanje posamezne vrste zdravstvene dejavnosti oziroma z odločbo začasno, dokler niso odpravljene ugotovljene pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti, ki bi lahko povzročile neposredno nevarnost za zdravje ljudi, prepove izvajalcu zdravstvene dejavnosti opravljati posamezno vrsto zdravstvene dejavnosti;
- predlaga uvedbo nadzora pristojnega inšpektorata ali
- izvajalcu zdravstvene dejavnosti predlaga, da zdravstvenega delavca, za katerega se ugotovi pomanjkljiva usposobljenost, premesti na ustrezno delovno mesto, ga napoti na dodatno strokovno izpopolnjevanje oziroma mu dodeli mentorja.

Osebno sem mnenja, da bi moral podzakonski akt, sprejet na podlagi novega Zakona o zdravstveni dejavnosti, podrobneje opredeliti vsebino in potek upravnega oz. zunanjega nadzora, kot to ureja obstoječi pravilnik in sicer:

- protokol nadzora,
- obvezne sestavine zapisnika,
- časovno obdobje, prilagojeno zahtevnosti nadzora,
- metodologijo nadzora,
- obvezno vsebino končnega poročila,
- vzpostavitev evidence opravljenih nadzorov.

V prihodnosti pa bi bilo nujno izvajati upravne nadzore tudi med zasebnimi izvajalci zdravstvene dejavnosti. Ti so bili do sedaj hote ali nehote izpuščeni iz tovrstnega nadzora, ne gle-

de na to, da zakon enak nadzor predpisuje tako za javne kot zasebne izvajalce zdravstva.

6. Zaključek

Upravni nadzor ne pomeni sredstvo ministrstva za iskanje napak in krivcev za napake, ampak predstavlja predvsem dvoje:

- Priložnost za izvajalca nadzorov, da prepozna probleme, s katerimi se soočajo izvajalci zdravstvenih storitev in da na podlagi konkretne dokumentacije lahko objektivno presodi o skladnosti z zakonodajo ter o strokovnosti ter racionalnosti poslovanja. Skladno s tem ima možnost izvajalcu predpisati ukrepe, usmeritve, priporočila ipd., ki bi izboljšali dani položaj, v primeru, da pa gre za sistemsko težavo, pa je naloga izvajalca nadzora, da se loti reševanja te težave na višji ravni.
- Priložnost za nadzorovanega zdravstvenega izvajalca, da opozori na konkretne težave, s katerimi se srečuje pri svojem delu in da dobi neposredne usmeritve kot pomoč pri organizaciji svojega dela.

Z namenom doseganja boljšega upravljanja in vodenja zdravstvenih zavodov in boljše kvalitete izvajanja zdravstvenih programov želimo doseči višjo stopnjo strokovne pripravljenosti, pregleden način izvajanja upravnega nadzora in kompetentno pripravo ukrepov. Zato je sprememba zakonodaje na tem področju nujna in dobrodošla.

7. Literatura

1. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št 9-460/92, str. 590.
2. Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu. Uradni list RS, št. 14-648/1995, str. 1157, Uradni list RS, št. 72-3682/1998, str. 5607.
3. Robida Andrej: Upravni nadzor
URL: http://www.drmed.org/strok/ssi/zdravstvene_napake/robida.htm, 2002
4. Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti (10.3.2010)
URL: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/ZZDej_na_vladi/ZZDej_po_seji_vlade_100310.pdf

Jana Kotnik
Ministrstvo za zdravje



Merjenje uspešnost javnih zdravstvenih zavodov

Povzetek

Prispevek obravnava ekonomsko naravo zdravstvenih storitev ter se v nadaljevanju osredotoča na ocenjevanja uspešnosti poslovanja javnih zdravstvenih zavodov. Prikazane so osnovne razlike med značilnostmi organizacije, usmerjene v maksimiziranje dobička, ter neprofitnimi organizacijami, kar nas napelje, da kazalniki ugotavljanja uspešnosti za javni in zasebni sektor ne morejo biti enaki. Ker bolnišnično zdravljenje v Sloveniji predstavlja kar 48 % vseh odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, se v nadaljevanju osredotočam na segmente poslovanja bolnišnic, katerih ustanoviteljica je RS, ki jih na Ministrstvu za zdravje podrobno analiziramo, ter na njihovi podlagi ugotavljamo uspešnost poslovanja bolnišnic. Prikazana je obravnava bolnišnic z različnih vidikov (finančno poslovanje, obseg dejavnosti, kadrovske viri in njihova obremenjenost ter investicijska dejavnost), pri čemer so posebej obravnavani kazalniki učinkovitosti.

Abstract

This paper examines the economic nature of healthcare services and, later on, focuses on assessing business performance of public healthcare institutions. Basic differences between the characteristics of organizations, orientated into maximizing their profit, and non-profit organizations are shown. This leads to the conclusion that performance indicators of the public and the private sectors cannot be the same. Hospital treatments represent as much as 48 % of all expenses of the compulsory healthcare insurance, that is why more attention is paid to the business performance segments of the hospitals founded by the Republic of Slovenia. These segments are thoroughly analyzed by the Ministry of Health and then, on the basis of this analysis, conclusions on the hospitals' business performance are drawn. Moreover, the aspects of hospitals are presented from different points of view (financial performance, scope of activities, human resources and their workload as well as investment activities), where the indicators of effectiveness are particularly examined.

1. Opredelitev javnega sektorja in javnih dobrin

Ker delovanje trga ni vedno popolno in učinkovito, je potrebna intervencija države in to predvsem na področjih dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja in drugih dejavnosti. Javne storitve na teh področjih sodijo med temeljne dobrine socialne države, s katerimi država zagotavlja uresničevanje temeljne ustavne pravice za vse državljane in za to praviloma uporablja javna sredstva, ki jih na različnih ravneh organiziranosti zbere od davkoplačevalcev, pri čemer se temeljne pravice državljanom praviloma zagotavljajo ne glede na njihov ekonomski in socialni položaj. Stroški pa se vsaj delno pokrivajo po načelu vzajemnosti in solidarnosti. Javni sektor tako zagotavlja javne dobrine (alokacijska funkcija), prerazporeja bruto domač proizvod (prerazdelitvena funkcija) ter sledi doseganju makroekonomskih ciljev (stabilizacijska funkcija) (Stanovnik, 2008, str. 1-7). Opredelitev javnega sektorja, še posebno v primerjavi z zasebnim, danes ni povsem jasna. V nadaljevanju bom upoštevala opredelitev, ki je zajeta v drugem odstavku 1. člena Zakona o javnih uslužbencih, ki pravi, da javni sektor v Sloveniji sestavljajo: državni organi in uprave samoupravnih lokalnih skupnosti; javne agencije, javni skladi, javni zavodi in javni gospodarski zavodi ter druge osebe javnega prava, če so posredni uporabniki državnega proračuna ali proračuna lokalne skupnosti.

Kot javne dobrine so pojmovane tiste vrste blaga in storitev, katerih poraba posameznika ne zmanjšuje možnosti porabe istega blaga drugih porabnikov. To pomeni, da lahko to dobrino rabijo tudi drugi, ne da bi nastali dodatni stroški. Torej mejni stroški zagotavljanja te dobrine s povečevanjem števila uporabnikov ne naraščajo. Za razmejitev zasebnih in javnih dobrin sta ključna dva pogoja: netekmovalnost in neizključljivost (Perloff, 1999, str. 682). Načelo netekmovalnosti predpostavlja, da posameznik ob uporabi dobrine, ne ovira drugih v porabi iste dobrine. Načelo neizključljivosti pa pravi, da uporabe dobrine ni mogoče prepovedati oziroma omejiti na natančno določenega posameznika oziroma skupino posameznikov. Če za razločitvena merila izberemo neizključljivost in netekmovalnost, ugotovimo, da je velika večina zdravstvenih storitev čistih zasebnih dobrin. Dobrin, ki so hkrati izključljive in tekmovalne

(Stanovnik, 2008, str. 9-11).

Vendar pa so pogosto navajani trije razlogi, zakaj država zagotavlja zdravstvene dobrine. Najprej se navajata razloga morebitnega obstoja pozitivnih zunanjih učinkov, ki jih ustvarja potrošnja zdravstvenih storitev, ter dejstvo, da tržni mehanizem, ne zagotavlja dovolj velikega obsega ponudbe. Brščič in Tajnikar (2007, str. 79) pa navajata še tretji pomemben razlog: če zdravje služi ohranjanju človekove najvišje vrednote (življenja), potem ta njegova instrumentalna funkcija poseben status podeljuje tudi zdravstvenim storitvam. Zanimiva so tudi spoznanja raziskav v ZDA, ki ugotavljajo, da premik k trgu prinaša s sabo manjšo verjetnost, da bodo neprofitne organizacije služile revnejšim slojem (Clarke in Estes, 1992, Salamon, 1993).

2. Opredelitev javnega zdravstvenega zavoda in njegove dejavnosti

Javni zdravstveni zavod se ustanovi za opravljanje zdravstvene dejavnosti. 1. in 2. člen veljavnega Zakona o zdravstveni dejavnosti (v nadaljevanju ZZDej) pravita, da zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Zdravstvena dejavnost obsega:

- na primarni ravni osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost,
- na sekundarni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost,
- na terciarni ravni opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Kot posebna specialistična dejavnost pa se na sekundarni in terciarni ravni opravlja socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost. Predlog novega ZZDej v 3. členu opredeljuje zdravstveno dejavnost podobno kot trenutno veljavni zakon, in sicer kot dejavnost, ki obsega zdravstvene storitve in ukrepe, ki jih opravljajo zdravstveni delavci z uporabo zdravstvene tehnologije skladno z veljavno doktrino in so namenjene izboljševanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju, zdravljenju in rehabilitaciji bolezni in poškodb.

Po veljavnem ZZDej spadajo med javne zdravstvene zavode tisti zavodi, ki jih je ustanovila bodisi republika, občine, mesto ali druge z zakonom pooblaščen osebe. Ustanovitelji je tudi odgovoren za obveznosti zavoda, zavod pa je odgovoren za svoje obveznosti s sredstvi, s katerimi razpolaga. Ministrstvo za zdravje izvaja pretežni del obveznosti za ustanovitelja za 39 javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je RS (splošne in psihiatrične bolnišnice, univerzitetna-klinična centra, območni zavodi za varovanje zdravja, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Zavod RS za presaditev organov in tkiv Slovenija-Transplant) ter Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke. Za ostale javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljice so občine ali več občin (24 javnih lekarn ter 57 zdravstvenih domov), pa Ministrstvo za zdravje izvaja pristojnosti, določene na podlagi področne zakonodaje.

3. Ugotavljanje uspešnosti poslovanja v javnih zdravstvenih zavodih

Javni zdravstveni zavodi so nepridobitne organizacije, ki se od pridobitnih razlikujejo v mnogih značilnostih. Zaradi temeljnih razlik med profitnimi in neprofitnimi v zasledovanju osnovnega cilja, kjer prva sledi k maksimiziranju dobička in s tem vrednosti za lastnike, pa je glavni cilj neprofitnih organizacij, v tem primeru javnih zdravstvenih zavodov, zagotavljanje zdravstvenih storitev za doseganje zadovoljstva uporabnikov ter blaginje skupnosti. Zato pri ugotavljanju uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov ne moremo uporabiti meril kot sta donosnost sredstev (angl. reutrn on assets – ROA) ter donosnost kapitala (angl. return on equity – ROE).

Tabela 1: Delovanje pridobitnih in nepridobitnih organizacij

Značilnosti	Pridobitna organizacija	Nepridobitna organizacija
Okolje delovanja	Brez omejitev	Določeno s predpisi
Ustanavljanje in lastništvo	Zasebni lastniki	Država, lokalna skupnost
Dolgoročno načrtovanje	Odvisno od ciljev lastnikov	Odvisno od ciljev nosilcev oblasti
Cilji delovanja	Dobiček	Blaginja skupnosti
Viri financiranja	Zasebni	Javni
Doseganje ciljev (uspešnost)	Jasna merila	Težko merljivo

Značilnosti	Pridobitna organizacija	Nepridobitna organizacija
Konkurenca med izvajalci	Konkurenca deluje, trg je odločilen	Ni prave konkurence, skromna vloga trga
Zadovoljevanje individualnih potreb	Prostovoljna izbira kupca glede na dohodkovno sposobnost kupca	Globalna izbira države, individualna izbira zdravnika ne glede na dohodkovno sposobnost kupca
Tradicija managementa	Dolga	Kratka
Avtonomija managementa	Zelo velika	Zelo majhna
Moč v organizaciji	Poslovni management ima prvo besedo	Delitev oblasti med medicinska stroka (strokovni direktor) ter poslovnim managementom
Izbira vodilnih managerjev	Izkušnje, usposobljenost	Nekritičnost izbire, pripadnost
Odgovornost managementa	Lastnikom (ogrožen obstanek)	Ustanoviteljem (ni ogrožen obstanek)
Motiviranje zaposlenih	Razlike v prejemkih, napredovanje po uspešnosti	Varnost zaposlitve, visoki prejemki, ugled v družbi, vključenost v državni sistem

Vir: Česen, Marjan: Management javne zdravstvene službe, str. 26.

V okviru ocenjevanja delovanja javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je RS, smo na Ministrstvu za zdravje v letih 2008 in 2009 pristopili k enotnemu modelu poročanja pri Letnem poročilu in Finančnem načrtu. V ta namen smo pripravili enotne obrazce poročanja, ki so bili obvezna priloga h Letnemu poročilu za leto 2008 in 2009, ter tudi finančnih načrtov. Posredni proračunski uporabniki morajo v skladu z 26. členom Zakona o javnih financah, v roku 60 dneh po sprejetju državnega proračuna, sprejeti finančni načrt, prav tako pa so obvezani skladno z 99. členom Zakona o javnih financah pripraviti letno poročilo v skladu z Zakonom o računovodstvu in ga najkasneje do 28. februarja tekočega leta predložiti pristojnemu Ministrstvu. Dokument Letno poročilo in pripadajoči obrazci so bili pripravljene skladno z Navodilom o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna ter metodologijo za pripravo letnega poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov proračuna. Na podlagi 8. člena Navodila o pripravi finančnih načrtov posrednih proračunskih uporabnikov državnega in občinskih proračunov pa smo predpisali tudi podrobnejša navodila za pripravo finančnih načrtov javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je RS.

Obrazci, ki so priloga h letnemu poročilu in

finančnemu načrtu, zajemajo tri skupine zavodov: javne bolnišnice, območne zavode za zdravstveno varstvo in Inštitut za varovanje zdravja ter ostale javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljica je RS (Zdravstveni dom za študente Univerze v Ljubljani, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Zavod RS za presaditev organov in tkiv Slovenija-Transplant ter Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke). Za te skupine zavodov so bili v sodelovanju z razširjeno delovno skupino, kjer so sodelovali tako predstavniki Ministrstva za zdravje kot predstavniki izvajalcev, oblikovani obrazci, ki zajemajo pet področij: realizacijo delovnega programa, izkaz prihodkov in odhodkov, spremljanje kadrov, investicijska vlaganja ter poročanje o vzdrževalnih delih.

Potrebno je poudariti, da smo v gradivu in z obrazci opredelili osnoven nabor podatkov, o katerih zavodi morajo poročati. Slednji lahko v letno poročilo in finančni načrt vključijo tudi vsebine po svoji meri oz. vsebino poglavij še podrobneje predstavijo.

V okviru poročanja o poslovanju in izvajanju delovnega programa v letu 2009 smo tudi zdravstvene domove pozvali k oddaji poenotениh obrazcev, tako k oddaji Letnega poročila 2009 in Finančnega načrta za leto 2010. Odziv je bil relativno dober, saj smo do 26.04.2010 prejeli letne obrazce 50 od 57 zdravstvenih domov ter v okviru oddaje finančnega načrta 42 izpolnjenih obrazcev. Vsi zavodi, katerih ustanoviteljica je RS, so gradiva Letno poročilo 2009 in Finančni načrt za leto 2010 oddali pravočasno oz. v doglednem času.

Tabela 2: Pregled predpisanih obrazcev, ki so obvezna priloga k letnemu poročilu

Bolnišnice	Območni zavodi za zdravstveno varstvo in Inštitut za varovanje zdravja	Ostali javni zdravstveni zavodi
1. Realizacija delovnega programa	1a. Poročanje o programu javnega zdravja	1. Izkaz prihodkov in odhodkov
2. Izkaz prihodkov in odhodkov	1b - Poročanje po pogodbi z ZZZS	2. Spremljanje kadrov
3. Spremljanje kadrov	2. Izkaz prihodkov in odhodkov	2. Poročilo o investiciji vlaganjih
4. Poročilo o investicijskih vlaganjih	3. Spremljanje kadrov	4. Poročilo o vzdrževalnih delih
5. Poročilo o vzdrževalnih delih	4. Poročilo o investicijah vlaganjih	
6. Kazalniki poslovne učinkovitosti	5. Poročilo o vzdrževalnih delih	

Vir: Lasten prikaz.

Obrazce, pridobljene z letnimi poročili in fi-

nančnimi načrti, skrbno analiziramo in ugotavljamo odmike od planiranega, razlike med primerljivimi zavodi ter trende. Pri tem pa se pojavlja osnovni problem, katere bolnišnice so sploh primerljive med sabo. Obstoječi ZZDej v 16. členu deli bolnišnice le na splošne in specialne, medtem ko nov predlog ZZDej v 35. členu že opredeljuje štiri vrste javnih bolnišnic: bolnišnice, splošne bolnišnice, specialne bolnišnice in negovalne bolnišnice. Na Ministrstvu za zdravje pa primerjamo med sabo klinična centra (Ljubljana in Maribor), večje splošne bolnišnice (Celje, Izola, Jesenice, Nova Gorica, Murska Sobota, Novo mesto in Slovenj Gradec), manjše splošne bolnišnice (Brežice, Trbovlje in Ptuj), psihiatrične bolnišnice (Vojnik, Begunje, Idrija, Ljubljana in Ormož) ter bolnišnici BGP Kranj in Postojna. Prav tako zajamemo bilančne podatke vseh 121 javnih zdravstvenih zavodov, ki jih pridobimo od Agencije za javnopravne evidence in storitve, ter jih po skupinah zavodov podrobneje tudi prikažemo v Poročilu o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov.

4. Ugotavljanje uspešnosti poslovanja v bolnišnic

V nadaljevanju je podrobneje prikazano, kako na Ministrstvu za zdravje analiziramo uspešnost poslovanja bolnišnic. Osnova za vse prikaze in primerjave so predpisani obrazci vključno z bilančnimi podatki. Na tej osnovi primerjamo med sabo primerljive bolnišnice in poslovanje ter izvajanje delovnega programa posamezne bolnišnice v času.

Realizacija delovnega programa

V okviru analize obrazca realizacije delovnega programa merimo obseg posameznih dejavnosti zavoda do plačnika ZZZS ter odmike od planiranega ter dogajanje v primerjavi s predhodnim letom. Posebno pozornost posvečamo analizi dejavnosti, kjer posamezni zavod ne dosega plana, ter dejavnostim, kjer so preseganja velika in zaradi tega tudi neplačana.

Izkaz prihodkov in odhodkov

Izkaz prihodkov in odhodkov prikazuje prihodke glede na njihov vir in namen (prihodki od ZZZS, prihodki od ZZZS za specializante, pripravnike in sekundarije, prihodki iz naslova dodatnega prostovoljnega zavarovanja itd). Odhodki pa so v osnovi razdeljeni na stroške dela, stroške blaga, materiala in storitev, stro-

ške amortizacije ter ostale stroške. Podrobnejša delitev osnovne kategorije stroškov materiala je edinstvena za vsako izmed vrst zavodov. Tako so pri bolnišnicah posebej izpostavljeni stroški zdravil, medicinskih pripomočkov, ostalega zdravstvenega materiala (laboratorijski testi, reagenti in material), stroški opravljanja zdravstvenih storitev (prek podjemnih pogodb, preko s.p. in preko d.o.o.). Na tej osnovi primerjamo strukturno sestavo stroškov primerljivih zavodov, odmike od plana in višino realiziranih stroškov v primerjavi s predhodnim letom.

Spremljanje kadrov

Obrazec spremljanja kadrov je bil oblikovan na podlagi delovnih mest, ki so skladna z Aneksi h Kolektivnim pogodbam in so opredeljena v Katalogu funkcij, delovnih mest in nazivov. Na tej podlagi spremljamo število zaposlenih in strukturne spremembe po skupinah delovnih mest.

Poročilo o investicijskih vlaganjih

V poročilu o investicijskih vlaganjih bolnišnice poročajo o vseh investicijah (vključno z investicijami iz načrta razvojnih programov od leta 2010 dalje za leto 2009), ki so bile aktivirane v poročanem, obdobju. V okviru zagotavljanja racionalnega poslovanja morajo zavodi tudi prikazati vse vire za izvedene investicije (amortizacija, del presežka, sredstva ustanovitelja, krediti, itd).

Poročilo o vzdrževalnih delih

Bolnišnice v tem obrazcu poročajo tako o stroških tekočega kot investicijskega vzdrževanja.

5. Kazalniki poslovne učinkovitosti

Kot obvezno prilogo ob oddaji letnega poročila smo bolnišnicam določili tudi Kazalnike učinkovitosti. Le-te javne bolnišnice izpolnjujejo že od leta 2006 in sicer na podlagi določil Splošnega dogovora, statistično pa jih obdela Inštitut za biostatiko in medicinsko informatiko. Kazalniki pokrivajo pet vsebinskih sklopov:

1. finančne kazalnike,
2. kazalnike kadrovskega virov oz. obremenjenosti kadra – zdravnikov in negovalnega kadra,

3. kazalnike spremljanja učinkovitosti izrabe opremskih virov,
4. kazalnike spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov ter
5. druge kazalnike.

V letu 2009 je delovna skupina pod okriljem Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in predstavniki iz bolnišnic posodobila metodologijo poročanja in vpeljala nekaj novih kazalnikov. Kazalnike poslovne učinkovitosti smo želeli v kar se da največji meri povezati z metodologijo zajema podatkov, ki jo uporablja Ministrstvo za zdravje. Tako smo npr. posamezne specialnosti specialistično ambulantne dejavnosti opredelili enako kot so v obrazcu Realizacija delovnega programa in pričeli obremenjenost spremljati po 30 različnih specialnostih. Ena izmed večjih sprememb v okviru obremenjenosti kadra se nanaša na obravnavo specializantov, saj se v hospitalni dejavnosti upošteva razmerje zdravnik specializant = 0,5 zdravnik specialist. Enako razmerje velja tudi med zdravniki specialisti in sobnimi zdravniki. V operativni dejavnosti in ambulantni dejavnosti pa sta omenjeni razmerji 1 : 1. Pomembne izboljšave metodologije in zajema podatkov so bile storjene tudi na področju operativne dejavnosti. V preteklosti so bile male operacije opredeljene kot operacije, ki se zaračunavajo po Zeleni knjigi, kot velike operacije pa tiste operacije, ki se beležijo v SPP. Nova terminologija na področju operativne dejavnosti je določila male, srednje in velike operativne posege na podlagi časovnega trajanja in kriterija sodelujoče ekipe. Prav tako je bilo vpeljanih mnogo novih kazalnikov kot npr. prihodkovnost sredstev, število operativnih ur na zdravnika, število ur zasedenosti operacijskih dvoran, število ur mehanske ventilacije na intenzivno posteljo, število ur v intenzivni terapiji na intenzivno posteljo, stroški vlaganja informacijsko-komunikacijsko tehnologijo na zaposlenega iz ur, stroški izobraževanja na zaposlenega iz ur, stroški energije na kvadratni meter.

V nadaljevanju povzema, nekatere izmed najpomembnejših kazalnikov in sicer prikazujem njihovo aritmetično sredino. Tudi v primeru prikaza medianskih vrednosti se podatki bistveno ne spremenijo, smer gibanja na predhodno leto ostaja tudi po medianskih vrednostih v veliki večini enaka.

Finančni kazalniki

Finančne kazalnike je potrebno obravnavati z veliko mero razumevanja ter previdnosti. Tako npr. kazalnik gospodarnosti kaže, koliko prihodkov na eno enoto odhodkov je bolnišnica ustvarila. Če kazalnik dosega vrednost manjšo od ena, lahko rečemo, da je bolnišnica z vidika gospodarnosti neuspešna, vendar pa lahko z vidika poslanstva uspešno upravlja svojo nalogo (Hrovatin, 2001, str. 38). Tudi pri dnevih vezave zalog materiala stvari niso črno-bele, saj lahko zavodi dosežejo pri dobaviteljih z naročanjem večjih količin znatne popuste, vendar pa zaradi tega izkazujejo višje dneve vezave zalog materiala. Dnevi vezave zalog materiala pa vsekakor kažejo na elemente poslovne politike zavoda in finančno sposobnost vzdrževanja zalog. Vendar pa so finančni kazalniki osnova za ugotavljanje uspešnosti finančnega poslovanja bolnišnice.

Tabela 3: Finančni kazalniki bolnišnic v obdobju od leta 2006 do leta 2009

Kazalnik	2006	2007	2008	2009
Kazalnik gospodarnosti	1,01	0,99	1,03	1,01
Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah z ZZS	5,59	5,45	5,53	4,27
Delež porabljenih amortizacijskih sredstev	88,42	86,53	94,31	100,99
Stopnja odpisanosti opreme	0,79	0,80	0,79	0,71
Dnevi vezave zalog materiala	27,92	29,18	27,05	32,10
Koeficient plačilne sposobnosti	1,30	1,19	1,14	1,09
Koeficient zapadlih obveznosti	0,76	0,56	0,36	0,15
Kazalnik zadolženosti	0,32	0,34	0,32	0,29
Pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi	1,52	1,42	1,51	1,08
Prihodkovnost sredstev	/	/	/	0,96

Vir: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2006, 2007 in 2008 ter lasten prikaz.

Kazalniki obremenjenosti kadra

Kazalniki obremenjenosti kadra so pravzaprav kazalniki produktivnosti, saj prikažejo, koliko storitev je zdravnik (negovalni kader) dosegel v enem letu. Tudi tukaj stvari niso tako enostavne, saj je lahko kader zelo produktiven, kljub temu pa bolnišnica svojega poslanstva ne izpolni, saj kazalniki ne govorijo o kvaliteti opravljenih storitev, niti o zadovoljstvu uporabnikov (Hrovatin, 2001, str. 38).

Na tem mestu se tudi poraja vprašanje: kakšna je ciljna vrednost kazalnikov in ali zasledujemo cilj povečevanja kazalnika? Ker standardi in

normativi dela v bolnišnicah niso sprejeti, ciljne vrednosti ne moremo določiti. Prav tako ni korektno zasledovanje povečevanja vrednosti kazalnikov, saj se lahko takšno dogajanje resno odrazi v napakah, izčrpanosti zaposlenih, slabši kvaliteti storitev ipd.

V preteklosti smo ugotovili kar precej neskladij v poročanih podatkih v kazalnikih učinkovitosti v primerjavi s podatki, ki so jih bolnišnice posredovale Ministrstvu za zdravje ali pa ZZS. Prav tako se dogaja, da bolnišnice o obremenjenosti kadra v določeni dejavnosti, ki jo izvajajo, ne poročajo. Ob ugotovitvi morebitnih napak ali pomanjkljivosti pri poročanju, bolnišnico pozovemo k ponovnemu pregledu in oddaji podatkov.

Tabela 4: Kazalniki obremenjenosti kadra v obdobju od leta 2006 do leta 2009

	2006	2007	2008	2009
Hospitalna dejavnost*				
Št. SPP na zdravnika	204,5	213,8	223,4	227,3
Št. SPP na negovalni kader	55,8	53,6	55,0	54,2
Št. uteži na zdravnika	301,7	299,9	329,6	318,2
Št. uteži na negovalni kader	81,3	78,6	83,5	75,9
Specialistično ambulantna dejavnost				
Št. spec. amb. točk na zdravnika	46.759	44.537	47.532	42.140
Št. spec. amb. točk na negovalni kader	35.812	33.290	34.674	30.040
Št. obiskov na zdravnika	5.070	4.774	5.934	3.591
Št. obiskov na negovalni kader	3.632	3.348	3.998	2.560
Funkcionalna diagnostika				
Št. spec. amb. točk na zdravnika	65.440	63.289	68.481	72.890

* V hospitalni dejavnosti podatki iz let 2009 niso neposredno primerljivi s podatki iz predhodnih let, saj je v poročanju za leto 2009 upoštevano razmerje zdravnik specializant = 0,5 zdravnik specialist. Enako razmerje velja tudi med zdravnik specialisti in sobnimi zdravniki.

Vir: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2006, 2007 in 2008 ter lasten prikaz.

Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opremskih virov

Kazalniki so razdeljeni na tri osnovne kategorije: izkoriščenost aparatov (RTG aparatov, računalniške tomografije, magnetne resonance, gama kamer in ultrazvokov), izkoriščenost operacijskih dvoran ter izkoriščenost intenzivnih enot. Ugotavljamo, da izkoriščenost RTG in ultrazvočnih aparatov in gama kamer pada, viša pa se obremenjenost CT aparatov in magnetnih resonanc.

Tabela 5: Kazalniki izkoriščenosti opreme od leta 2007 do leta 2009

	2007	2008	2009
RTG aparati za kardio. invazivno diagnostiko			
Izkoriščenost aparata - preiskave na aparat	/	1.262	1.050
Izkoriščenost aparata - uteži na aparat	/	3.613	2.894
RTG aparati za angiodiagnostiko			
Izkoriščenost aparata - preiskave na aparat	1.812	1.368	1.372
RTG aparati ostali			
Izkoriščenost aparata - storitve na aparat	8.451	9.404	8.089
Izkoriščenost aparata - točke na aparat	27.896	30.222	29.656
Računalniška tomografija			
Izkoriščenost aparata - primeri na aparat	4.739	5.058	5.352
Izkoriščenost aparata - točke na aparat	182.957	177.435	181.263
Magnetna resonanca			
Izkoriščenost aparata - storitve na aparat	76.070	65.654	76.669
Izkoriščenost aparata - točke na aparat	2.865	3.179	3.623
Gama kamera			
Izkoriščenost aparata - storitve na aparat	2.272	2.192	1.744
Izkoriščenost aparata - točke na aparat	70.791	47.228	35.618
Ultrazvok			
Izkoriščenost aparata - storitve na aparat	2.716	2.765	1.593
Izkoriščenost aparata - točke na aparat	51.906	37.587	21.710
Izkoriščenost operacijskih dvoran			
Št. ur zasedenosti na op. dvorano na dan	/	/	6,61
Št. operacij na op. dvorano na dan	/	/	8,51
Izkoriščenost intenzivnih enot			
Št. ur mehanske ventilacije na posteljo	/	/	2.240
Št. ur v intenzivni terapiji na posteljo	/	/	3.068
Zasedenost postelj intenz. enote	/	/	0,71

Vir: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2007 in 2008 ter lasten prikaz.

Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov

Izkoriščenost prostorov za opravljanje hospitalne dejavnosti je izračunana po formuli: m^2 za opravljanje hospitalne dejavnosti / (št. BOD akutne, neakutne in enodnevne obravnave/365). Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju ambulantne dejavnosti, je izračunana po formuli: m^2 za opravljanje ambulantne dejavnosti / povprečno št. obiskov. Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju dializne dejavnosti, je izračunana po formuli: m^2 za opravljanje dializne dejavnosti / povprečno

dnevno št. dializ. Pri vseh kazalnikih se v začetku kvadrature, namenjeni za izvajanje dejavnosti, štejejo tako funkcionalni prostori kot prostori za servisne dejavnosti in skupni postori.

Tabela 6: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov v obdobju od leta 2007 do leta 2009

	2007	2008	2009
Hospitalna dejavnost			
Izkoriščenost prostorskih virov	67,89	136,26	77,40
Delež prostora za opravljanje dej.	66,63	70,46	67,55
Ambulantna dejavnost			
Izkoriščenost prostorskih virov	15,58	14,53	12,22
Delež prostora za opravljanje dej.	71,23	70,40	66,99
Dializna dejavnost			
Izkoriščenost prostorskih virov	28,65	25,75	20,80
Delež prostora za opravljanje dej.	73,70	70,12	69,50

Vir: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2007 in 2008 ter lasten prikaz.

Drugi kazalniki

Tabela 7: Drugi kazalniki v obdobju od leta 2007 do leta 2009

	2007	2008	2009
Delež stroška za infor. tehnologijo v CP	0,4 %	1,22 %	0,92 %
Stroški IKT na zaposlenega iz ur	/	/	667
Stroški izobraževanja na zaposlenega iz ur	/	/	656
Delež stroška energije v CP	1,27 %	2,27 %	2,18 %*
Stroški energije na m^2 površine	/	/	39,04

Vir: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2007 in 2008 ter lasten prikaz.

Zaključek

Vzpostavljeni kazalniki predstavljajo začetek pristopa, da Ministrstvo za zdravje in druge institucije v sistemu zdravstvenega varstva vzpostavijo merljive kazalnike, s katerimi bo mogoče ocenjevati različne vidike izvajanja zdravstvenih programov iz vidika stroškovne učinkovitosti, produktivnosti, racionalnosti porabe sredstev, kakovosti storitev.

Pridobljeni podatki nam tako omogočajo bogat vpogled v poslovanje bolnišnice v času kot tudi primerjavo z ostalimi. Pomembni so tudi splošni premiki kazalnikov v času, ki nakazujejo tendence gibanja vseh bolnišnic. Poleg tega so nepogrešljivo orodje ustanovitelja v procesu upravljanja pri ocenjevanju uspešnosti poslovanja zavoda, s katerim sledimo realizaciji ciljev, za katere so zdravstveni zavodi ustanovljeni.

Obstoječi kazalniki pa so pomanjkljivi z vidika uporabnikov, saj ne povedo nič o njihovem zadovoljstvu s storitvijo in o kakovosti storitev. Kazalniki kakovosti sicer obstajajo (število padcev s postelj na 1.000 oskrbnih dni, število preležanin, nastalih v bolnišnici, na 1.000 hospitaliziranih bolnikov, čakalna doba za računalniško tomografijo, čakanje na odpust, delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste ali podobne diagnoze ter bolnišnične okužbe) in so bolnišnice v skladu z določili Splošnega dogovora dolžne o njih tudi poročati. Vendar pa bi bilo potrebno za primerljivost kazalnikov med bolnišnicami opredeliti standardne operativne postopke za evidentiranje. V prihodnosti bi bilo smiselno razviti sistem poročanja, ki bo povezoval tako kazalnike učinkovitosti kot kazalnike kakovosti. Na takšni podlagi bi lahko resnično ocenili, ali bolnišnica dosega svojo poslanstvo.

LITERATURA IN VIRI

1. Bršičič, Bernard in Tajnikar, Maks: Zdravstvene storitve kot ekonomska dobrina, Zdravstveno varstvo, št. 46, str. 78-84, 2007.
2. Clarke, Lee in Estes, Carroll L.: Sociological and Economic Theories of Markets and Nonprofits: Evidence from Home Health Organizations, American Journal of Sociology, letnik 97, št. 4, str. 945-969, 1992.
3. Česen, Marjan: Management javne zdravstvene službe, Center za tehnološko usposabljanje, Ljubljana 2003.
4. Hrovatin, Nevenka: Jadranje po nemirnih vodah managementa nevladnih organizacij: Ekonomski vidiki menedžmenta nevladnih organizacij, Zavod Radio Študent, Ljubljana 2001.
5. Inštitut za biostatiko in medicinsko informatiko: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2006, Ljubljana 2006.
6. Inštitut za biostatiko in medicinsko informatiko: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2007, Ljubljana 2007.
7. Inštitut za biostatiko in medicinsko informatiko: Poročilo o statistični analizi podatkov, Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice 2008, Ljubljana 2008.
8. Navodilo o pripravi finančnih načrtov posrednih uporabnikov državnega in občinskih proračunov. (2000). Uradni list RS (Št. 91/2000, 6. oktober 2000).
9. Navodilo o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna ter metodologije za pripravo poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov proračuna. (2001). Uradni list RS (Št. 12/2001, 23. februar 2001).
10. Perloff, Jeffrey M. : Microeconomics, Addison-Wesley 1999.
11. Predlog zakona o zdravstveni dejavnosti z dne 12.02.2010.
12. Salamon, Lester M.: The Marketization of Welfare: Changing Nonprofit and For-Profit Roles in American Welfare State, Social Service Review, letnik 67, št. 1, str. 17-39, 1993.
13. Stanovnik, Tine: Javne finance, Ekonomska fakulteta, Ljubljana 2008.
14. Zakon o javnih financah. (1999). Uradni list RS (Št. 79/1999, 30. september 1999).
15. Zakon o javnih uslužbencih, uradno prečiščeno besedilo. (2007). Uradni list RS (Št. 63/2007, 13. julij 2007).
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti. (1992). Uradni list RS (Št. 9-460/1992, 21. februar 1992).

mag. Saška A. Terseglav
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



Dobri medsebojni odnosi kot dejavnik uspešnosti ljudi in organizacij

Povzetek

Na delovnem mestu preživimo skoraj polovico svojega časa, zato je pomembno, da se pri delu počutimo dobro. Na zadovoljstvo posameznika vpliva mnogo dejavnikov, od katerih pa so med najpomembnejšimi dobri oz. zadovoljivi medosebni odnosi. Ker je komunikacija izraz odnosov, članek uvodoma predstavlja razsežnosti komuniciranja, pri čemer je posebej izpostavljen pomen medosebnega in odnosnega komuniciranja. Izhodiščna predpostavka prispevka je, da je poznavanje obravnavane problematike pomembno zato, ker preprosto ni mogoče nekomunicirati, saj se takoj, ko se znajdemo v odnosu s sočlovekom, znajdemo v komuniciranju. Običajno pa se o kakovosti in pomenu medosebnih odnosov začnemo spraševati šele takrat, ko gre v odnosu kaj narobe, zato v prispevku nadalje analiziramo posledice kriz in konfliktov med ljudmi ter njim nasproti postavljamo dejavnike, ki lahko pozitivno vplivajo na kakovost medosebnih odnosov.

Abstract

As we spend almost half of our lifetime at the workplace, it is important to feel well at work. Many factors influence the satisfaction of an individual, among the most important being good or satisfactory interpersonal relationships. Since communication is the expression of relationship, the paper presents as an introduction the dimensions of communication with special emphasis on the importance of interpersonal communication. The initial assumption of the paper is that the knowledge of the topic under discussion is important, since it is practically impossible not to communicate: as soon as we enter into relationship with another human being, we find ourselves communicating. But we typically only start questioning ourselves on the quality and importance of interpersonal relationship when something goes wrong in this relationship, therefore this paper further analyses the effects of crises and conflicts between people on the one hand, and factors which may have a positive effect on interpersonal relationships on the other hand.

Uvod

Pogosto pozabljamo, da je človek v svojem evolucijskem razvoju najprej skupinsko in šele nato posamezno bitje. Sožitje z drugimi je prvotnejše kot samostojnost. Človek šele v odnosih z drugimi prepozna, spozna in uravnava samega sebe in ob raznolikosti medosebnih odnosov v delovnem procesu osmišlja tudi svoje poklicno poslanstvo (1).

Brez komuniciranja ne bi bilo odnosov in sodelovanja, ne bi bilo socialnega in ne javnega življenja. Kot pravi Stanton (2), je celoten namen komunikacije biti slišan in priznan, razumljen in sprejet. Ljudje komuniciramo, da bi se družili, izrazili svoje potrebe, svoje želje in da bi dali duška svojim čustvom. Ljudje prav tako komuniciramo, da bi spodbudili akcijo, da bi torej vplivali na druge, da bi se vedli na določen način. Ker je komunikacija izraz odnosov, si v najprej pogledjmo osnovne značilnosti komuniciranja.

Razsežnosti (medosebnega) komuniciranja

Komunikacija je bistveno več kot zgolj izmenjava besed. Je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti: jaz postanem nek tvoj del in ti postaneš nek moj del. Do medsebojnega sporazumevanja pride le, če upoštevamo to pravilo. Komuniciranje zahteva sodelovanje. Ni samo kultura tista, ki definira pravila komuniciranja, pravila definiramo tudi intersubjektivno v procesu komuniciranja. Temeljno pravilo medosebnega komuniciranja je, da moramo upoštevati drugega in da se mu moramo prilagajati. Ne upoštevamo samo samega sebe in drugega, ampak najin odnos. Komuniciranje ni nikoli samo rezultat navora enega, ampak je rezultat odnosa med partnerji v komuniciranju. Značilno za medosebno komuniciranje je, da je to proces in ne posamičen akt. Medosebno komuniciranje ima osrednjo vlogo v naših življenjih. Združuje vse glavne načine komunikacije, od verbalne in neverbalne, formalne in neformalne do komunikacije o odnosu in komunikacije o vsebini. Z medosebno komunikacijo sporočamo kognitivne vsebine, občutke in emocije (3).

Spoznanja o kompleksnosti medsebojnega komuniciranja so bila doslej predmet proučevanja več teorij komuniciranja. Značilna in vplivna je zlasti sistemska teorija komuniciranja, ki se ukvarja tako s teorijo komuniciranja kot s ko-

munikacijsko terapijo in za katero je značilno, da komuniciranje razume kot sistem sporočil v obliki povratnih zank, pri čemer energija reakcije ne prihaja od elementa, ki učinkuje, torej od vzroka, temveč od prejemnika, torej učinkina – od tod pojem povratne informacije.

Poznavanje obravnavane problematike je pomembno zato, ker preprosto ni mogoče ne komunicirati, saj se takoj, ko se znajdemo v odnosu s sočlovekom, znajdemo v komuniciranju. V vsaki medosebni situaciji pa je vselej potrebno ločiti med sporočilom odnosa in sporočilom vsebine. Ker se prispevek nanaša prav na odnose med posamezniki, bomo temu vidiku komuniciranja v nadaljevanju namenili posebno pozornost.

Odnosni vidik komuniciranja

Vsako medsebojno komuniciranje je sestavljeno iz vsebinskega in odnosnega vidika. Vsebinski vidik posreduje informacije med partnerji, označuje semantično vrednost sporočila in se nanaša na to, »kaj« sporočamo, medtem ko odnosni vidik določa, »kako« razumeti sporočilo, glede na to, kakšen je odnos med partnerji. Slednji vidik predstavlja neke vrste komuniciranje o komuniciranju. V vsakem komuniciranju sta prisotna oba vidika, tako vsebinski kot odnosni. Ni mogoče ustvariti komunikacijskega procesa, ne da bi drug do drugega zavzela odnos (5).

Vsakič, ko vstopimo v stik s sogovornikom, torej vstopimo v odnos. Vsak sogovornik si želi, da bi bil ta najboljši. Kakšen je odnos med posamezniki in na čem lahko temelji?

Paul Watzlawick (1967) v monografiji *Pragmatics of Human Communication* postavi enega od temeljnih aksiomov komuniciranja, ki pojasnjuje socialni odnos med sogovornikoma v komunikacijski situaciji. Watzlawick pravi, da je medosebno komuniciranje lahko ali komplementarno ali simetrično, kar pa je odvisno od tega, ali odnos temelji na razlikah med sogovornikoma ali na enakosti.

Komplementaren odnos (5) izhaja iz razlik med partnerji v komuniciranju in te razlike tudi utrjuje. To pomeni, da ima v komplementarnem odnosu en sogovornik večjo moč in več možnosti, da vodi komunikacijsko situacijo, definira vsebino in potek komuniciranja, sprejema odločitve itd. Simetrično komuniciranje kot nasprotje komplementarnemu pa je komuniciranje med enako močnimi ter enakopravnimi sogo-

vorniki in temelji na enakovrednem odnosu med osebami in na sklenjenem toku informacij med njimi. Simetričnost in komplementarnost komuniciranja pa vendarle nista vrednostni sodbi, kot so to npr. dobro ali slabo, normalno ali nenormalno in podobno. Gre enostavno za dve kategoriji, v kateri lahko razdelimo medčloveško komuniciranje. Oblika komuniciranja in odnosa ni vedno odvisna samo od partnerjev v komunikacijski situaciji. Komplementarnemu komuniciranju se ne moremo izogniti. Pogosto je nujno potrebno, zlasti tam, kjer ena oseba drugi osebi predstavlja avtoriteto (ekspert, svetovalec, zdravnik, direktor, učitelj itd.). Potrebno je torej paziti, da se komplementarno komuniciranje ne spremeni v odnos, kjer je podrejeni partner postavljen v tak položaj, da le potrjuje in krepi avtoriteto in socialno moč nadrejenega partnerja, sam pa je prisiljen potlačiti svoja čustva in občutke. Tedaj govorimo o trdi komplementarnosti. Trda komplementarnost v medsebojnem odnosu lahko zaradi ustvarjanja višjih in nižjih položajev v odnosu privede do neugodnega počutja. Občutek podrejenosti in nelagodja v dlje trajajočem odnosu lahko pogostokrat privede do nezadovoljstva in konflikta.

Komunikacijska kompetenca v odnosu med sogovorniki

V medosebni komunikaciji je zato zlasti pomembna fleksibilnost sogovornikov. Glede na to, kdaj in s kom se pogovarjamo, moramo svoj komunikacijski slog prilagoditi dani situaciji. Sposobnost obvladovanja komunikacijskih spretnosti in preskakovanje med njimi je del obširnejše komunikacijske kompetence posameznika.

Komunikacijska kompetenca pomeni situacijsko sposobnost zastavljanja realističnih in ustreznih komunikacijskih ciljev ter njihovo optimalno doseganje z uporabo znanj o sebi, drugih, kontekstu, pa tudi poznavanje komunikološke teorije, da bi temu primerno prilagodili svoj komunikacijski nastop (6). Pri proučevanju definicij komunikacijske kompetentnosti opazimo pomembni dve izhodišči: ciljno usmerjeno delovanje posameznika, kar že nakazuje na dimenzije komunikacijske kompetentnosti, kot so učinkovitost, uspešnost, zadovoljstvo, znanje in njegov odnos do udeležencev v komunikaciji. Jablin in Sias (7) poudarjata, da sta za komunikacijsko kompetenco potrebni dve temeljni dimenziji, in sicer vedenjska in kognitivna. Študij vedenjskih vzorcev išče in poskuša defini-

rati specifične veščine, ki jih pri posamezniku prepoznamo kot kompetentnost v komuniciranju, medtem ko kognitivne raziskave gradijo na razlikovanju različnih tipov socialnih znanj in kognitivnih sposobnosti posameznika, povezanih s komunikacijsko kompetenco. Med vedenjske veščine se uvrščajo sposobnost nekoga vpeljati v pogovor, poslušanje, odzivnost, premišljenost, prepričljivost, sposobnost svetovanja, motiviranost, samozavedanje itd. Med kognitivnimi sposobnostmi posameznika pa so posebej pomembne razločevalnost, poznavanje pravil in norm komuniciranja, sposobnost predvidevanja v interakciji ter refleksija lastnega komunikacijskega vedenja. Vse naštetje različne dimenzije komunikacijske kompetence je treba obravnavati vedno glede na raven komuniciranja, saj se vsaka med njimi na individualni, skupinski, organizacijski ali kulturni ravni drugače ocenjuje.

Krize in konflikti v odnosih

Običajno se o kakovosti medsebojnih odnosov začnemo spraševati šele takrat, ko gre v odnosu kaj narobe oziroma takrat, ko potrebujemo pomoč. Nemogoče je, da bi dosegli brezkonfliktne medosebne odnose. Konflikti so sicer normalni življenjski pojavi in imajo pozitivno funkcijo, saj se brez njih mnogi odnosi ne bi mogli razvijati in napredovati. Toda če se pojavljajo prepogosto, nas pričnejo psihično obremenjevati. Pogost pojav pri posameznikih je nenehen strah pred krizo in konflikti in s tem bežanje pred njimi. Zaradi slabih izkušenj z reševanjem konfliktov, posamezniki pričnejo navadno v strahu pred ponovnimi konflikti bežati ter tako na silo obdržati površinsko podobo ugodja in skladja. Zaradi slabo ali pa nikoli razrešenih konfliktov v delovnem okolju vzdušje postaja napeto, motiviranost za delo, iniciativnost in kreativnost posameznikov pa upada.

Zato je treba medosebnih odnosih v delovnem okolju komunikaciji posvečati posebno pozornost. Vse člane je treba ne zgolj izobraziti o osnovah kakovostnega komuniciranja, temveč jih je treba naučiti tudi reševanja kriznih situacij in reševanja konfliktov. Prav tako se v dobrem delovnem timu ne izgublja preveč časa z iskanjem krivcev, temveč se raje iščejo rešitve, ki bi bile ustrezne za vse. Drugače misleči niso zatrti, temveč se njihovi pomisleki integrirajo v celovitejšo sliko problema (8).

Zadovoljstvo v medosebnih odnosih

Na delovnem mestu preživimo skoraj polovico svojega časa, zato je pomembno, da se pri delu počutimo dobro. Uspeh delovne skupine, tima ali organizacije je posledica uspešnih posameznikov in obratno. Psiholog Janek Musek (9) pravi, da lahko na medosebne odnose gledamo z dveh vidikov in sicer, da nas lahko zanima:

njihova učinkovitost, merjena z dosežki (storilni intelektualni učinki medsebojne interakcije)

kako medosebni odnosi vplivajo na zadovoljstvo posameznikov (emocionalni učinki).

Oba vidika sta recipročna, saj se medsebojno potrjujeta - zadovoljstvo dviga učinek, po drugi strani pa boljši učinek povečuje zadovoljstvo. Torej, če smo pri svojem delu uspešni, smo tudi bolj zadovoljni, takšni pa smo pripravljene več delati in bolje, zato dosegamo boljše rezultate in sicer tako na področju dela kot tudi na področju medosebnih odnosov.

Pomen medsebojnih odnosov

Dobri odnosi na delovnem mestu pomenijo, da se držimo pravil in da pravila veljajo za vse.

Izkušnje, ki jih imamo z ljudmi v naših medosebnih odnosih nas učijo, da imajo nekateri več občutka ali spretnosti za ustvarjanje dobrih odnosov ter komuniciranje in drugi manj. Napačen je mit ali trditev, da je to večšina, ki jo posameznik ima ali pa ne. Gre za spretnost, ki se je lahko naučimo, pri čemer ne gre za manipulacijo. Preprosto gre za naravnost do okolja in soljudi, ki jo sami zavestno izberemo. To pa je že prvi korak na poti k dobrim odnosom.

Običajno pa se o kakovosti medsebojnih odnosov začnemo spraševati šele takrat, ko gre v odnosu kaj narobe oziroma takrat, ko potrebujemo pomoč. Za dobre odnose med posamezniki so pomembni različni dejavniki, ki se medsebojno prepletajo.

- Spoznavanje sebe in zavedanje motivov lastnega vedenja je temelj - vzpostavljane učinkovite komunikacije in dobrih odnosov se prične pri nas samih. Gre za zahtevno nalogo, ki zahteva zavedanje motivov lastnega vedenja. Pri sebi lahko kdaj pa kdaj vprašamo, zakaj počnemo stvari, ki jih počnemo. Kako se pri tem počutimo? Lahko se vprašamo, katero od vlog najpogosteje prevzamemo, ko delamo s kolegi

in sodelavci. Kako se pri tem vedemo in kako razmišljamo? Kaj pridobimo z našim vedenjem in kaj lahko izgubimo? Je morda kaj, kar si želimo spremeniti? S čim bomo prenehali in s čim bomo pričeli?

- Poslušanje - bistvo dobre komunikacije in dobrih odnosov je v poslušanju. Na tej točki se lahko začne ali pa konča ves nadaljnji komunikacijski proces. Dober sogovornik mora znati dobro poslušati. Raziskovalci komuniciranja so z analizo pogovornih situacij ugotovili zelo različne načine poslušanja in izmed vseh različic izluščili štiri posebne sloge poslušanja (10): K vsebini orientirani poslušalci so tisti, ki jih predvsem zanima vsebina sporočil. Posebno težo dajejo strokovnim in drugim verodostojnim virom informacij. So kritični in analitični poslušalci in v odgovorih dajejo sodbe. K ljudem orientirani poslušalci so predvsem obremenjeni z ustvarjanjem in vzdrževanjem odnosov. Naravnani so na razpoloženje drugih in odgovarjajo tako na razpoloženja kot na sporočila drugih. Manj so nagnjeni k presoji sporočil kot na vsebino orientirani poslušalci, in bolj k podpori kot k ocenjevanju ljudi. K aktivnostim orientirani poslušalci se orientirajo k ciljem in dejavnostim. Predvsem jih zanima, kakšen odgovor zatreva določeno sporočilo. Hitro hočejo priti do bistva stvari, zato cenijo jasna, zgoščena sporočila in pogosto prevajajo pripombe drugih v predloge za dejanja. So pomembni poslušalci v poslovnih dejavnostih. Usmerjeni so k delu in motivirajo druge k organiziranosti in zgoščenosti. Na čas orientirani poslušalci se osredičajo predvsem na časovno učinkovitost govora in delovanja. Čas je zanje pomembna dobrina. Zato postanejo nestrpni, če imajo vtis, da drugi »zapravljajo« čas. Pa vendar so takšni poslušalci dragoceni, kadar okoliščine zahtevajo hitro ukrepanje. Raziskave kažejo, da več kot 40 % ljudi uporablja več kot en slog poslušanja.

- Sodelovanje in timsko delovanje - na tolikokrat zastavljeno vprašanje, kaj so značilnosti uspešnih in učinkovitih timov, je pravilnih odgovorov veliko. Še vedno pa smo v zadregi, ko poskušamo odgovoriti, ali so vselej vzpostavljene pogoji za takšno delovanje in ali smo sami poskrbeli za to, da so jasno opredeljene naloge in odgovornosti. Pravila igre morajo biti taka, da vsem članom dajejo občutek varnosti in enakovrednosti. Ta pravila se morajo nenehno preverjati in po potrebi, s sodelovanjem vseh, tudi izboljševati in precizirati. V delovnem okolju, ki temelji na spodbudnih medsebojnih odnosih,

posledično prevladuje večja motivacija zaposlenih, medsebojna povezanost, boljše premagovanje težav, konfliktov, lažje soočanje z novimi in zahtevnejšimi nalogami. Tak tim je praviloma učinkovitejši, prožnejši, inovativen.

Musek (9) še opredeljuje nekatere dejavnike, ki vplivajo tako na učinkovitost medosebnih odnosov, kot tudi na stopnjo medosebnega zadovoljstva v teh odnosih:

- **Informiranost** je pomemben pogoj odgovornega odločanja. Neinformiranost, dezinformiranost, delna ali slaba informiranost onemogočata dober učinek, slabo pa vplivajo tudi na stopnjo zadovoljstva v medosebnih odnosih.

- **Način komuniciranja** – Razlikujemo med odprtimi komunikacijskimi mrežami, kjer poteka komunikacija neomejeno in v vseh smereh, in med bolj zaprtimi komunikacijskimi mrežami, kjer je komuniciranje centralizirano ali kako drugače omejeno. Navadno so odprti načini

komuniciranja uspešnejši pri kompleksnih nalogah, medtem ko je pri enostavnejših nalogah učinkovitejša centralizirana komunikacija.

- **Medsebojno upoštevanje in spoštovanje udeležencev** – učinkovito medsebojno sodelovanje zahteva določeno stopnjo medsebojnega zaupanja. Brez tega bi bila kooperacija in s tem učinkovitost zelo otežena. Samo v atmosferi sprejemanja in spoštovanja je mogoče ustvariti stopnjo zaupanja, ki dovoljuje neovirano izražanje osebnih in medosebnih problemov.

- **Način odločanja** – dogovarjanje in sporazumevanje na podlagi argumentov in po načelu konsenza. V izjemnih situacijah in redkih institucijah je ustreznejše strogo hierarhično disciplinirano vedenje.

Kakovost medsebojnih odnosov so odvisni še od vrste drugih dejavnikov, ki so vezani na delovno okolje in so omogočanje osebnega izražanja, dajanje pohval, narava skupne naloge, število oseb v interakciji, priznavanje drugačnosti, čustvena zrelost vpletenih itd.

Zaključek

Zavedanje pomena učinkovitega komuniciranja in dobrih medosebnih odnosov na delovnem mestu si počasi in s težavo utira pot. Razlog za to je v veliki meri nepoznavanje mehanizmov medosebnega komuniciranja, pa tudi v tradicionalnih in preživelih odnosih med posamezniki v sistemih in delovnih okoljih, ki še vedno delujejo po principu ukazovanja, vsiljevanja

in kaznovanja. Ti odnosi se kažejo v slabem sodelovanju, pomanjkljivi komunikaciji, neenakopravnosti, podrejenosti itd. Prav tako se vse pogosteje opozarja na pomanjkljivost, da izobraževalni programi niso usmerjeni k skupnemu pridobivanju znanja s področja komuniciranja, ne učijo diskusije kot najosnovnejše spoznavne metode, ne spodbujajo in razvijajo izraznosti. Da bi posamezniki kot člani organizacij dosegli preobrat v komuniciranju in medosebnih odnosih, morajo prenehati ponavljajoče negativne vzorce odnosov obnašanja ter ugotoviti, da nepripravljenost za sodelovanje, obtoževanje, podcenjevanje in napad sodelavcev pri delu za doseganje skupnih ciljev ni produktivno, predvsem pa prepoznati, da so sami vsi ustvarili odnos, kakršnega imajo.

Literatura

- (1) Mayer J, et al: Skrivnost ustvarjalnega tima. Dedalus – Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin, Ljubljana, 2001.
- (2) Rungapadiachy, DM: Medosebna komunikacija v zdravstvu. Educy, Ljubljana, 2003, (15. poglavje).
- (3) Ule, M: Psihologija komuniciranja. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, 2005, str. 20-21
- (4) Ule, M.: Psihologija komuniciranja. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, 2005.
- (5) Ule, M.: Spregledana razmerja. Maribor, Aristej, 2003, str 118-120.
- (6) Lane, Derek R.: Communication Competence. Knowledge-Skills-Motivation. Explanation of Theory, 2001. Dostopno na <http://www.uky.edu/~drlane/capstone/interpersonal/competence.htm> (5. 4. 2006).
- (7) Škerbinc S.: Kognitivni stili in komunikacijska kompetenca, FDV, Ljubljana, 2006.
- (8) Kržišnik R.: Skupinska dinamika v zdravstvenih timih in njen vpliv na reševanje konfliktnih situacij. V: 3. konferenca management v zdravstvu: strokovno gradivo. Ljubljana: Planet GV.
- (9) Musek, J. Osebnost. Ljubljana, Univerzum, 1982.
- (10) Ule M. Psihologija komuniciranja. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, 2005 (6. poglavje).

Pascal Garel

Chief Executive

HOPE, European Hospital and Healthcare Federation



Efficient hospitals in Europe

For the past several years, most European Union Member States have been facing the same issue - the need to provide quality health care, tailored to the needs of the population and accessible to all, while still addressing the increasing health expenditure on restricted public finances. Meanwhile, public funds, which cover most healthcare expenditure, are strained everywhere. As a result, EU Member States have initiated reforms in their respective healthcare systems. The hospital sector plays a crucial and specific role within healthcare systems and is one of the largest elements of healthcare spending.

The weight of hospital expenditure in the economy

Total health spending on the rise overall

Between 1998 and 2005, healthcare spending, as a percentage of GDP, rose in 22 of the 27 Member States of the European Union; four of the remaining five are Central or Eastern European countries. All in all, the weight of spending as a percentage of GDP in EU countries did not tighten over the period. On average, the 27 Member States of the European Union allocated 9 % of their national wealth to healthcare spending in 2007, compared to 7.9 % in 1998. But this varies from 5 % of GDP in Estonia to 11.2 % in France.

Hospital expenditure ratio dropping

In all of the EU countries, the hospital sector is one of the most important items in healthcare

expenditure. Yet its ranking varies widely between countries, ranging from slightly over 20 % of total health expenditure in Portugal to around 50 % in Latvia. Hospital spending as a percentage of overall healthcare spending shrunk in most European countries between 1998 and 2005. This is a result of policies aimed at controlling healthcare expenditure, as well as faster growth in spending for medication owing to medical and technological advances or, sometimes, the liberalisation of the medicines market. But it is also due more performing hospital management.

Hospital reorganisation: shrinking acute care services

In recent years, the majority of European countries have begun to rationalise their healthcare capacities, which were often deemed to be excessive and poorly spread across the territory and therefore not efficient enough. Rationalisation policies, using planning tools with varying degrees of effectiveness and cohesion depending on the configuration of the hospital system, have all included reducing the density of beds in acute care units. The closing of beds in acute care has had various impacts depending on the country (hospital closings, development of home care, rehabilitation, etc.).

In 2007, the Member States of the European Union had 4.2 acute care beds per 1,000 inhabitants and 2 acute care hospitals for every 100,000 of its inhabitants. These two numbers have dro-

pped considerably since 1990 (app. -30 %) and even since 2000 (app. -10 %). Despite a marked drop in acute care bed density across Europe there are large discrepancies from one country to the next. It more than tripled; in Finland there were 2.3 beds per 1,000 inhabitants in 2007 whereas in Austria this number was 6.4. The differences thus remain significant even if the deviation from the average has been shrinking from numbers produced in 1990.

Streamlining hospital capacities

Since the 1980s, one of the main lines of action taken by European countries in their quest to control healthcare spending has consisted of streamlining hospital capacity. The policy of streamlining healthcare provision has often relied on planning, and has consisted of reducing the density of acute care beds (more or less drastically, depending on the Member State) without affecting the number of establishments on one hand, and developing alternatives to full hospitalisation - such as home or day hospitalisation - as well as structures for rehabilitation or long-term care on the other hand. The policies are visible. On average, over the 27 EU countries, the number of acute care beds per thousand inhabitants has gone down by a third, from 6.0 to 4.1 between 1980 and 2004. Meanwhile, the average length of stay in acute care has almost halved, from 11.1 to 6.8 days over the same period. The simultaneous nature of these trends is noteworthy. Such trends happened in all EU Member States, at different paces. In some of these countries, the streamlining of hospital capacity is still ongoing.

Comparing hospital services between the EU Member States is a complex task. It consists of assessing the existing differences in terms of healthcare organisation, diseases, and resources used to treat them. This analysis of hospital care services is based essentially on an indicator - the bed - which is a relatively crude unit of measure. Beds found in highly specialised services are accorded the same importance as general medicine or long-term care beds. It does not reflect technical capacity, staff size, or staff qualifications. Moreover, it only defines admitting capacity for hospitalisation (that is, a hospital stay that is at least overnight). Admission capacities in alternatives to hospitalisation are not analysed, as data are uniformly available in only a handful of the 27 EU Member States.

That said, the »bed« still reflects the transformation of proposed hospital care services, and is the only available indicator for international comparisons.

Dropping numbers of acute care beds

Since the 1980s, admitting capacity for acute hospital care has been going down in most of the EU Member States, both in terms of the number of beds and bed density for the population. This trend has been observed in the eastern and central European countries only since the 1990s, after the political transition and owing to political and economic pressures. Consequently, in the 27 EU Member States, the number of beds per thousand inhabitants went from an average of 6 in 1980 to a little above 4 in 2004. In **Cyprus**, the decrease in the »beds per 1000 inhabitants« ratio is a singular result of a marked increase in population, as the number of acute care beds actually increased by 13 % over this period with the construction of new hospitals. Although all EU Member States have seen the number of acute care beds go down in relation to the population, changes have not had the same scope or pace, nor did they take place at the same time.

Germany has the highest acute care capacity among the EU countries, both in terms of establishments and bed numbers. In 2004, despite a sharp decrease, Germany still had 6.4 acute care beds per thousand inhabitants, compared with the EU average of 4.1 beds. This situation stems from a financing system that for too long did little to encourage healthcare cost control. The 1972 law on hospital financing, with its principle of »full coverage of expenditure«, actually spurred the construction of a large number of healthcare establishments and the opening up of many beds. Since 1992, the number of establishments and the admitting capacity of the acute care hospital network have been progressively decreasing, owing to technological advances that make shorter hospital stays possible as well as policies aimed at controlling hospital spending. The withdrawal of the principle of »full coverage of expenditure« in 1993 and the introduction of fixed budgets as a financing method thereby prodded hospitals to streamline their provision of acute care. In tandem, a policy authorising the development of ambulatory care in hospitals also led the latter to reduce their admitting capacity in terms of bed numbers. The number of acute care beds

thus fell by 18 % between 1992 and 2004, from almost 647000 beds to 531000 beds. These different reorganisations initially involved the hospital system of the former GDR, which had to adjust to the standards of West Germany both in terms of infrastructure and planning.

Another example is **Finland** and the Nordic countries in general. Despite the already low density of acute care beds in the 1980s (just under 5 % compared with an EU average of 6 %), it drastically fell in the 1990s following an extensive reorganisation of acute hospital care services. Following the economic recession of the early 1990s, the Finnish government proceeded with significant social and health budget cuts, which led to the closure of many acute care beds. Hospital capacity was reduced by 30 % in a short time, from 21700 acute care beds in 1990 to 15300 in 1995. This rapid drop continued at a good pace until the late 1990s. These changes were accompanied by a significant reduction in the average length of stay, as well as new co-ordination of hospital and community-based care, to the advantage of the latter. Nonetheless, problems with the time for access to care appeared during the 1990s, with the creation of waiting lists. They appear to be decreasing since the introduction of the 2004 law on healthcare access. Similar changes took place in Sweden and, to a lesser degree, in Denmark.

The central and eastern European countries usually set themselves apart from other Member States with their higher average bed density, a heritage of their Soviet past. The Czech Republic, Slovakia and Hungary had around 6 beds per thousand inhabitants in 2004, compared with an average of 4 beds for the EU. In these countries, in the early 1990s, the hospital sector - strongly influenced by the Semashko model - were oversized and characterised by surplus hospital care provision. The economic crisis during the political transition period, coupled with the oversized hospital care offer, triggered reorganisation policies for the hospital sector in the 1990s. Such policies were carried out at different paces. Estonia managed to reorganise its hospital sector rapidly, but Hungary encountered more difficulties. Political opposition to hospital reorganisation prevented a significant reduction in acute care hospital beds, despite numerous decentralisation policies or the introduction of new modes of activity-based payment in the early 1990s. The number of acute care beds went down by only 12 % in ten years or so. The reduction of hospital capacity

is still a hot topic. A new programme to cut the number of beds was launched in late 2006, and the law intended to close almost 10 % of beds in 2007 and optimise long-term care. This objective was not reached despite being encouraged by financial incentives. As such, for a limited time, an extraordinary financial grant will be made to hospitals according to the number of acute care beds that are closed or converted to long-term care beds.

Less marked reduction in hospital density

The reduction of bed numbers generally happens through the closure of acute care hospitals. Although data is not as complete as for previous comparisons, it can still be noted that the downward trend in hospital numbers involves the great majority of member states - at times in spectacular fashion, as in Lithuania and Estonia. It should also be noted that the lower number of hospitals in the central and eastern European countries is compensated by hospital size. There, hospitals are generally bigger, and often have more than 1000 beds.

As with the reduction in the number of acute care beds, this change is a result of hospital care reorganisation policies. Nonetheless, beds are easier to close than a hospital that provides jobs and economic development to its region. Some countries, such as Estonia, Ireland, Greece and the United Kingdom, have managed to conduct major re-organisational policies. In **Belgium**, a 1982 decree capping the number of beds per establishment led to the closure of several beds, while a 1989 decree required accredited hospitals to have more than 150 beds. Many »small hospitals« thus closed their doors. In other countries like the **Netherlands** or the United Kingdom, forcing health providers to compete made it possible to reorganise healthcare to a certain degree. In the Netherlands, the reduction in hospital numbers resulted both from the competition between hospitals - to the detriment of small structures - and a policy encouraging mergers between establishments. Dutch hospitals numbered 140 in 1990. Only about a hundred existed in 2004.

Meanwhile, in the Czech Republic and Slovakia, the number of hospitals grew during the 1990s. In the **Czech Republic**, this change is probably tied to the process of healthcare system decentralisation, which encouraged local hospital care organisation and, consequently,

its dissemination. In addition, the development of the private hospital sector probably contributed to an increase in the number of establishments. In **Slovakia**, despite difficulties in financing the healthcare system, several acute care hospitals were created to address the new public health priorities defined by the government, particularly cardiovascular disease, cancer, and renal insufficiency among others. Since the late 1990s, the density of acute care hospitals has stopped increasing, and is even going down in the Czech Republic, partly as a result of the introduction of a hospital reorganisation government programme in May 1997. Similarly, in Slovakia, following the adoption of a plan in 2002, 3 acute care hospitals were closed and several other were converted to long-term care establishments. The increase in the number of structures in both countries during the 1990s was tempered by a reduction in acute care bed density, even though it remains above the EU average (around 6.1 %).

These reorganisation policies, aimed mainly at cutting the number of hospital structures in order to improve healthcare quality and streamline costs, generally lead to increased patient waiting times for access to care. This issue of geographic accessibility is undoubtedly an important factor in deciding upon future hospital reorganisation policies, and must be taken into account along with quality concerns.

More intensive use of hospital capacity

Reorganisation policies were imposed or made possible by the combination of two main factors: economic constraints weighing on health systems, and medical progress. These two factors led to changes in the hospital management of patients, with the possibility of eliminating acute care hospital beds. This has been manifested as a regular reduction in the average length of stay since 1980 for all EU Member States. Bed occupancy rates, on the other hand, have seen more disparate changes.

The average length of stay in acute care hospitals has been going down in all EU Member States, bar none. Between 1980 and 2004, the EU-27 average has shifted from around 11 days on average to just under 7 days.

Average hospital stays are currently longest in Germany, Slovakia, Belgium and the Czech Republic. They all exceed the EU average by more than a day. In **Germany**, for example, even tho-

ugh the average length of stay has gone down by around 6 days between 1980 and 2004 - a 40 % drop - it still remains the highest in the EU at almost 9 days. Meanwhile, in Denmark, Finland and Malta, the average length of stays, between three and five days, are among the shortest.

In the central and eastern European countries, average lengths of stay are markedly higher than those in the EU-15 Member States. Nonetheless, they are following the trends seen in other EU countries and the deviation from the EU average is gradually decreasing.

Several factors can explain the shorter average lengths of stay in acute care seen in the EU Member States. First, there has been improved coordination between acute care and »downstream« care (follow-up, rehabilitation care, long-term care or medico-social structures), even if this bears improving in a good number of countries. Moreover, medical progress and an enhanced technical environment make it possible to treat many diseases faster and, in some cases, even propose day or home hospitalisation to some patients. Finally, the replacement of daily payment - known to encourage longer stays - by prospective payment, mainly through the global budget, has served as a strong incentive to shorten the average length of stay.

Generally speaking, the occupancy rate for acute care beds mirrors how intensively hospital capacity is being used. On average for the 27 EU Member States, this occupancy rate has been relatively stable since 1980, at around 75 % of acute care beds. Such stability, however, belies the heterogeneous changes between the EU countries. This occupancy rate may have increased in Spain by almost eight points between 1985 and 2004, but it has fallen progressively and regularly by almost twenty-five points in the Netherlands since the early 1980s. In 2004, this country saw one of the lowest acute care bed occupancy rates in the European Union, which - according to the Dutch Council of Hospital Establishments - reflected a lack of hospital activity blamed mainly on the lack of personnel. The great majority of central and eastern European countries also saw a significant drop in acute care bed occupancy rates over the 1980s if not the 1990s as well. The trend is almost certainly tied to the surplus hospital capacity inherited from the Soviet regime, as well as the difficulties encountered by these countries to adapt and modernise healthcare.

Different trends in bed occupancy rates from one country to another come from changes in the number of admissions, the average length of stay, and the extent to which alternatives to full hospitalisation have been developed. Given the reduction in bed numbers, an increase in the number of admissions may lead to higher occupancy rates for available beds, if not the appearance of waiting lists. Conversely, the development of alternatives to full hospitalisation makes it possible to reduce the number of admissions – and thus bed occupancy rates – all other things being equal. Depending on the degree of such events, which more or less compensate each other, the observed changes for occupancy rates are irregular.

Alternatives to hospital care: the development of ambulatory care

Technological developments in medicine have made it possible to change the way patients are managed, making it even more necessary to improve coordination between hospital and ambulatory care. The concept of an «ambulatory shift» refers to the reorganisation of hospital management for a patient. Treatment that required full hospitalisation in the past can now be performed on an ambulatory basis (home hospitalisation and day hospitalisation). Depending on how healthcare is organised, such treatment can be accounted for in hospital expenditure. This «ambulatory shift» of the hospital sector suggests that it leads not only to improved care and improved conditions for care administration (primarily because the patient stays at home), but also that it should allow hospital costs control, mainly by shortening the patient's hospital stay.

In **Germany**, hospitals were traditionally expected to restrict themselves to care requiring hospitalisation. The creation of ambulatory care departments in German hospitals is only authorised in two cases: for research and teaching missions of university hospitals, and for certain hospitals in areas where community-based specialist care is insufficient. The 1993 law expanded the possibilities of ambulatory hospital care, and gave hospitals the right to provide very specialised ambulatory treatment such as chemotherapy. Finally, the Seehofer II reform of 1996 authorised day hospitalisation and the development of other ambulatory departments in hospitals, in order to loosen the very strict sharing of skills areas between com-

munity-based physicians and hospitals, and to address the lack of coherence in the regulation of the two sectors.

Hospital financing under review

Since the 1980s, reforms in the financing of hospital systems have transformed relations between the healthcare service payment bodies and the providers of such services, as well as the way the providers are paid.

Development of limited contracting

The contractual approach has become more popular in recent years. In some Member States, relationships between healthcare service providers (health establishments) and purchasers of such services (the different paying bodies), which previously relied on an integrated approach, were reformed to add more competition between hospitals.

In the **United Kingdom** (and then only in **England** after the 1998 devolution), since the reforms provided for in the 1990 NHS and Community Care Act, hospital establishments have been reimbursed directly by virtue of a contract with the Primary Care Trusts (PCT), which purchase the healthcare services they provide. The 28 strategic health authorities, which are devolved bodies of the ministry of health, do not act as purchasers, but as supervisors of the PCTs. They give the latter a financial envelope with which to negotiate contracts with specialists and hospitals. PCTs therefore purchase healthcare services for their population from hospital establishments.

In other countries, such as Sweden or Italy, contractualisation is not imposed at the national level. Local authorities decide whether or not to adopt this approach. However, the introduction of this distinction has not always led to real changes. In Sweden, for example, most contracts were signed on the basis of the establishment's customary activity and competition has remained very limited.

In Member States organised around social security, the distinction between purchasers and services providers already existed, but the purchaser (health insurance) only had a passive role in the reimbursement of care. With these reforms, it has acquired a more strategic role, as it now has the power to negotiate with he-

althcare providers and pit them against each other. In some of the newer Member States, such as Bulgaria, Estonia or Hungary, mechanisms for concluding contracts were introduced to improve the performance of health systems.

In the **Netherlands**, a reform introduced the principle of double competition as part of the Dekker plan. The reform combines the competition between insurers (public and private) for patients, and the competition between healthcare service providers for insurers that act in their capacity as purchasers of healthcare. Its goal was to increase the efficacy of the management fund and improve the services offered to patients. However, the introduction of free market principles to the funding of health systems carries risks with it, economic (transaction and negotiation costs can be very high and make care more expensive) and even social ones (insurers can choose patients according to health or socio-economic profiles). Finally, these mechanisms for competition require the introduction of a comprehensive legal framework.

It appears, then, that having recourse to pure competition in the healthcare sector is difficult, not to mention inefficient at times. Contractualisation increasingly reflects a negotiation between service providers and purchasers that is supervised by the public authorities.

Pathology-oriented payment on the rise

Over the last fifteen years, most European countries have changed the way in which their hospitals are financed by introducing pathology-oriented payment. This mechanism is based on the classification of patient stays according to disease groups, defined according to the similar diagnostic and treatment and financial resources needed for their management. Several classifications exist, the best-known of which are the "Diagnosis-Related Groups" (DRGs) from the United States.

Pathology-oriented payment first appeared in certain counties of Hungary and Sweden in 1992 and 1993. Twenty other Member States of the European Union have since introduced similar measures and five other European countries are considering implementing it.

On the European scale, improving cost control, increasing transparency and even reducing waiting lists (e.g., for Sweden) are the main reasons for introduction pathology-oriented payment in hospitals. The main objectives of this new

type of payment seem to be shared across EU Member States. Nevertheless, its implementation visibly varies from one country to another. In most Member States, pathology-oriented payment only applies to acute care. This may extend to other disciplines, such as psychiatry in Italy or medium-term care in Hungary. In other cases, extension of this payment type is in the works (for example, psychiatry in England).

In addition to a strict activity-based or pathology-based payment scheme, the mechanism for allocating hospital resources in the vast majority of European countries continues to include an overall budget used mainly to finance general-interest missions (typically medical training and research) that are separate from activities related to hospital stays. Most offer their hospital sectors a progressive rollout of pathology-oriented payment reforms, to ensure a smooth transition from previous means of funding.

In many countries, the State is behind the effort to introduce pathology-oriented payment, which may lead to a form of "centralised" budgetary powers in countries with decentralized health systems (Austria and Italy in particular). However, although central governments generally propel such initiatives, their application may be decentralised at an infra-national level and vary from one local authority to another within the same country, especially in Italy and Sweden.

Efficiency and pathology oriented payment in Europe

In many cases, one of the major goals of adopting pathology oriented payment as a financing tool is to improve the efficiency of health establishments. Changes in the productivity of health establishments were used to measure efficiency. However, that productivity and efficiency are not identical. Some vectors that can lead to the mechanical increase of an establishment's productivity may have perverse effects on funding that decrease the efficiency of the system. Patient selection, intentional over-coding of the activity (DRG creep) or segmentation of stays with no medical justification are examples. It seems that the introduction of pathology oriented payment has led to productivity gains in many EU Member States. The reasons for such gains, especially in terms of organisational processes, have been less well documented, and most references come from the United States. Reorganisations, mergers, absorptions, network crea-

tions, reductions in the average length of stays and development of day hospitalisation have been highlighted in several countries. In this context, it should be noted that the introduction of pathology oriented payment often took place alongside other health reforms and changes in the internal organisation of health establishments. As such, the nature of the relationship between the factors behind productivity gains and hospital financing is generally difficult to identify with precision.

In Europe, Sweden has produced the most literature on the changes in the productivity of health establishments following the introduction of pathology oriented payment. Some of Sweden 20 counties were among the first in the early 1990s to adopt this form of hospital financing. The first studies conducted after this reform showed that it had led to shorter waiting lists but little gains in productivity the two main goals of the reform in Sweden. Health establishments had, in fact, focused more on maximising their revenues instead of cost control. Consequently, activities grew faster than expected in some counties, and spending grew out of hand. To control health expenditure and encourage greater productivity, some counties modified the modalities of the pricing reform. Rates were computed according to the costs of the top 10 % of hospitals in terms of performance (instead of the average). The share of financing that was directly linked to activity, initially close to 100 %, was reduced at times. Following these adjustments, productivity gains were observed for several years. It is not clear whether they appeared to be greater in counties that had chosen pathology oriented payment than in those who had not made this pick.

Productivity gains for health establishments have also been seen in other European countries in relation to pathology-oriented payment, especially in Italy, Finland, Austria, Portugal, Norway and Switzerland. In Italy, the hospital sector cared for twice as many patients in 1998 than in 1994 but spending did not grow at the same rate and this despite a reduction in the number of short-stay beds.

Despite this general trend for DRGs, some are looking to new methods, more adapted to integrated care and chronic diseases patterns. Capitation is now in place in two Spanish regions the Catalan region as well as in Valencia.

DRGS AS A FINANCING TOOL

- HOPE Report (2006) -

HOPE, the European Hospital and Healthcare Federation, has been working since its creation in 1966 on hospital financing issues. A recent study discussed the use of Diagnoses Related Groups (DRGs) as a financing tool (which, incidentally, is the report's title). Developed in the United States, DRGs were introduced in the hospital management of many European countries over the last twenty years. The study was carried out to describe their use as a financing tool, and to understand the reasons behind the introduction of DRGs in each of the Member States. It also hoped to reveal any links between the organisation of the health system and the way this new tool was used. To conduct the study, HOPE used a questionnaire that was completed by 14 countries: Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Italy, Luxembourg, Portugal, Sweden, Spain, Switzerland, the Netherlands, and, for the United Kingdom, England and Wales.

Results of the survey revealed the highly diverse ways in which DRGs are used - a natural result of the diversity of European health systems, which are heavily influenced by the culture and political history of the country. Some do not use DRGs at all, while others make use of them without including the financial aspect. Still others use DRGs as a financing tool to a minor extent, for instance in transferring patients inside the country. This diversity undoubtedly depends on the level on decentralisation for a given Member State (as this conditions the organisation of the health system), the availability of healthcare services, the financing - and thus the mode of application of the DRGs. In countries with a high degree of decentralisation for the health system, the use of DRGs addresses different objectives depending on the community. Even in the Nordic countries, which use a common sy-

stem called the »Nord-DRGs«, there is great variety in their application, because of different policy thrusts and different levels of investment for the development of this tool. It is worth highlighting that even when DRGs are developed in view of a future financing system, the main goal is to ensure the transparency of the system.

In any case, evaluating the true influence of DRGs on the production and organisation of health services appears to be a difficult task. HOPE's study shows that as of now, it is not possible to draw a direct link between the introduction of DRGs and the quality of care or the reduction of waiting lists. This study also highlights the fact that regular adjustment of the mechanisms for DRGs, both at national and regional level, is the key to its success.

Quality of healthcare

In parallel with hospital reorganisation and review of hospital financing, since the early 1980s, healthcare providers and the surveillance and financing bodies have paid closer attention to the quality of care. To address the expectations of both patients and professionals, external quality validation processes, stemming from local initiatives and national or regional directives, were introduced. While the ways of determining hospital care quality differs from country to country, the reasons behind it all indicate a desire to improve the safety and quality of healthcare provided to patients. With this shared goal as a starting point, each country has developed its own tools to measure, monitor and improve quality.

In addition to the development of indicators to measure the quality of certain types of care, several main ways of promoting quality have been developed for or adjusted to the health sectors of the EU Member States: accreditation, certification based on ISO 9000 standards, and the »Excellence« approach of the European Foundation for Quality Management (EFQM model). These three strategies have different rationales, but their common trait is that they are based on the idea of constant quality improve-

ment, the introduction of references as a basis for the establishment's »quality culture«, and the encouragement of self-evaluation.

The MARQuIS Project

The "Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies" (MARQuIS) project set out to assess the value of the different quality strategies in existence. Seven strategies were identified: external pressure (in the form of accreditation, certification, etc.), quality improvement programmes, audits and internal evaluations of clinical standards, patient safety systems, good clinical practice, performance indicators, and systems to measure the degree of patient satisfaction. A component of the project dealt specifically with quality in the perspective of patient mobility.

Developed between 2004 and 2008 with the contribution of HOPE, MARQuIS allowed conclusions and recommendations to be drafted. According to the researchers, it would not be useful to create a unique quality improvement system for the European Union, as results favour an approach coordinating the different national systems. In the same vein, at the national, regional or local level, using a combination of different strategies is recommended, rather than focusing on a single one. Three strategies appear to be particularly fruitful: patient safety systems, performance indicators, and good clinical practice. They seem to have more results than strategies based on external pressure such as accreditation and certification. Finally, the project concluded that special attention needed to be paid to the quality of border region and transnational care. MARQuIS results are available on www.marquis.be.

The European Hospital and Healthcare Federation is a European non-profit association created in 1966, well known under the acronym HOPE: Hospitals for EurOPE.

HOPE is a mirror of the diversity and the complexity of European healthcare systems. It gathers national associations of public and private hospitals and owners of hospitals in 26 Member States of the European Union. It represents around 80 % of hospital care in the EU.

HOPE promotes improvements in the health of citizens throughout Europe. HOPE fosters efficiency, effectiveness and humanity in the organisation and operation of hospital and healthcare services.

Pascal Garel

HOPE, Evropsko združenje bolnišnične in zdravstvene oskrbe



Učinkovite bolnišnice v Evropi

Zadnjih nekaj let se večina držav članic Evropske unije sooča z enako problematiko – s potrebo zagotoviti kakovostno zdravstveno varstvo, ki bo prilagojeno potrebam prebivalstva in dostopno vsem, in se hkrati spopadati z vse večjimi izdatki v zdravstvu ob omejenih javnih financah. Javna sredstva, ki pokrivajo večino zdravstvenih izdatkov, so povsod skrčena. Zato so države članice začele z reformami svojih sistemov zdravstvenega varstva. Bolnišnični sektor ima ključno in posebno vlogo v zdravstvenih sistemih in predstavlja eno največjih postavk izdatkov v zdravstvu.

Teža bolnišničnih izdatkov v gospodarstvu

Skupna poraba v zdravstvu narašča

V letih od 1998 do 2005 so izdatki v zdravstvu kot odstotek bruto domačega proizvoda narasli v 22 od 27 držav članic EU; štiri od preostalih petih so države srednje oz. vzhodne Evrope. Gledano z vidika celote, se delež izdatkov v zdravstvu kot odstotek BDP v državah članicah v tem obdobju ni zmanjšal. V povprečju je leta 2007 27 držav članic zdravstvu namenilo 9 % svojega proračuna, v primerjavi s 7,9 % leta 1998. Pri tem se odstopanja gibljejo od 5 % BDP v Estoniji do 11,2 % v Franciji.

Poraba v bolnišničnem sektorju se zmanjšuje

V vseh državah EU je bolnišnični sektor ena najpomembnejših postavk izdatkov v zdravstvu. Se pa države med seboj znatno razlikujejo po tem, kolikšen delež skupne porabe v zdravstvu predstavlja, od nekoliko več kot 20 % na Portugalskem do okrog 50 % v Latviji. Bolnišnična poraba se je kot delež celotne porabe v zdravstvu v obdobju od 1998 do 2005 v večini evropskih držav zmanjšala. To je rezultat politik za nadzor porabe v zdravstvu in hitrejšega napredka na področju stroškov zdravljenja zaradi medicinskega in tehnološkega napredka ali ponekod zaradi liberalizacije trga zdravil. K temu je pripomoglo tudi boljše upravljanje bolnišnic.

Reorganizacija bolnišnic: krčenje storitev akutne bolnišnične obravnave

V zadnjih letih je večina evropskih držav začela racionalizirati zdravstvene zmogljivosti, ki so bile pogosto prekomerne in slabo geografsko razporejene in zato premalo učinkovite. Politike racionalizacije, ki se poslužujejo načrtovalnih orodij z različnimi stopnjami kohezivnosti in učinkovitosti – odvisno od organiziranosti sistema bolnišnic, vse vključujejo zmanjšanje

števila postelj na oddelkih akutne bolnišnične obravnave. Ukinjanje postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave je imelo v različnih državah različne posledice (zapiranje bolnišnic, razvoj oskrbe na domu, rehabilitacija itd).

Leta 2007 so imele države članice EU v okviru akutne bolnišnične obravnave 4,2 postelje na 1 000 prebivalcev in 2 bolnišnici na 100 000 prebivalcev. To število se je znatno zmanjšalo od leta 1990 (za približno 30 %) in celo od leta 2000 (za približno 10 %). Kljub znatnemu zmanjšanju števila postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave v Evropi obstajajo velike razlike med državami, ki so lahko več kot trikratne; na Finskem sta bili leta 2007 2,3 postelji na 1 000 prebivalcev, medtem ko v Avstriji 6,4. Razlike tako ostajajo precejšnje, četudi se glede na podatke iz leta 1990 odstopanje od povprečja zmanjšuje.

Racionalizacija bolnišničnih zmogljivosti

Od 80. let prejšnjega stoletja so evropske države za nadzor izdatkov v zdravstvu kot enega glavnih ukrepov uvedle racionalizacijo bolnišničnih zmogljivosti. Politika racionalizacije zagotavljanja zdravstvenega varstva je pogosto temeljila na načrtovanju in je zajemala zmanjševanje števila postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave (bolj ali manj izrazito, odvisno od države članice), ne da bi to vplivalo na število zavodov na eni strani, in da bi na drugi strani vključevalo razvijanje alternativ za polno hospitalizacijo (domača in dnevna hospitalizacija) ter struktur za rehabilitacijo oz. dolgoročno zdravljenje. Politike so otipljive. V povprečju se je v obdobju od 1980 do 2004 v 27 državah članicah število postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave na tisoč prebivalcev zmanjšalo za tretjino, s 6,0 na 4,1. V enakem obdobju se je povprečna ležalna doba v okviru akutne obravnave skoraj razpolovila, z 11,1 na 6,8 dni. Zanimivo je, da oboje sovпада. Ti trendi so opazni v vseh državah članicah EU, vendar z različno intenzivnostjo. V nekaterih od teh držav racionalizacija bolnišničnih zmogljivosti še vedno poteka.

Primerjava bolnišničnih storitev med državami članicami ni enostavna naloga. Gre za to, da se ugotovijo razlike glede organiziranosti zdravstvenega varstva, bolezni in virov, ki se uporabljajo za njihovo zdravljenje. Ta analiza storitev bolnišnične obravnave izhaja v glavnem iz enega kazalnika – postelje –, ki je dokaj osnovna merska enota. Postelje v visoko specializiranih oddelkih so enako pomembne kot v splošni

medicini ali v dolgoročnem zdravljenju. Ne gre za prikaz tehnične ali kadrovske zmogljivosti oziroma kadrovske usposobljenosti. Postelja določa samo hospitalizacijsko zmogljivost, tj. bolnišnično obravnavo vsaj čez noč. Sprejemne zmogljivosti glede obravnave, ki so alternativa hospitalizaciji, niso analizirane, saj so tovrstni podatki na voljo samo v peščici držav članic. Tako je postelja še vedno odraz preoblikovanja bolnišničnih storitev in je edini razpoložljivi kazalnik za mednarodne primerjave.

Zmanjševanje števila postelj v okviru akutne obravnave

Od 80. let 20. stoletja se sprejemna zmogljivost v akutno bolnišnično obravnavo v večini držav članic EU zmanjšuje, tako po številu postelj kot po njihovi gostoti na prebivalstvo. Ta trend je v državah vzhodne in srednje Evrope opazen šele od 90. let dalje, po politični tranziciji in zaradi političnih in gospodarskih pritiskov. Zaradi tega se je število postelj na tisoč prebivalcev v 27 državah članicah zmanjšalo s povprečno 6 postelj leta 1980 na malo več kot 4 leta 2004. Na **Cipru** je do zmanjšane števila postelj na tisoč prebivalcev privedel izrazit porast prebivalstva; število postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave se je v tem obdobju z gradnjo novih bolnišnic dejansko povečalo za 13 %. Čeprav se je v vseh državah EU število postelj v okviru akutne obravnave glede na prebivalstvo zmanjšalo, se spremembe niso pojavile v enakem obsegu, enako hitro in istočasno.

Nemčija ima največjo zmogljivost akutne bolnišnične obravnave med vsemi državami članicami, tako z vidika zavodov kot z vidika števila postelj. Leta 2004 je imela v primerjavi z evropskim povprečjem (4,1 postelje) v okviru akutne obravnave kljub velikemu zmanjšanju še vedno 6,4 postelje na tisoč prebivalcev. To je bila posledica finančnega sistema, ki predolgo ni dovolj spodbujal nadzora stroškov zdravstvenega varstva. Zakon o financiranju bolnišnic iz leta 1972 je z načelom celotnega kritja izdatkov dejansko pospešil gradnjo velikega števila zdravstvenih zavodov in uvedbo večjega števila postelj. Od leta 1992 število zavodov in sprejemna zmogljivost mreže bolnišnic akutne obravnave postopno padata, in sicer zaradi tehnološkega napredka, ki omogoča krajše ležalne dobe, in zaradi politik za nadzor bolnišnične porabe. Ukinitev načela celotnega kritja izdatkov leta 1993 in uvedba fiksnega proračuna kot finančne metode sta bolnišnice spodbudila k racio-

nalizaciji pri zagotavljanju akutne obravnave. Podobno je tudi politika odobritve razvoja ambulantne dejavnosti v bolnišnicah slednje spodbudila k zmanjševanju sprejemne zmogljivosti z vidika števila postelj. Število bolniških postelj v okviru akutne obravnave se je v letih od 1992 do 2004 zmanjšalo za 18 %, s skoraj 647 000 postelj na 531 000. V teh različnih reorganizacijah je bil prvotno vključen bolnišnični sistem nekdanje Nemške demokratične republike, ki se je moral prilagoditi standardom zahodne Nemčije tako z vidika infrastrukture kot z vidika načrtovanja.

Naslednji primer so **Finska** in nordijske države na splošno. Kljub že tako nizki gostoti postelj v okviru akutne obravnave v 80. letih 20. stoletja (malo pod 5 % v primerjavi s 6-odstotnim evropskim povprečjem), se je ta v 90. letih po obsežni reorganizaciji storitev akutne bolnišnične obravnave še izraziteje zmanjšala.

Po gospodarski recesiji v začetku 90. let je finska vlada znatno zmanjšala socialni in zdravstveni proračun, kar je povzročilo zmanjšanje števila postelj v okviru akutne obravnave. V kratkem času se je bolnišnična zmogljivost zmanjšala za 30 %, z 21 700 postelj leta 1990 na 15 300 leta 1995. Število postelj se je še naprej hitro zmanjševalo do konca 90. let. Ob teh spremembah se je znatno zmanjšala tudi povprečna ležalna doba in začelo se je novo usklajevanje dejavnosti bolnišnic in zdravstvenih domov. Kljub temu so se v 90. letih pojavile časovne težave glede dostopa do zdravstvenih storitev in tako so začele nastajati čakalne dobe. Zdi se, da se od uvedbe zakona o dostopu do zdravstvenih storitev iz leta 2004 čakalne dobe zmanjšujejo. Podobnim spremembam so bili priča na Švedskem in v nekoliko manjši meri na Danskem.

Države srednje in vzhodne Evrope se zaradi višjega povprečja gostote postelj, kar je dediščina njihove komunistične preteklosti, po navadi postavljajo na posebno mesto, ločeno od drugih držav članic. Češka, Slovaška in Madžarska so leta 2004 imele približno 6 postelj na tisoč prebivalcev, medtem ko je bilo evropsko povprečje 4 postelje. V teh državah je bil v začetku 90. let bolnišnični sektor močno pod vplivom Semashkovega modela, s prekomernimi zmogljivostmi in s presežkom bolnišničnih storitev. Gospodarska kriza v času politične tranzicije je skupaj s preveliko ponudbo bolnišničnih storitev sprožila reorganizacijske politike bolnišničnega sektorja v 90. letih. Tovrstne politike so se izvajale z različno intenzivnostjo. Estoniji je uspelo bolnišnični sektor preoblikovati hitro,

Madžarska je imela pri tem več težav. Politično nasprotovanje reorganizaciji bolnišnic je preprečilo večje zmanjšanje števila postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave, kljub številnim decentralizacijskim politikam oziroma uvedbi novih načinov plačevanja na podlagi dejavnosti v začetku 90. let. Število postelj akutne bolnišnične obravnave se je v približno desetih letih zmanjšalo samo za 12 %. Zmanjšanje bolnišnične zmogljivosti je še vedno pereča tema. Ob koncu leta 2006 so uvedli nov program za zmanjšanje števila postelj in zakon, s katerim naj bi se leta 2007 ukini skoraj 10 % postelj in izboljšalo dolgoročno zdravljenje. Ta cilj kljub finančnim spodbudam ni bil dosežen. Zato bodo bolnišnice glede na število postelj v okviru akutne obravnave, ki so bile ukinjene oziroma predstavljene v okvir dolgoročnega zdravljenja, za omejeno časovno obdobje dobile posebno finančno subvencijo.

Manj izrazito zmanjševanje števila bolnišnic

Število postelj se navadno zmanjša z zaprtjem bolnišnic za akutno obravnavo. Kljub pomanjkljivim podatkom je še vedno opazno padanje števila bolnišnic pri veliki večini držav članic, včasih zelo izrazito, kot v Litvi in Estoniji. Opaža se tudi, da je število bolnišnic v državah srednje in vzhodne Evrope sicer manjše, vendar so tam bolnišnice praviloma večje in imajo pogosto več kot 1 000 postelj.

Podobno kot pri zmanjšanju števila bolnišničnih postelj je ta sprememba rezultat politik reorganizacije bolnišnične dejavnosti. Postelje je kljub vsemu lažje ukiniti kot zapreti bolnišnice, ki dajejo delovna mesta in zagotavljajo gospodarski razvoj regije. Nekaterе države, kot so Estonija, Irska, Grčija in Združeno kraljestvo, so uspešno izpeljale pomembne reorganizacijske politike. V **Belgiji** se je zaradi uredbe iz leta 1982 o zmanjšanju števila postelj na zavod uknilo precej postelj, vendar so morale imeti akreditirane bolnišnice po uredbi iz leta 1998 več kot 150 postelj. Zato se je zaprlo veliko manjših bolnišnic. V drugih državah, kot sta Nizozemska in Združeno kraljestvo, ki so izvajalce zdravstvenih storitev podvrgele konkurenci, je bilo možno zdravstveno varstvo reorganizirati do neke mere. Na Nizozemskem je do zmanjšanja števila bolnišnic prišlo zaradi konkurence med bolnišnicami – na škodo manjših struktur – in zaradi politike pospeševanja združitve med zavodi. Nizozemskih bolnišnic je bilo leta 1990

140, leta 2004 pa samo okrog 100.

Na Češkem in Slovaškem se je število bolnišnic v 90. letih povečalo. Na **Češkem** je ta sprememba verjetno povezana s procesom decentralizacije sistema zdravstvenega varstva, ki je spodbudil organizacijo lokalne bolnišnične oskrbe in posledično njeno širjenje. Poleg tega je k zvečanju števila zavodov verjetno prispeval razvoj zasebnega bolnišničnega sektorja. Na **Slovaškem** se je kljub težavam s financiranjem zdravstvenega sistema ustanovilo več bolnišnic za akutno obravnavo z namenom uresničevanja novih prednostnih nalog vlade na področju javnega zdravja, zlasti v zvezi s kardiovaskularnimi boleznimi, rakom in odpovedjo ledvic. Od konca 90. let je število bolnišnic za akutno obravnavo nehalo naraščati in se na Češkem celo zmanjšuje, delno zaradi uvedbe vladnega programa reorganizacije bolnišnic maja 1997. Podobno so se na Slovaškem po sprejetju načrta leta 2002 zaprle 3 bolnišnice za akutno obravnavo, več drugih pa se je preoblikovalo v zavode za dolgoročno zdravljenje. Povečanje števila struktur v obeh državah v 90. letih se je ublažilo z zmanjšanjem gostote postelj v okviru akutne bolnišnične obravnave, čeprav ta še vedno ostaja nad povprečjem v EU (približno 6,1 %).

Te reorganizacijske politike, katerih glavni cilj je bil zmanjševanje števila bolnišničnih struktur za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in racionalizacijo stroškov, so na splošno privedle do večanja čakalnih dob za dostop do zdravstvenih storitev. To vprašanje geografske dostopnosti je nedvomno pomemben dejavnik pri odločanju o prihodnjih politikah za reorganizacijo bolnišnic in ga je treba upoštevati skupaj s prizadevanji za kakovost.

Intenzivnejša uporaba bolnišničnih zmogljivosti

Do reorganizacijskih politik je privedlo medsebojno učinkovanje dneh glavnih dejavnikov: gospodarskih pritiskov na sistem zdravstvenega varstva in napredka na medicinskem področju. Ta dejavnika sta povzročila spremembe v bolnišničnem upravljanju s pacienti in možnost ukinjanja bolnišničnih postelj za akutno obravnavo. To se je v vseh državah članicah Evropske unije izrazilo kot nenehno zmanjševanje povprečne ležalne dobe od leta 1980. Zasedenost bolnišničnih postelj na drugi strani je bila predmet bolj neenakomernih sprememb.

Povprečna ležalna doba v bolnišnicah za aku-

tno obravnavo v vseh državah članicah brez izjeme pada. V letih od 1980 do 2004 se je njeno povprečje za 27 držav članic z 11 dni zmanjšalo na manj kot 7 dni.

Trenutno so povprečne ležalne dobe najdaljše v Nemčiji, Belgiji, na Slovaškem in na Češkem. Vse so za več kot en dan nad povprečjem EU. Čeprav se je na primer v **Nemčiji** povprečna ležalna doba v obdobju od 1980 do 2004 zmanjšala za približno 6 dni oziroma za 40 %, je z 9 dnevi še vedno najdaljša v Evropski uniji. Nasprotno pa so ležalne dobe na Danskem, Finskem in na Malti med najkrajšimi, od 3 do 5 dni.

V državah srednje in vzhodne Evrope so ležalne dobe precej daljše kot v preostali petnajstih državah EU, vendar vseeno sledijo trendom v ostalih državah in odklon od evropskega povprečja se postopno zmanjšuje.

Krajše povprečne ležalne dobe v okviru akutne bolnišnične obravnave v EU lahko pojasnimo z več dejavniki. Najprej z izboljšano usklajenostjo akutne obravnave in drugih storitev, kot so podaljšano, rehabilitacijsko in dolgoročno zdravljenje ter socialno medicinske strukture. Poleg tega sta napredek na področju medicine in tehnike omogočila hitrejšo zdravljenje številnih bolezni in v nekaterih primerih dnevno ali domačo hospitalizacijo. Nenazadnje je bila nadomestitev plačevanja po številu dni (ki je spodbujalo daljše ležalne dobe) z vnaprej določenim pavšalnim plačevanjem v glavnem iz skupnega proračuna močna spodbuda za skrajševanje ležalnih dob.

Na splošno stopnja zasedenosti postelj v okviru akutne obravnave kaže na to, v kolikšni meri se izrablja bolnišnična zmogljivost. Od leta 1980 je bila ta stopnja zasedenosti v povprečju relativno stabilna v vseh 27 državah članicah in je znašala približno 75 %. Vendar ta stabilnost prekriva heterogene spremembe med državami. Če je stopnja zasedenosti v obdobju od 1985 do 2004 v Španiji porasla za skoraj 8 točk, je od začetka 80. let na Nizozemskem postopno in zanesljivo padla za skoraj 25 točk. Leta 2004 je imela ta država eno najnižjih stopenj zasedenosti postelj za akutno obravnavo v Evropski uniji, kar je po mnenju nizozemskega sveta za bolnišnične zavode pomenilo premajhno bolnišnično dejavnost predvsem zaradi pomanjkanja strokovnega osebja. Velik upad stopnje zasedenosti postelj v okviru akutne obravnave je v 80. in morda tudi 90. letih opazen tudi pri veliki večini držav srednje in vzhodne Evrope. To je gotovo povezano s presežkom bolnišnič-

ne zmogljivosti še iz časa sovjetskega režima in s težavami, s katerimi so se morale te države spopadati pri preoblikovanju in modernizaciji sistema zdravstvenega varstva.

Trendi glede zasedenosti postelj se od države do države razlikujejo in izhajajo iz sprememb glede števila sprejemov, povprečne ležalne dobe in stopnje razvoja alternativ za polno hospitalizacijo. Glede na zmanjšanje števila postelj se lahko zaradi povečanja števila sprejemov poviša tudi zasedenost razpoložljivih postelj in utegnejo se pojaviti čakalne dobe. Nasprotno razvoj alternativ za polno hospitalizacijo omogoča zmanjšanje števila sprejemov in tako tudi stopnje zasedenosti postelj. Odvisno od intenzivnosti teh pojavov, ki se lahko bolj ali manj medsebojno dopolnjujejo, so opažene spremembe glede stopnje zasedenosti neenakomerne.

Alternative za bolnišnično obravnavo: razvoj ambulantne dejavnosti

Tehnološki razvoj v medicini je omogočil spremembo načina obravnave pacientov, zaradi česar je treba še bolj nujno izboljšati usklajenost med bolnišnično in ambulantno obravnavo. Prenos poudarka na ambulantno dejavnost se nanaša na reorganizacijo bolnišničnega upravljanja za pacienta. Zdravljenje, ki je v preteklosti zahtevalo polno hospitalizacijo, se lahko sedaj izvede na ambulantni osnovi (domača hospitalizacija in dnevna hospitalizacija). Odvisno od organiziranosti zdravstvenega varstva se lahko tovrstna obravnavo upošteva pri bolnišničnih izdatkih. Zdi se, da poudarek na ambulantni dejavnosti bolnišničnega sektorja omogoča ne samo boljše zdravljenje in izboljšane pogoje za upravljanje poteka zdravljenja (zlasti ker je pacient oskrbovan doma), ampak tudi nadzor nad bolnišničnimi stroški, v glavnem s skrajševanjem ležalne dobe pacienta v bolnišnici.

V Nemčiji se je tradicionalno pričakovalo, da se bolnišnice omejijo na obravnavo, ki zahteva hospitalizacijo. Ustanovitev oddelkov ambulantne dejavnosti je v nemških bolnišnicah dovoljena v dveh primerih: za študijske in raziskovalne namene univerzitetnih kliničnih centrov in za nekatere bolnišnice na območjih, kjer je lokalna specialistična dejavnost nezadostna. Zakon iz leta 1933 je možnost ambulantne bolnišnične dejavnosti razširil in bolnišnicam dal pravico, da nudijo visoko specializirano ambulantno obravnavo, kot je kemoterapija. Končno je bila leta 1996 s Seehoferjevo reformo dovolje-

na dnevna hospitalizacija in razvoj drugih ambulantnih oddelkov v bolnišnicah, da bi se tako okrepilo povezovanje področji strokovnega znanja med zdravniki primarnega zdravstvenega sektorja in bolnišnicami in bi se povečala usklajenost vodenja obeh sektorjev.

Financiranje bolnišnic pod drobnogledom

Od 80. let so se z reformami financiranja bolnišničnih sistemov preoblikovali odnosi med plačniki zdravstvenih storitev in izvajalci teh storitev ter način plačevanja izvajalcev.

Razvoj omejenega sklepanja pogodb

Pogodbeni pristop je v zadnjih letih postal bolj priljubljen. V nekaterih državah članicah so se odnosi med izvajalci zdravstvenih storitev (zdravstveni zavodi) in odjemalci teh storitev (različni plačniki), ki so prej temeljili na celostnem pristopu, preoblikovali tako, da vključujejo več konkurence med bolnišnicami.

V **Združenem kraljestvu** (v **Angliji** po decentralizaciji leta 1998) se od reform, predvidenih z zakonom iz leta 1990 o nacionalni zdravstveni službi (NHS) in primarnem zdravstvu, bolnišničnim zavodom stroški povrnejo neposredno na podlagi pogodbe s skladi primarnega zdravstva (primary care trusts), ki kupujejo zdravstvene storitve, ki jih zagotavljajo. 28 strateških zdravstvenih organov, ki spadajo pod ministrstvo za zdravje, ni v vlogi odjemalcev, ampak nadzorujejo sklade primarnega zdravstva. Slednjim dajejo finančni okvir za sklepanje pogodb s specialisti in bolnišnicami. Zato skladi primarnega zdravstva za svoje lokalne prebivalce kupujejo zdravstvene storitve od bolnišničnih zavodov.

V drugih državah, kot sta Švedska in Italija, sklepanje pogodb na nacionalni ravni ni predpisano. Lokalne oblasti same odločajo o tem, ali bodo sprejele ta pristop. Vendar uvedba tega razlikovanja ni vedno prinesla dejanskih sprememb. Na Švedskem je bila na primer večina pogodb podpisanih na podlagi običajne dejavnosti zavoda in je konkurenca ostala zelo omejena.

V državah članicah, organiziranih okrog socialne varnosti, je razlikovanje med odjemalci in izvajalci storitev že obstajalo, vendar je imel odjemalec (zdravstvena zavarovalnica) samo

pasivno vlogo pri povračilu stroškov zdravljenja. S temi reformami je pridobil bolj strateško vlogo in je zdaj pristojen za pogajanja z izvajalci zdravstvenih storitev in lahko spodbuja konkurenčnost med njimi. Nekatere nove države članice, kot so Bolgarija, Estonija in Madžarska, so za izboljšanje zdravstvenega sistema uvedle mehanizme za sklepanje pogodb.

Na **Nizozemskem** so kot del Dekkerjevega načrta z reformo uvedli načelo dvojne konkurence. Reforma združuje konkurenco med zavarovalnicami (javnimi in zasebnimi) za paciente in konkurenco med izvajalci zdravstvenih storitev za zavarovalnice, ki so odjemalci teh storitev. Cilj je bil povečati učinkovitost sklada za upravljanje in izboljšati storitve za paciente. Vendar uvedba načel prostega trga v financiranje zdravstvenih sistemov prinaša tveganja – ekonomska (stroški poslovanja in pogajanj so lahko zelo visoki in podražijo zdravljenje) in celo socialna (zavarovalnice lahko izbirajo paciente glede na njihov zdravstveni ali socialno-ekonomski položaj). Omenjeni mehanizmi za konkurenčnost zahtevajo sprejetje celostnega pravnega okvira.

Potemtakem bi lahko rekli, da se je v zdravstvenem sektorju težko osredotočiti zgolj na konkurenco, včasih je to celo neučinkovito. V procesu sklepanja pogodb ima vse večjo težo pogajanje med izvajalci storitev in odjemalci, ki ga nadzorujejo javni organi.

Povečuje se plačevanje zdravstvenih storitev na podlagi primerov

V zadnjih petnajstih letih se je v večini evropskih držav spremenil način financiranja z uvedbo plačevanja zdravstvenih storitev na podlagi primerov. Ta mehanizem temelji na razporejanju pacientov v skupine bolezni, ki so opredeljene glede na podobno diagnozo in zdravljenje ter finančne vire, potrebne za njihovo obravnavo. Obstaja več klasifikacij, najbolj razširjena so t. i. skupine primerljivih primerov (SPP), ki so jo oblikovali v Združenih državah.

Plačevanje na podlagi primerov se je prvič pojavilo leta 1992 in 1993 v nekaterih pokrajinah na Madžarskem in Švedskem. Od takrat je podobne ukrepe uvedlo še dvajset drugih držav članic Evropske unije, pet preostalih pa o uvedbi tovrstnega plačevanja še razmišlja.

V evropskem merilu so izboljšanje nadzora nad stroški, povečanje preglednosti in celo zmanjšanje čakalnih dob (npr. na Švedskem) bistveni razlogi za uvedbo plačevanja bolnišničnih sto-

ritev na podlagi primerov. Glavni cilji te nove oblike plačevanja so, kot kaže, skupni vsem državam članicam EU. Kljub temu se izvajanje tovrstnega sistema plačevanja že na prvi pogled od države do države razlikuje. V večini držav se plačevanje na podlagi primerov uporablja samo za akutno obravnavo. Uporablja se lahko tudi za druga področja, v Italiji na primer za psihiatrijo, na Madžarskem pa za srednjeročno zdravljenje. Drugod je razširitev uporabe še v pripravi (npr. v Angliji za psihiatrijo).

Poleg stroge sheme plačevanja na podlagi dejavnosti ali primerov mehanizem za razporejanje bolnišničnih virov v veliki večini evropskih držav še vedno vključuje celoten proračun, iz katerega se financirajo predvsem dejavnosti splošnega interesa (medicinsko izobraževanje in raziskave), ki so ločene od dejavnosti bolnišnične obravnave. Večina držav želi v bolnišničnem sektorju postopno uvajati reforme za plačevanje zdravstvenih storitev na podlagi primerov, da se zagotovi nemoten prehod s prejšnjih oblik financiranja.

V številnih državah se za prizadevanji za uvedbo plačevanja na podlagi primerov skriva država, kar lahko v državah z decentraliziranim zdravstvenim sistemom (zlasti v Avstriji in Italiji) privede do neke vrste »centraliziranih« proračunskih pristojnosti. Toda čeprav za tovrstnimi pobudami stoji vlada, se lahko izvajajo decentralizirano in se lahko med posameznimi lokalnimi organi v državi razlikujejo, še posebno v Italiji in na Švedskem.

Učinkovitost in plačevanje na podlagi primerov v Evropi

V številnih primerih je eden glavnih ciljev uvedbe plačevanja na podlagi primerov kot oblike financiranja izboljšanje učinkovitosti zdravstvenih zavodov. Učinkovitost se je merila po spremembi produktivnosti zdravstvenih zavodov. Vendar ta produktivnost in učinkovitost nista identični. Nekateri dejavniki, ki sicer lahko povečajo produktivnost zavoda, imajo lahko nasprotno učinke na financiranje, ki zmanjšujejo učinkovitost sistema. Tovrstni primeri so izbira pacientov, namerno kodiranje obravnave po skupini primerljivih primerov z višjo tarifo in medicinsko neupravičena segmentacija obravnave. Kaže, da se je zaradi uvedbe plačevanja zdravstvenih storitev na podlagi primerov v nemalo državah Evropske unije povečala produktivnost. Vzroki za to povečanje so zlasti z vidika organizacijskih pro-

cesov slabše dokumentirani, največ virov je iz ZDA. V številnih državah je bila poudarjena reorganizacija, združitve, prevzemi, ustanovitev mrež, zmanjševanje povprečne ležalne dobe in razvoj dnevne hospitalizacije. V tem kontekstu je treba omeniti, da se je plačevanje na podlagi primerov po navadi uvajalo skupaj z drugimi zdravstvenimi reformami in spremembami v notranji organizaciji zdravstvenih zavodov. Zato je praviloma težko natančno določiti, kakšna je povezava med dejavniki povečanja produktivnosti in financiranjem bolnišnic.

V Evropi je Švedska izdala največ literature o spremembah produktivnosti zdravstvenih zavodov po uvedbi plačevanja zdravstvenih storitev na podlagi primerov. Kakih 20 pokrajin na Švedskem je v začetku 90. let prejšnjega stoletja med prvimi sprejelo tovrstno obliko financiranja bolnišnic. Prve raziskave po tej reformi so pokazale, da so se s tem skrajšale čakalne dobe, produktivnost pa se ni dosti povečala. Zdravstveni zavodi so se dejansko osredotočili bolj na povečanje dohodkov namesto na večji nadzor nad stroški. Posledično je bila v nekaterih pokrajinah rast dejavnosti hitrejša od pričakovane in poraba je ušla iz nadzora. Za nadzor izdatkov v zdravstvu in spodbujanje produktivnosti so nekatere pokrajine spremenile izvajanje tarifne reforme. Tarife so se namesto glede na povprečje računale glede na stroške najboljših 10 % bolnišnic. Delež financiranja, ki je bil neposredno vezan na dejavnost in se je prvotno približeval 100 %, je bil občasno zmanjšan. Po teh prilagoditvah je bila več let opazna povečana produktivnost. Ni pa jasno, ali je bila v pokrajinah, ki so uvedle plačevanje na podlagi primerov, večja kot v tistih, ki se za to niso odločile.

Povečano produktivnost zdravstvenih zavodov v povezavi s plačevanjem na podlagi primerov je bilo opaziti tudi v drugih evropskih državah, zlasti v Italiji, na Finskem, Portugalskem, Norveškem, v Avstriji in Švici. V Italiji so leta 1998 bolnišnice obravnavale dvakrat toliko pacientov kot leta 1994, vendar se izdatki kljub zmanjšanju števila postelj v okviru kratke ležalne dobe niso sorazmerno večali.

Kljub temu splošnemu trendu, ki gre v smeri skupin primerljivih primerov, nekateri iščejo nove modele, bolj prilagojene celostni obravnavi in vzorcem kroničnih bolezni. V dveh španskih pokrajinah, Kataloniji in Valenciji, je zdaj uvedena glavarina.

SPP KOT OBLIKA FINANCIRANJA

- poročilo HOPE (2006)

HOPE, Evropsko združenje bolnišnične in zdravstvene oskrbe, se že od leta 1966, ko je bilo ustanovljeno, ukvarja s problematiko financiranja bolnišnic. Nedavno je bila narejena raziskava o uporabi skupin primerljivih primerov (SPP) kot oblike financiranja (kar je po naključju tudi naslov poročila). Skupine primerljivih primerov so razvili v ZDA in v zadnjih dvajsetih letih jih je v upravljanje bolnišnic uvedlo veliko evropskih držav. Cilj izvedene raziskave je bil opisati uporabo SPP kot oblike financiranja in osvetliti razloge za njihovo uvedbo v vsaki od držav članic Evropske unije. Poleg tega smo želeli najti povezave med organiziranostjo zdravstvenega sistema in načinom uporabe tega novega modela. Za izvedbo raziskave je HOPE pripravil anketo, ki jo je izpolnilo 14 držav: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Italija, Luksemburg, Portugalska, Švedska, Španija, Švica, Nizozemska, in v imenu Združenega kraljestva Anglija in Wales.

Rezultati raziskave so pokazali, da se SPP uporabljajo zelo različno, kar je popolnoma razumljivo glede na različnost evropskih zdravstvenih sistemov, ki so pogojeni s kulturo in politično zgodovino posameznih držav. Nekateri države SPP sploh ne uporabljajo, druge brez finančnega vidika, zopet tretje kot obliko financiranja samo v manjši meri, na primer pri premeščanju pacientov znotraj države. Ta raznolikost je nedvomno odvisna od stopnje decentralizacije v posamezni državi članici (saj to pogojuje organiziranost zdravstvenega sistema), razpoložljivosti storitev zdravstvenega varstva, financiranja in tako načina uporabe SPP. V državah z visoko stopnjo decentralizacije zdravstvenega sistema se SPP uporabljajo z različnimi cilji, odvisno od lokalnih skupnosti. Celo v nordijskih državah, ki imajo skupen sistem (Nord-SPP), se uporaba SPP zelo razlikuje zaradi različnih poudarkov politik in različne stopnje vlaganja v razvoj tega modela. Omeniti velja, da je celo v primeru, ko se SPP vpeljejo za namen sistema financiranja v prihodnosti, glavni cilj zagotavljanje preglednosti sistema.

Ugotavljanje dejanskega vpliva SPP na izvajanje in organizacijo zdravstvenih storitev

je zahtevna naloga. Raziskava, ki jo je izvedel HOPE, kaže, da trenutno še ni mogoče govoriti o neposredni povezavi med uvedbo SPP in kakovostjo obravnave oziroma skrajšanjem čakalnih dob. Rezultati kažejo tudi na dejstvo, da je ključ do uspeha redno prilagajanje mehanizmov za SPP tako na nacionalni kot regionalni ravni.

Kakovost zdravstvenega varstva

Vzporedno z reorganizacijo bolnišnic in pregledom njihovega financiranja od začetka 80. let prejšnjega stoletja izvajalci zdravstvenih storitev in organi nadzora in financiranja več pozornosti namenjajo kakovosti obravnave. Za izpolnitev pričakovanj tako pacientov kot strokovnega osebja so se vpeljali procesi zunanjega potrjevanja kakovosti, ki izhajajo iz lokalnih pobud in nacionalnih ali regionalnih usmeritev. Čeprav se načini določanja kakovosti bolnišnične obravnave od države do države razlikujejo, je povsod prisotna želja po izboljšanju varnosti in kakovosti zdravstvenih storitev, ki so jih deležni pacienti. Ta skupni cilj je izhodišče, na katerem je vsaka država razvila svoja lastna orodja za merjenje, spremljanje in izboljševanje kakovosti.

Poleg kazalnikov za merjenje kakovosti določenih vrst obravnave so se razvili številni pomembni načini pospeševanja kakovosti, namenjeni ali prilagojeni zdravstvenim sektorjem držav članic EU: akreditacija, certifikacija na podlagi standardov ISO 9000 in model odličnosti EFQM, ki ga je razvil Evropski sklad za upravljanje kakovosti. Te tri strategije izhajajo iz različnih načel, njihova skupna značilnost pa je, da temeljijo na ideji nenehnega izboljševanja kakovosti, referencah kot temelju kulture kakovosti organizacije in spodbujanju samoocenjevanja.

Projekt MARQuIS

Cilj projekta z naslovom "Metode presojanja odziva na strategije za izboljšanje kakovosti" (MARQuIS) je bil ovrednotiti obstoječe strategije kakovosti. Določenih je bilo sedem strategij: zunanji pritisk (v obliki akreditacije, certifikacije itd.), programi za izboljšanje kakovosti, presoje in notranje ocenjevanje kliničnih standardov, sistemi varnosti pacientov, dobra klinična praksa, kazalci uspešnosti in sistemi za merjenje zadovoljstva pacientov. V projektu je bil posebej obravnavan element kakovosti z vidika mobilnosti pacientov.

Na podlagi projekta MARQuIS, ki je potekal od leta 2004 do 2008 in v katerem je sodelovalo tudi združenje HOPE, so se oblikovali nekateri zaključki in priporočila. Po mnenju raziskovalcev ne bi bilo smiselno vzpostaviti enotnega sistema izboljšanja kakovosti za Evropsko unijo, saj rezultati kažejo v prid pristopu usklajevanja različnih nacionalnih sistemov. Hkrati se na nacionalni, regionalni in lokalni ravni priporoča kombinacija različnih strategij namesto uporabe ene same. Posebno uspešne so tri strategije, in sicer sistemi varnosti pacientov, kazalci uspešnosti in dobra klinična praksa. Pokazalo se je, da prinašajo več rezultatov kot na zunanjem pritisku temelječe strategije, kot sta akreditacija in certifikacija. Izpostavljen je še bilo, da je treba posebno pozornost nameniti kakovosti zdravstvene obravnave na mejnih in čezmejnih območjih. Rezultati projekta MARQuIS so objavljeni na spletni strani: www.marquis.be.

Evropsko združenje bolnišnične in zdravstvene oskrbe je neprofitno evropsko združenje, ustanovljeno leta 1966, poznano pod akronimom HOPE (Hospitals for Europe - bolnišnice za Evropo).

HOPE je odraz različnosti in kompleksnosti evropskih sistemov zdravstvenega varstva. Združuje nacionalna združenja javnih in zasebnih bolnišnic in njihovih lastnikov v 26 državah članicah Evropske unije. Zastopa približno 80 % bolnišnične oskrbe v EU.

HOPE si prizadeva za izboljšanje zdravja evropskih državljanov. Pospešuje učinkovitost, uspešnost ter humanost organizacije in izvajanja storitev bolnišnične obravnave in zdravstvenega varstva.

mag. Jurij Stariha
Bolnišnica Golnik – KOPA



Učinkovitost upravljanja in vodenja bolnišnic

Povzetek

Pod učinkovitostjo upravljanja in vodenja bolnišnic si običajno predstavljamo poslovanje bolnišnice kot javnega zavoda, torej presojamo učinkovitost razpolaganja z omejenimi viri. Vendar pa se bistveni del učinkovitosti upravljanja in vodenja bolnišnic začne že pri sami določitvi mreže bolnišnic ter dejavnosti, ki jih bodo le te opravljale, kar je v pristojnost Ministrstva za zdravje.

Ekonomiko poslovanja bolnišnic bomo v tem prispevku obravnavali na dveh ravneh, to je na nacionalni ravni ter s tem povezane potrebe po organizaciji ustrezne mreže bolnišnic, ki bodo zagotavljale ustrezen nivo zdravstvenega varstva za državljanke, ter na ravni bolnišnic, kjer je naloga vodstva z omejenimi sredstvi ravnati gospodarno in opraviti zakupljen program zdravstvenih storitev.

Abstract

Usually, when speaking of efficient hospital management, we mean the performance of a hospital as a public institute, i.e., how efficiently it manages its limited resources. However, the essential part of hospital management starts with the appointment by the Ministry of Health of a network of hospitals and their respective activities.

In this paper, hospital business administration will be discussed at two levels: at the national level with the related need to organise an appropriate network of hospitals to provide an adequate level of health care to the citizens, and at the level of hospitals, where it is the responsibility of the management to manage economically the limited resources and to carry out the contracted health services.

1. Uvod

V prvem členu Zakona o zavodih (UL RS 21/91) je zapisano: »Zavodi so 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«. Dobiček torej ni cilj poslovanja bolnišnic, ampak je cilj opravljanje dejavnosti za katero so bili ustanovljeni. Iz tega izhaja, da običajni kazalniki ekonomičnosti vezani na poslovni izid niso vedno dober pokazatelj uspešnosti poslovanja bolnišnic. Česen (1998, 18) meni, da morajo vsi organizacijski sistemi pri svojem delovanju upoštevati načelo gospodarjenja, to je dosegati maksimalne učinke pri minimalni porabi virov. Avtor tukaj izpostavlja dve pomembni razliki med gospodarstvom in negospodarstvom, ki jih dobimo z izpeljavo omenjenega načela (Česen 1998, 18):

- Načelo čim večjega učinka z danimi viri ustreza nedobičkonosnim subjektom v negospodarstvu, ki izvajajo in financirajo vnaprej določen zdravstveni program z vnaprej določenimi omejenimi viri.
- Načelo enakega učinka pri čim manjši porabi virov pa je bližje gospodarskim subjektom, ki trajno znižujejo stroške na enoto ter si tako povečujejo dobiček.

Tudi načelo enakega učinka pri čim manjši porabi virov lahko apliciramo na bolnišnice, in sicer na racionalizacijo mreže bolnišnic z ciljem znižanja stroškov ob zagotavljanju enakega nivoja zdravstvenega varstva za prebivalce Slovenije.

2. Učinkovitost zdravstvenega sistema na nacionalni ravni

Verjetno je bilo zadnje stabilno leto poslovanja bolnišnic z vidika financiranja leto 2007. V letu 2008 je prišlo do uvedbe novega plačnega sistema, težav z vkalkuliranjem novih plač skladno z novim Zakonom o sistemu plač v javnem sektorju v cene zdravstvenih storitev ter na koncu do (relativno) visokih presežkov bolnišnic. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2009 je prinesel 2,5% zmanjšanje cen zdravstvenih storitev, Aneks 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009 pa še dodatna znižanja cen zdravstvenih storitev. Navkljub vsemu so bolnišnice leto 2009 z izjemo Univerzitetnega kli-

ničnega centra Ljubljana poslovale pozitivno. Menimo, da so izkazi za leti 2008 in 2009 neprijemna osnova za analizo, zato smo se odločili za analizo leta 2007, čeprav so na voljo že novejši podatki o poslovanju.

2.1 Povezava med ceno ene uteži in uspešnostjo poslovanja izbranega vzorca bolnišnic

V Sloveniji je bilo v letu 2007 v sistem SPP vključenih 25 izvajalcev bolnišnične dejavnosti, od tega 19 javnih zavodov (10 splošnih bolnišnic, 5 specialnih bolnišnic in 4 izvajalci terciarne ravni) in 6 zasebnih izvajalcev. V nadaljevanju podajamo pregled realiziranih uteži in primerov. Za vzorec smo izbrali 15 bolnišnic (10 splošnih in pet specialnih, saj imajo neposredno primerljiv sistem financiranja).

Tabela 1: Pregled realiziranih SPP primerov v terciarnih ustanovah, pri zasebnih izvajalcih in pri izbranem vzorcu 15 bolnišnic

	Število primerov	Število uteži	Povprečna utež	Delež primerov	Delež uteži
Zasebni izvajalci	5.384	7.900	1,47	2%	2%
Terciarne ustanove	167.152	254.807	1,52	49%	54%
Sekundarne ustanove	169.382	211.096	1,25	50%	45%
Skupaj	341.918	473.803	1,39	100%	100%

Vir: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije 2008, 42.

Če nadaljujemo razmišljanje v smeri ekonomske poslovanja, se pojavi vprašanje, katera je tista »prava« cena za storitve akutne bolnišnične obravnave. V letu 2007 se je cena ene uteži v letu 2007 gibala med 1.002 EUR in 1.317 EUR¹, kar je preko 31 % razlike med cenami iste storitve v različnih bolnišnicah. Nekako logično bi bilo sklepati, da bi bolnišnice z višjo ceno uteži poslovale bolje, z večjim presežkom prihodkov.

Izmed 15 obravnavanih bolnišnic je v letu 2007 pet bolnišnic poslovalo negativno, ostalih deset pa pozitivno, skupaj so ustvarile 234 tisoč EUR presežka odhodkov nad prihodki.

¹ Navedene cene veljajo za vzorec 15 sekundarnih bolnišnic, javnih zavodov, ki so obračunavale akutno bolnišnično obravnavo po sistemu SPP. Terciarne ustanove smo zaradi težav pri izločanju stroškov in prihodkov terciarne dejavnosti iz analize izvzeli.

Tabela 2: Pregled osnovnih kategorij iz izkaza poslovnega izida obravnavanih bolnišnic (v EUR)

	Celotni prihodki	Celotni odhodki	Presežek prihodkov	Presežek prihodkov/prihodki
Splošna bolnišnica Celje	69.948.047	69.720.574	227.473	0,0033
Splošna bolnišnica Izola	28.781.419	29.138.687	-357.268	-0,0124
Bolnišnica Sežana	4.211.910	4.187.370	24.540	0,0058
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	4.728.327	4.656.047	72.280	0,0153
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	19.375.385	19.310.151	65.234	0,0034
Splošna bolnišnica Jesenice	24.696.705	24.336.101	360.604	0,0146
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.916.936	4.914.400	2.536	0,0005
Splošna bolnišnica Brežice	10.241.367	10.222.467	18.900	0,0018
Splošna bolnišnica Trbovlje	11.750.456	11.477.000	273.456	0,0233
Splošna bolnišnica Ptuj	17.565.867	17.973.576	-407.709	-0,0232
Splošna bolnišnica Murska Sobota	33.875.781	34.519.274	-643.493	-0,0190
Splošna bolnišnica Nova Gorica	33.268.751	34.003.825	-735.074	-0,0221
Splošna bolnišnica Novo mesto	41.325.996	41.325.885	111	0,0000
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	31.916.662	30.832.982	1.083.680	0,0340
Bolnišnica Topolšica	7.442.242	7.662.207	-219.965	-0,0296
Skupaj navedeni izvajalci	344.045.851	344.280.546	-234.695	-0,0007

Vir: ZDRZZ 2008, 7-8.

Najvišji presežek prihodkov v višini 1.083.608 EUR je zabeležila Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, najvišji presežek odhodkov v višini 735.074 EUR pa je zabeležila Splošna bolnišnica Nova Gorica.

Prihodki bolnišnic izvirajo v pretežni meri iz naslova akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP. Povprečni delež prihodkov iz naslova akutne obravnave po sistemu SPP pri navedenih izvajalcih znaša 62%. Ob dejstvu, da je cena ene uteži med bolnišnicami različna, pomeni visok delež prihodkov iz naslova akutne bolnišnične obravnave po sistemu SPP neenako izhodišče za poslovanje. Da bi lahko medsebojno primerjali poslovanje bolnišnic, smo korigirali izkaz poslovnega izida za razlike v ceni uteži med bolnišnicami.

Izračune cene ene uteži smo opravili za vse izvajalce akutne bolnišnične obravnave, ki so financirani po sistemu SPP. Pri izvajalcih, ki so hkrati tudi izvajalci terciarne obravnave, smo upoštevali le sredstva za sekundarno obravnavo. Razlog, da smo v izračun vključili vse izvajalce, je, da je za akutno bolnišnično obravnavo namenjen določen obseg sredstev, katerega ni mogoče spreminjati oz. povečevati. Zato smo izračunali povprečno ceno ene uteži na nivoju Slovenije, nato pa to ceno uporabili za izračun prihodkov v vzorcu zajetih bolnišnic. Po izračunu enotne cene uteži se bomo osredotočili le na izbrani vzorec bolnišnic. Izračun cene uteži prikazujemo v tabeli 3.

Tabela 3: Pregled cene ene uteži po izvajalcih v letu 2007

Izvajalec	Pogodbeno število uteži	Prihodki iz naslova ABO po metodologiji SPP v EUR	Cena uteži	Cena uteži / povprečna cena uteži
Splošna bolnišnica Celje	43.473,33	45.414.277	1.044,65	97,8%
Splošna bolnišnica Izola	15.150,31	16.104.567	1.062,99	99,5%
Bolnišnica Sežana	949,74	1.064.903	1.121,26	105,0%
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	2.872,24	3.018.722	1.051,00	98,4%
Splošna bolnišnica Jesenice	14.756,81	15.962.987	1.081,74	101,3%

Izvajalec	Pogodbeno število uteži	Prihodki iz naslova ABO po metodologiji SPP v EUR	Cena uteži	Cena uteži / povprečna cena uteži
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	3.218,87	3.566.256	1.107,92	103,7 %
Splošna bolnišnica Brežice	6.395,97	6.563.165	1.026,14	96,1 %
Splošna bolnišnica Trbovlje	6.610,24	7.172.518	1.085,06	101,6 %
Splošna bolnišnica Ptuj	9.545,00	10.044.952	1.052,38	98,5 %
Splošna bolnišnica Murska Sobota	20.684,05	20.723.848	1.001,92	93,8 %
Splošna bolnišnica Nova Gorica	18.606,88	19.738.086	1.056,19	98,9 %
Splošna bolnišnica Novo mesto	24.850,47	26.727.908	1.075,55	100,7 %
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	16.687,75	17.256.410	1.034,08	96,8 %
Bolnišnica Topolšica	5.443,63	5.547.735	1.019,13	95,4 %
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	11.540,57	15.204.605	1.317,49	123,4 %
Skupaj navedeni izvajalci	200.785,83	214.110.938	1.066,36	99,8 %
Skupaj Slovenija	444.159,62	474.392.477	1.068,07	100,0 %

Iz tabele 3 izhaja, da je v letu 2007 povprečna cena uteži znašala 1.068,07 EUR. Najvišjo ceno ene uteži je imela Ortopedska bolnišnica Valdoltra, in sicer 123,4 % povprečne cene uteži, najnižjo pa Splošna bolnišnica Murska Sobota, katere cena uteži je dosegala le 93,8 % povprečne cene uteži.

2.2 Ocena poslovanja ob enotni ceni uteži

Celotne prihodke bolnišnic smo korigirali za razliko med pogodbeno ceno uteži in povprečno ceno uteži. Celotni odhodki ostanejo nespremenjeni, spremeni pa se presežek prihodkov ali odhodkov.

Ob upoštevanju enake cene uteži za vse izvajalce je seštevek presežkov prihodkov navedenih bolnišnic pozitiven. Če povzamemo, lahko ugotovimo, da v korigiranem izkazu negativno posluje sedem od 15 obravnavanih bolnišnic. Pregled prihodkov, odhodkov in poslovnega izida prikazujemo v tabeli 4.

Tabela 4: Pregled prihodkov, odhodkov in poslovnega izida ob upoštevanju enotne cene uteži (v EUR)

	Celotni prihodki	Celotni odhodki	Presežek prihodkov	Presežek prihodkov / Celotni prihodki
Splošna bolnišnica Celje	70.966.224	69.720.574	1.245.650	0,0176
Splošna bolnišnica Izola	28.858.401	29.138.687	-280.286	-0,0097
Bolnišnica Sežana	4.161.391	4.187.370	-25.979	-0,0062
Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna	4.777.346	4.656.047	121.299	0,0254
Splošna bolnišnica Jesenice	24.494.988	24.336.101	158.887	0,0065
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	4.788.651	4.914.400	-125.749	-0,0263
Splošna bolnišnica Brežice	10.509.525	10.222.467	287.058	0,0273
Splošna bolnišnica Trbovlje	11.638.118	11.477.000	161.118	0,0138
Splošna bolnišnica Ptuj	17.715.615	17.973.576	-257.961	-0,0146
Splošna bolnišnica Murska Sobota	35.243.896	34.519.274	724.622	0,0206
Splošna bolnišnica Nova Gorica	33.404.064	34.003.825	-599.761	-0,0180
Splošna bolnišnica Novo mesto	41.140.066	41.325.885	-185.819	-0,0045
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	32.483.900	30.832.982	1.650.918	0,0508
Bolnišnica Topolšica	7.708.666	7.662.207	46.459	0,0060

	Celotni prihodki	Celotni odhodki	Presežek prihodkov	Presežek prihodkov / Celotni prihodki
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	16.496.888	19.310.151	-2.813.263	-0,1705
Skupaj navedeni izvajalci	344.387.739	344.280.546	107.193	0,0003

Vir: ZDRZZ 2008, 7-9.

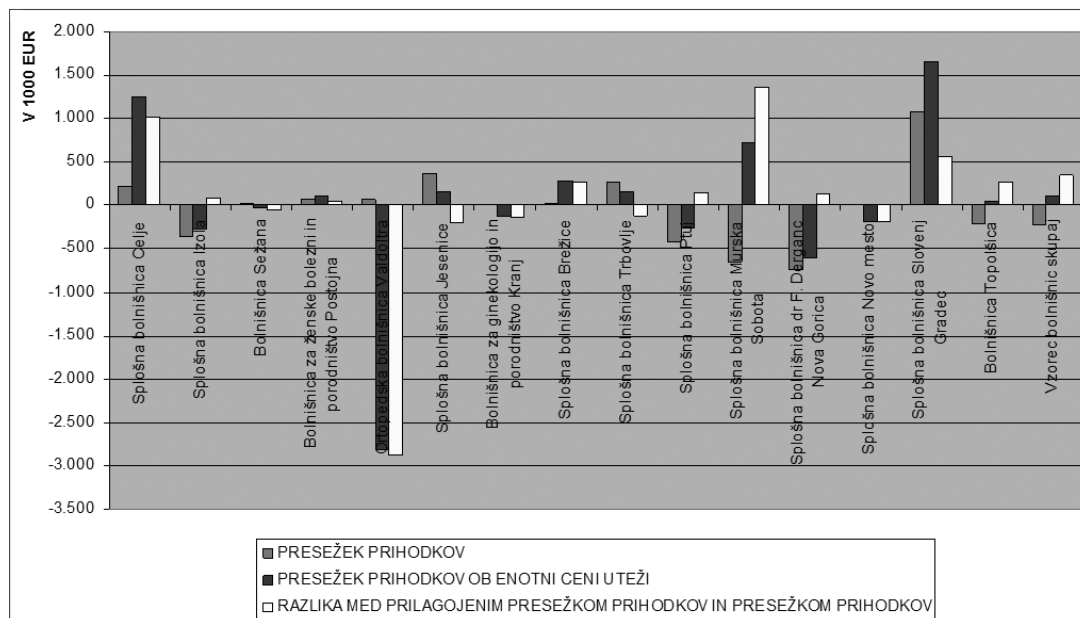
Dejanski izkazi poslovanja za leto 2007 izkazujejo presežek odhodkov v petih od petnajstih obravnavanih bolnišnic, kar prikazujemo v tabeli 2. Ker pa so bile obravnavane bolnišnice v povprečju plačane po nižji ceni uteži od pov-

prečne, so v prilagojenih izkazih poslovnega izida skupaj izkazovale presežek prihodkov, v dejanskih izkazih pa presežek odhodkov.

Skupna značilnost razlike med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom je v tem, da večje kot je odstopanje od povprečne cene uteži, večja je tudi razlika med navedenima kategorijama. Upoštevanje enotne cene uteži ter s tem povezane spremembe prihodkov zelo različno vplivajo na presežek prihodkov bolnišnic.

Bolnišnice, ki izkazujejo pozitivno razliko med prilagojenim poslovnim izidom in poslovnim izidom, so imele nižjo ceno uteži od povprečja, bolnišnice, ki izkazujejo negativno razliko, pa višjo ceno od povprečja.

Slika 1: Primerjava poslovnega izida bolnišnic in poslovnega izida ob enotni ceni uteži



Da bi dobili primerljive podatke o tem, kakšne spremembe povzroči enotna cena uteži, smo za izračun uporabili kazalnik presežek prihodkov/prihodki ter tako standardizirali podatke.

Izračunali smo povprečno vrednost navedenega kazalnika in njegov standardni odklon v izvirnih podatkih in prilagojenih podatkih za enotno ceno uteži, kar prikazujemo v tabeli 5.

Tabela 5: Pregled povprečne vrednosti in standardnega odklona presežka prihodkov

	N	Minimum	Maksimum	Povprečna vrednost	Standardni odklon
Presežek prihodkov	15	-0,028534	0,033360	-0,000139	0,017907
Presežek prihodkov ob enotni ceni uteži	15	-0,170532	0,050822	-0,005452	0,049991
Indeks		598	152	3.922	279

Prikazane vrednosti so zelo nizke, pri bolnišnici z največjim presežkom prihodkov je slednji znašal le 3,3 % prihodkov. Za nas je zanimiv standardni odklon, ki je pri prilagojenih podatkih z upoštevanjem enotne cene uteži 2,8 krat večji kot pri izvornih podatkih. Navedena ugotovitev pa ni skladna z osnovno predpostavko sistema SPP, da uteži posameznih primerov predstavljajo njihovo zahtevnost in porabo virov. V kolikor bi veljala ta predpostavka, bi morale bolnišnice poslovati bistveno bolj »enakomerno« ob enotni ceni uteži. Rezultati poslovanja pa kažejo, da se bolnišnice prilagajajo na sistem financiranja in težijo k poslovanju s pozitivno ničlo.

Dodaten vpogled v razmerje med poslovnim izidom in ceno uteži bomo dobili z izračunom Spearmanovega korelacijskega koeficienta. Ničelna domneva je, da cena uteži in kazalnik presežek prihodkov/prihodki nista statistično značilno povezana. Alternativna domneva je, da sta cena uteži in kazalnik presežek prihodkov/prihodki statistično značilno povezana.

Tabela 6: Spearmanov korelacijski koeficient

		Prihodki/ odhodki
Cena uteži (v EUR)	Korelacijski koeficient	0,335
	Stopnja značilnosti (dvostranska)	0,204
	N	16

Korelacija med opazovanima spremenljivkama je šibka (0,335) in ni statistično značilna. Tako ne moremo zavriniti ničelne domneve o nepovezanosti cene uteži in kazalnika presežek prihodkov/prihodki. Na podlagi tega lahko ugotovimo, da višja vrednost uteži ne prispeva bistveno k pozitivnemu poslovanju bolnišnice.

2.3 Ustreznost obsega in prostorske razporeditve bolnišničnih zmogljivosti

Glede na število izvajalcev akutne bolnišnične

obravnave lahko ugotovimo, da je Slovenija dobro pokrita z bolnišničnimi zmogljivostmi. Postavlja se vprašanje, ali je mogoče celo predobro pokrita z različnimi zmogljivostmi? Da bi lahko o tem kaj več ugotovili so v tabeli 7 podatki o številu bolniških postelj in njihovi zasedenosti v letih 2008 in 2009.

Tabela 7: Pregled števila bolnišničnih postelj in njihove zasedenosti

	2009	2008
Število postelj	9.239	9.300
Povprečna zasedenost postelj	72%	74%
Povprečno število praznih postelj	2.600	2.419
Število vseh postelj v UKC LJ	2.363	2.274

V Sloveniji smo imeli 9.239 bolnišničnih postelj v bolnišnicah v letu 2009. Povprečna zasedenost bolnišničnih postelj je bila 72 %, kar pomeni, da je bila vsak dan vsaka četrta postelja prazna. Drugače povedano, vsak dan imamo v Sloveniji več praznih bolnišničnih postelj, kot jih premore naša največja ustanova, to je UKC Ljubljana. Zasedenost postelj v bolnišnicah se lahko zelo natančno upravlja za elektivne posege, pri urgentnih sprejemih pa je zelo težko optimirati zasedenost postelj, tako da bi bila vedno blizu 100 odstotkov.

Z vidika ustanovitelja pa je pomembno, da so bolnišnične zmogljivosti razporejene po območju Slovenije tako, da zagotavljajo prebivalcem ustrezno dostopnost do zdravstvenih storitev, ter da se izvajajo tako, da so varne ter ekonomsko učinkovite. Ali je ta cilj tudi v resnici dosežen? V tabeli 8 podajamo pregled števila oddelkov po posameznih specialnostih v Sloveniji v letu 2009.

Tabela 8: Število oddelkov v Sloveniji

	Število oddelkov v Sloveniji
Dermatovenerologija	4
Ginekologija in porodništvo	14
Infektologija	5
Interna medicina	15
Invalidna mladina	1
Kirurgija	12
Nevrologija	6
Okulistika	7
Onkologija	1
Ortopedija	5
Otorinolaringologija	7
Pedriatrija	13
Psihiatrija	6

	Število oddelkov v Sloveniji
Rehabilitacija	1

Iz tabele izhaja, da imamo veliko število oddelkov posameznih specialnosti (nad deset oddelkov na kar štirih specialnostih). Znano dejstvo je, da so najdražji majhni oddelki, saj nimajo zadostnega števila primerov, da bi lahko pokrili vse stroške, ki nastajajo, težavno je zagotavljanje ustrezne kadrovske zasedbe, premajhno število primerov pa postavlja pod vprašaj tudi ustrezno obravnavo in varnost pacientov.

Nedvomno tako veliko število oddelkov povzroča višje stroške, kot bi jih manjše število oddelkov. Če vzamemo za primer ginekološke in porodniške oddelke, na vsakem je dežuren (vsaj) en ginekolog, potreben je tudi anesteziolog (ki sicer lahko pokriva več oddelkov), prav tako je dežuren (ali vsaj v pripravljenosti) še pediater, da ostalega medicinskega kadra niti ne omenjamo.

Dve izpostavljeni vprašanji, to je ustrezna cena za eno utež in pa ustreznost mreže bolnišnic ter število posameznih oddelkov sta vprašanji, na katere mora odgovoriti ustanovitelj bolnišnic, ki je zadolžen tudi za organizacijo mreže bolnišnic. Čeprav odprti dilemi močno vplivata na porabo sredstev za zdravstvo, pa je še vedno odgovornost za ekonomično poslovanje bolnišnic na ramenih vodstev bolnišnic. Ne glede na zunanje okolje, mora vodstvo z ustreznimi ukrepi zagotavljati zakonito in stabilno poslovanje, z izpolnjevanjem dogovorjenega programa s strani ZZZS (in morebitnih ostalih pogodbenih partnerjev) ter poslovati z minimalnim presežkom prihodkov nad odhodki. V nadaljevanju se bomo osredotočili na ta vidik ekonomičnosti poslovanja bolnišnic.

3. Obvladovanje stroškov na nivoju bolnišnic

Če smo ugotovili, da so stroški na utežen primer med bolnišnicami zelo različni, se lahko vprašamo, od česa pa so odvisni stroški na primer? Lynk (2001, 111), ugotavlja, da so razlike med stroški pri obravnavi enakih bolnikov med izvajalci posledica tako različnosti izvajalcev (velikosti bolnišnic, stroškov dela, morebitnega terciarnega statusa bolnišnice), kot tudi SPP primera in zdravstvenega stanja pacienta. Ugotovitve kažejo, da lahko različne stroške oskrbe le v 60 % povežemo z SPP primeri. To pomeni, da 60 % razlik v stroških oskrbe pa-

cientov izražajo ustrezni SPP primeri, v katere so razvrščeni pacienti. Po drugi strani pa lahko bistveno več, kar 80 % razlik v stroških oskrbe pacientov, pojasnimo s SPP primerom in oceno zdravstvenega stanja pacienta. Čeprav različni pacienti spadajo v isti SPP, pa njihovo zdravstveno stanje ob sprejemu v bolnišnico ni enako in posledično se razlikujejo tudi stroški bolnišnice z njihovo oskrbo. Navedena raziskava potrjuje dejstvo, da lahko izvajalci z vhodnim »filtrom« selekcionirajo paciente ter na ta način znižajo stroške obravnave. Ker pa si tega bolnišnice (ali vsaj večina izmed obravnavanih bolnišnic) ne morejo privoščiti, se je potrebno osredotočiti na obvladovanje stroškov, ki nastajajo pri obravnavi pacientov, ne pa na selekcioniranje čim »cenejših« pacientov z vidika stroškov obravnave.

3.1 Delitev stroškov in njihov pomen za poslovno odločanje

Učinkovito obvladovanje stroškov na nivoju bolnišnice mora biti organizirana dejavnost, v kateri vsak od udeležencev odigra svojo vlogo. Stroške se najučinkoviteje obvladuje na mestu, kjer nastajajo. Zato je pomembno zavedanje vseh zaposlenih o vplivu njihovega vsakdanjega dela na poslovanje bolnišnice. Če nekoliko karikiramo, bi lahko reki, da precej zaposlenih meni, da je poslovni izid »žival«, ki jo ustvari računovodja v mesecu februarju, ko dela cele dneve. Dejansko pa gre za delo celotne bolnišnice skozi celo leto.

V nadaljevanju se bomo osredotočili na dve razvrstitvi stroškov, in sicer glede na izvor stroškov oz. glede na prvine poslovnega procesa in delitev stroškov pomembno za proces poslovnega odločanja. Prve bomo obravnavali, saj se na ta način najpogosteje poroča o poslovanju in realiziranih stroških, druge pa zaradi boljšega razumevanja pomena posameznih vrst stroškov pri poslovnem odločanju.

3.1.1 Delitev stroškov glede na prvine poslovnega procesa

Delitev stroškov glede na prvine poslovnega procesa, ki te stroške povzročajo, nas pripelje do tako imenovanih naravnih vrst stroškov. Sem uvrščamo:

- stroške delovnih sredstev,
- stroške predmetov dela,
- stroške dela in

- stroške storitev.

Po Melavcu (2000, 29) je delovno sredstvo tista prvina poslovnega procesa, ki sodeluje s celoto svojih tehničnih lastnosti daljše obdobje in v več zaporednih krogih delovnih procesov. Delovna sredstva so različne naprave, priprave in orodja, s katerimi zaposleni opravljajo določene postopke. Na podlagi navedene definicije lahko ugotovimo, da delovna sredstva prisotna v delovnem procesu ohranijo svojo prvotno obliko. Na poslovne učinke postopoma prenašajo svojo nabavno vrednost, se amortizirajo, zato stroške delovnih sredstev imenujemo tudi stroški amortizacije.

Predmeti dela so prvina poslovnega procesa, ki se v poslovnem procesu porablja in sodeluje le v enem krogu delovnega procesa, njihove lastnosti v celoti preidejo na nove učinke. Sem štejemo surovine, material, polproizvode in dele, kupljeno energijo ter kupljeni drobni inventar (z dobo koristnosti do leta dni) (Turk et al. 2001,23).

Potroški delovne sile nastanejo zaradi sodelovanja ljudi v delovnem procesu. (Hočevnar, 2007, 20). Ker potroškov delovne sile ne moremo meriti neposredno, si pomagamo z delovnim časom in produktivnostjo dela, njegovo zahtevnostjo in drugimi značilnostmi.

Storitve se pojavljajo v nematerializirani obliki, po Hočevnarju (2007, 20) je potrebno razlikovati med storitvami, ki so potrošene sočasno, ko so opravljene in storitvami z delovanjem, ki je raztegnjeno na daljše časovno obdobje.

3.1.2 Delitev stroškov glede na koncepte pomembne za proces odločanja

Glede na koncepte pomembne za proces odločanja delimo stroške na:

- razlikovalne (diferenčne) stroške,
- nepovratne stroške,
- obvladljive stroške,
- izogibne (izbežne) stroške,
- okoliščinske (oportunitetne) stroške,
- odločilne (relevantne) stroške.

Razlikovalni (diferenčni) stroški pomenijo razliko v stroških med posameznimi poslovnimi različicami (Blocher, 1999, 72).

Nepovratni stroški so že nastali in nanje ne moremo več vplivati. Z vidika poslovnega odločanja so zato nepomembni.

Značilnost obvladljivih stroškov je, da na njihovo višino lahko vpliva vodstvo (Jagels et al, 2004, 295). Tukaj mislimo na takojšen odziv stroškov na odločitve vodstva, saj na daljši rok lahko vodstvo vpliva na vse stroške.

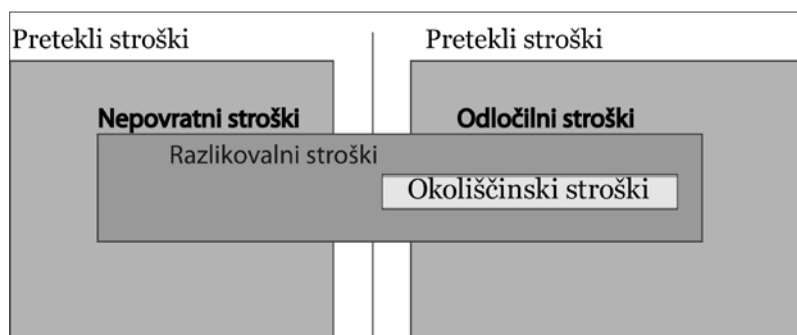
Izogibnim stroškom se izognemo, v kolikor se ne odločimo za določeno različico (Webster, 2004, 106). Po vsebini so skladni s konceptom razlikovalnih stroškov, ki pomenijo razliko v stroških med posameznimi poslovnimi različicami, zato jih nekateri avtorji uporabljajo kot sinonima (Tekavčič, 1997, 36).

Okoliščinski (oportunitetni) stroški so stroški izgubljene priložnosti, ko izbira ene možnosti zahteva opustitev druge možnosti (Drury, 2003, 29).

Odločilni (relevantni) stroški so stroški, katerim bi se izognili, v kolikor bi prenehali izvajati določeno aktivnost in se razlikujejo med alternativnimi možnostmi izbire (Webster, 2004, 107).

Za boljšo predstavbo razmerja med nepovratnimi, odločilnimi, razlikovalnimi in okoliščinskimi stroški le te prikazujemo v naslednji sliki.

Slika 2: Razmerje med nepovratnimi, odločilnimi, razlikovalnimi in okoliščinskimi stroški



Vir: Blocher et al. 1999, str 74.

3.2 Stroškovni sistemi

Stroškovni sistem opredeljuje vrsto stroškov, način zajemanja in spremljanja stroškov v organizaciji. Namen stroškovnega sistema lahko opredelimo kot (Roehl- Anderson, Brag, 2005, 151-152):

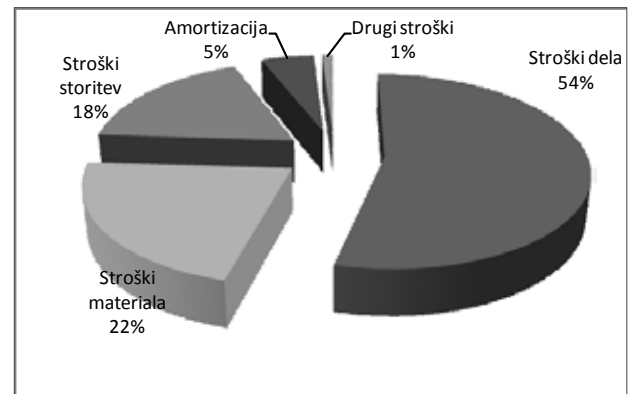
- Obvladovanje stroškov. Posamezni stroški morajo biti smiselno razporejeni na posamezne izdelke, na vrsto stroškov in na stroškovne nosilce.
- Ugotavljanje uspešnosti in poslovno načrtovanje. Z obvladovanjem stroškov je tesno povezano ugotavljanje uspešnosti in poslovno načrtovanje. Na primer standardni stroški, ki jih uporabljamo kot merilo za obvladovanje stroškov, so tudi referenčna točka za ugotavljanje uspešnosti in načrtovanje stroškov v prihodnosti.
- Določanje cen. Stroškovni sistemi so pomembni za določanje stroškov proizvodov in posledično tudi prodajnih cen. Izpostaviti velja, da stroškovna cena pogosto ni edina determinanta, ki določa končno prodajno ceno (po dodatku ustreznega pribitka k ceni) ampak na prodajno ceno vpliva še konkurenca na trgu, želena pozicioniranje izdelka na trgu in ostalo.
- Vrednotenje zalog. Vrednotenje zalog je bistveno za natančno ugotavljanje stroškov prodanih proizvodov v izkazu poslovnega izida.

Osnovni nameni stroškovnega sistema se razlikuje med organizacijami, v odvisnosti od tega se daje poudarek različnim elementom. V bolnišnicah, kjer so cene storitev bolj ali manj dane (določene s strani zavarovalnice), ne bo bistvena vloga stroškovnega sistema določanje cen, ampak obvladovanje stroškov.

3.3 Izhodišča za obvladovanje stroškov v bolnišnici

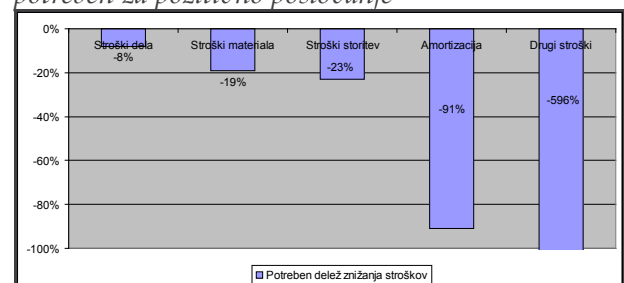
Struktura stroškov je v večini bolnišnic precej podobna. Struktura stroškov v Bolnišnici Golnik je predstavljena na sledeči sliki.

Slika 3: Struktura stroškov v bolnišnici Golnik KOPA



Pretežni del stroškov predstavljajo stroški dela. Glede na velikost posamezne vrste stroškov je tudi vpliv zmanjševanja posameznih stroškov na celoto različen. Glede na znižanje sredstev, skladno s sprejetim Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2009 in Aneksom 1 k Splošnemu dogovoru, v sledečem grafu prikazujemo potrebni odstotek zmanjšanja posameznih vrst stroškov, v kolikor želimo izničiti vpliv zniževanja prihodkov z ustreznim znižanjem stroškov.

Slika 4: Odstotek znižanja stroškov potreben za pozitivno poslovanje



Seveda se posamezne vrste stroškov ne da niti teoretično znižati za več kot 100 odstotkov. Pomembno pri prikazu na sliki 4 pa je, da zmanjševanje stroškov, ki v strukturi nimajo velikega deleža, zelo malo vplivajo na znižanje celotnih stroškov. V nadaljevanju podajamo izhodišča o zmanjševanju stroškov.

Odperte dileme pri obvladovanju stroškov:

- Ali se zavedamo, da je največji povzročitelj stroškov v bolnišnici zdravnikov kemični svinčnik? Zdravnik predpisuje terapijo, naroča funkcionalne in laboratorijske preiskave ter napotuje k drugim izvajalcem.
- Ali razpoložljive zmogljivosti bolnišnice prilagajamo na zasedenost bolnišnice? Koliko je zaposlenih na oddelku, ko je le ta na pol prazen? Ali v času nizke zasedenosti zapiramo oddelke oz. jih med seboj združujemo?

- Ali je obravnava osredotočena na pacienta: če je pacient zaradi notranjih »zastojev« pri organizaciji njegove obravnave v bolnišnici več dni kot bi bilo potrebno, gre po eni strani za višje stroške obravnave, ki so nepotrebni, po drugi strani pa tudi lahko za izpad prihodkov, saj zaseda posteljo, ki bi jo lahko dobil drugi pacient?
 - Usklajevanje dela v operacijski dvorani z zmogljivostjo oddelka in skrb za optimalno »pretočnost« oddelka.
 - Operacijska dvorana je zelo velik povzročitelj stroškov. Vedeti moramo, da stroški ne nastajajo samo med operacijo, ampak precej stroškov nastane, da se zjutraj operacijska dvorana pripravi za operacije in po končanem dnevu očisti. Zato je ekonomsko nesmotrno uporabiti operacijsko dvorano za le eno ali dve manjši operaciji na dan.
 - Ali smo racionalni pri naročanju laboratorijskih preiskav? Ali zdravnik razmisli, katere laboratorijske preiskave so nujne oz. le označi »standardni« nabor preiskav? Prav tako je potrebno pogledati, ali se hkrati naročajo preiskave, ki se medsebojno izključujejo (npr. če je rezultat preiskave a pozitiven, bo rezultat preiskave b zagotovo negativen). Prav tako velja preveriti, ali se vse naročene preiskave, ob prejemu rezultatov tudi ustrezno uporabijo.
 - Skladno z Zakonom o sistemu plač v javnem sektorju je višina plač in dodatkov določena. To pa nikakor ne pomeni, da so določeni stroški dela. Seveda vemo, koliko nas stane prisotnost »Zdravnika specialista PPD 1« z x leti delovne dobe na mesec, to je možno izračunati na EUR natančno, vendar nam ta podatek ne pove, kaj bo ta zdravnik za prejeti denar naredil.
 - Ali je področje javnih naročil ustrezno urejeno? Ali dosegamo dovolj dobre pogoje (cena, plačilni roki, dodatni popusti) pri dobaviteljih?
 - Ali je postopek naročanja, potrjevanja naročilnic ter računov ustrezen, da onemogoča nabave mimo uradnih poti? Ali imamo dobro vstopno kontrolo materialov, ki jih prejemo v bolnišnico?
 - Ali je smotrnejše kupiti storitev ali jo sami zagotavljati? Potrebno je preračunati ali določene storitve (npr. laboratorijske preiskave) oz. izdelke (prehrana pacientov) ekonomsko smotrnejše zagotavljati v bolnišnici ali kupiti na trgu.
 - Ali je srednje vodstvo bolnišnice seznanjeno s svojimi pristojnostmi in odgovornostmi pri obvladovanju stroškov?
 - Ali se zaposleni zavedajo finančnih posledic svojega dela?
 - Ali imamo urejen proces »uvajanja« v uporabo novih materialov ali postopkov dela? Ali uporabljamo vedno najcenejši ustrezen material ali storitev? Ali se materiali uporabljajo skladno z navodili?
 - Ali vemo, da vsak prihranjen evro pomeni en evro dodatnega presežka prihodkov, vsak dodatni evro prihodkov pa le 0,0X dodatnega presežka prihodkov?
 - Izkoriščenost osnovnih sredstev. Ali si vsak oddelek kopiči »svoja« osnovna sredstva. Najdražja so tista, ki jih ne uporabljamo, ne glede na njihovo ceno. Ali pred nabavo novega osnovnega sredstva (npr. novega ultrazvoka) preverimo izkoriščenost obstoječih?
 - Ali pravilno evidentiramo opravljeno delo? Opravljeno delo je povzročilo določene stroške, v kolikor za le to ne prejmemo prihodkov gre za izgubljeni denar.
- Odgovore na zgornje dileme si lahko postavi vsak za svojo bolnišnico. Dejstvo pa je, da bo potrebna temeljita prevetritev procesov ter razmislek o možnostih za krčenje stroškov glede na trenutno financiranje bolnišnic. Tudi Aneks 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010, ki je trenutno v fazi sprejemanja predvideva dodatno zniževanje sredstev v višini okoli 25 milijonov EUR, katere bodo morali na koncu izvajalci »nevtralizirati« skozi zniževanje stroškov (ali pa bodo poslovali negativno). Drugi način je povečanje prihodkov, vendar vsak dodatni evro prihodkov pomeni le 0,0X dodatnega presežka prihodkov.

4. Namesto zaključka

Sredstva za zdravstvo so omejena. Učinkovito porabo sredstev lahko razumemo kot ekonomično razporeditev zdravstvenih zmogljivosti po območju Slovenije in pa kot ekonomično poslovanje bolnišnic.

Rezerve v poslovanju bolnišnic nedvomno obstajajo. To kaže tudi analiza poslovanja, iz katere je razvidno, da višina cene uteži ne vpliva bistveno na poslovanje bolnišnic.

Odgovor na vprašanje, koliko posameznih oddelkov potrebujemo v Sloveniji, je zaradi omejenih sredstev, hkrati tudi odgovor na vprašanje, koliko novih metod zdravljenja in zdravil si lahko privoščimo. Seveda je dobrodošlo imeti bolnišnico za prvim vogalom, ampak glede na

dejstvo, da večini ljudi ni problem iti npr. na operacijo kolena v Ortopedsko bolnišnico Val-doltra, tudi bolnišnica za vsakim v ogalom ni objektivna nuja. Ali smo se za (pre)veliko do-stopnost do zdravstvenih storitev (bolnišnico v vsako slovensko vas) pripravljene odpovedati npr. novim, dragim zdravilom za zdravljenje raka?

Drugi vidik pa je ekonomičnost poslovanja bolnišnic. Glede na značilnost organizacije dela v bolnišnicah, da se delo organizira glede potrebe pri polni zasedenosti (bodisi operacijske dvorane, oddelka ali ambulante) so verjetno največje rezerve na področju usklajevanja programa dela in prilagajanje potrebnih zmogljivosti na le-tega.

V razmislek za konec: Ali lahko smatramo ekonomsko neracionalnost tudi kot strokovno napako? V kolikor za (preobširno, prepotratno) obravnavo prvih nekaj pacientov porabimo ves denar ter ga zato zmanjka za ostale paciente, najverjetneje lahko.

5. Literatura

Blocher, Edward, Chen, Kung H., Lin, Thomas W. 1999. Cost Management: a strategic emphasis. Boston: Irwin / McGraw-Hill

Česen, Marjan. 1998. Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Ljubljana. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Drury, Colin, 2003. Cost & Management Accounting: An Introduction - Fifth Edition. London: Thomson Learning.

Hočevar Marko. 2007. Kontroling stroškov: oblikovanje računovodskih informacij za managersko odločanje. Ljubljana: GV založba

Jagels Martin G., Coltman Michael M. 2004: Hospitality management accounting, eight edition. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.

Lynk, William J. 2001. One DRG, one price? The effect of patient condition on price variation within DRGs and across hospitals. International journal of health care finance and economics 1 (2): 111-137.

Melavc Dane. 2000: Kako gospodariti. Kranj: Moderna organizacija

Roehl - Anderson Janice M., Bragg Steven M. 2005: The controller's function: the work of the managerial accountant, third edition. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.

Tekavčič, Metka. 1997. Obvladovanje stroškov. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Turk Ivan, Kavčič Slavica, Koželj Stanke. 2001. Stroškovno računovodstvo. Ljubljana: Slovenski inštitut za revizijo

Webster William H. 2004: Accounting for managers. New York: McGraw-Hill.

Zakon o zavodih. Uradni list Republike Slovenije, št. 12/1991.

ZDRZZ - Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. 2008. Podatki in kazalci poslovanja zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2007 - za interno uporabo. Interno gradivo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2008. Poslovno poročilo zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2007. Poslovni dokumenti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

asist. dr. Franci Vindišar
Splošna bolnišnica Celje



Prenova poslovnih procesov v operacijskih dvoranh

Povzetek

V prispevku je prikazan sistem sistematizacije v operacijskih dvoranh, organizacijska shema v Centralnem operacijskem bloku Splošne bolnišnice Celje in način pristopa k spremembam poslovnih procesov. Predstavljen je projekt optimizacije izkoriščenosti operacijskih dvoran, z rešitvami in prikazanimi rezultati. Podani so predlogi za izboljšanje informacijskega sistema in večji nadzor nad kakovostjo in materialnimi stroški v operacijskih dvoranh.

Abstract

This paper describes a system of systemizing operating rooms, an organizational scheme operating in the Central OP Block of the General Hospital Celje, and a method of approaching changes to business processes. A project of optimization of operating room utilization is presented, with solutions and results displayed. Proposals for improving the information system and for better control of quality and material costs in operating rooms are given.

Uvod

V vseh bolnišnicah operacijske dvorane predstavljajo stičišče delovanja številnih različnih poklicnih skupin zdravstvenih delavcev (kirurzi, anesteziologi, instrumentarke, medicinske sestre, bolničarji, rentgenološki inženirji, mavčarji,..), mesta z visoko specifično tehnološko opremo, praviloma v celotnem obsegu največji strošek porabljenega zdravstvenega materiala in kot rezultat vsega naštetega – velik organizacijski izziv.

Kljub stalnemu naraščanju stroškov, je potrebno ves čas iskati nove poti za izboljšanje učinkovitosti in produktivnosti. Ob vsem tem pa je predpogoj ohranjanje varne in kakovostne zdravstvene oskrbe za bolnika.

V Centralnem operacijskem bloku Splošne bolnišnice Celje imamo 5 operacijskih dvoran in dodatno septično operacijsko dvorano. Ob vzpostavitvi sistema informatizacije smo se spopadli v prvi fazi z dvigom učinkovitosti izrabe operacijskih dvoran, kjer smo dosegli prve pozitivne rezultate. V prihodnosti želimo vzpostaviti sistem spremljanja materialnih stroškov po vsakem posameznem bolniku in hkrati vpejati sistem sledljivosti zdravstvenih materialov.

Standardizacija postopkov

Tudi pri delu v operacijskih dvoranah predstavlja standardizacija delovnih postopkov velik pomen. Na osnovi predvidenega operativnega posega je potrebno pripraviti operativni standard, ki mora vsebovati:

1. mesto izvajanja samega izvajanja posega (aseptična, septična operacijska dvorana, soba za posege,..),
2. predvidene čase izvedbe (zasedenost operacijske dvorane, čas anestezije, čas trajanja operacije, čas čiščenja), ki jih lahko dobimo s pomočjo zgoraj navedenih dejstev,
3. število in izobrazbo vseh izvajalcev (kirurzi, anesteziologi, medicinske sestre, instrumentarke, bolničarji,..),
4. potrebne aparature za sam poseg (elektrokalpeli, aspiratorji,..),
5. določitev kirurškega instrumentarija (nabor instrumentov v mreži, vrtalke, oscilacijske žage, diatermija, držala za luč,..),
6. vrsto in količino sterilnega materiala (pokrivni materiali, rokavice, rezila, drenažni sistemi, šivalni materiali, obvezilni materia-

li, dezinfekcijska sredstva,..),

7. vrsta in količina predvidenega materiala za vgradnjo (vijaki, plošče, proteze, opornice, mrežice,..),
8. vrste tehničnih pripomočkov (Esmarchova manšeta,..),
9. natančen protokol sprejema bolnika (identifikacija, kontrola odstranjenih prstanov, zobnih protez, slušnih aparatov,..),
10. namestitvev na ustrezno operacijsko mizo (hrbtencična, trakcijska, standardna,..),
11. namestitvev bolnika v ustrezni položaj (sodelovanje kirurga),
12. priprava operativnega polja (dezinfekcijska sredstva, vrstni red, količina tamponov,..),
13. zaščita operativne rane po posegu,
14. dokumentiranje izvedenega posega (anesteziologi, kirurzi, instrumentarke),
15. način transporta bolnika v prebujevalnico in predviden čas nadzora,
16. način reprocessiranja kirurških instrumentov,
17. način čiščenja operacijske dvorane.

Na osnovi takšnega standarda lahko izvajamo operativne posege učinkovito in predvsem varno, hkrati pa zagotavljamo ustrezno količino in vrsto potrebnih materialov, ter kontrolo le-teh.

V COB-u SB Celje imamo pripravljenih 18 operativnih standardov za najpogostejše posege iz področja ortopedije, travmatologije, splošne in plastične kirurgije. Danes jih uporabljamo predvsem za edukativne namene, saj trenutna informacijska podpora ne omogoča boljše izkoriščenosti. Po našem prepričanju ti standardi predstavljajo ekvivalent kliničnih poti, ki jih uporabljamo pri kliničnem delu na bolniških oddelkih, zato bo potrebno temu segmentu posvetiti še veliko pozornosti.

Organizacijska shema

V Centralnem operacijskem bloku (COB) imamo 5 operacijskih dvoran, od katerih sta dve opremljene specifično (endoskopska, artroskopska), tri pa so univerzalne. Organizacijsko je pridružena še operacijska dvorana za septične procese, ki pa jo, glede na potrebe, koristijo vsi kirurški oddelki. Velik problem pri organiziranju operativnih programov predstavlja dejstvo, da nimamo urgentnih operacijskih dvoran, tako, da prihaja do vključevanja urgentnih operacij v

elektivni program.

V COB-u operativni program opravlja več kirurških specialnosti – ortopedi, travmatologi, plastični, abdominalni, otroški in žilni kirurgi. Glede na potrebe posameznih oddelkov in njihove programe, imamo tedenski razpored operativnega prostora.

Informacijski sistem

V SB Celje uporabljamo kot temeljni informacijski sistem BIRPIS 21. V predprostoru vsake operacijske dvorane je računalnik, v katerega se sproti vpisujejo podatki za vsako operacijo. Sistem ima več podskupin, ki so določene glede na delovni proces.

Najprej anesteziologi izpolnijo svoj protokol o splošnem stanju bolnika, izboru vrste anestezije, apliciranih zdravilih, vpišejo morebitne komplikacije, člane njihove ekipe in tudi osnovne čase samega poteka – čas zasedenosti operacijske dvorane, čas trajanja anestezije, čas trajanja operacije in čas prisotnosti bolnika v prebujevalnici. Kirurški del ekipe zabeleži člane ekipe, zabeleži komplikacije in vpiše šifro kliničnih postopkov. Instrumentarke zabeležijo ekipo, vpišejo količine in vrste porabljenih zdravstvenih materialov.

Projekt optimizacije izkoriščenosti operacijskih dvoran

V letu 2009 smo, v sodelovanju s svetovalno družbo ITEO, pričeli z analizo izkoriščenosti naših operacijskih dvoran. Najprej smo naleteli na problem vnašanja podatkov. Pogosto je prihajalo do napačnega vnosa posameznih časov, tako, da so se operacije v isti operacijski dvorani prekrivale, oz. niso bile zaključene, tako, da so lahko trajale tudi več dni oz. celo tednov. Težave smo imeli pri vnašanju podatkov pri operacijah, pri katerih je bilo hkrati izvedenih več kliničnih postopkov. Precejšen problem je bilo reševanje doslednosti pri vnašanju, saj je bilo potrebno precej sestankov v ožjih in širših zasedbah, da smo v pomen le-tega prepričali ostale sodelavce. V prihodnosti pa bo potrebno formalno urediti vnašanje podatkov v informacijski sistem tudi s posebnim pravilnikom, saj je po našem mnenju to prav tako sestavni del vodenja medicinske dokumentacije. Seveda pa priprava takšnega pravilnika zahteva sodelovanje medicinske stroke in ostalih strokovnih služb bolnišnice.

V prvi fazi je bilo tako precej ročnega čiščenja podatkov, da smo dobili začetno realno sliko naše organiziranosti. Tako smo pridobili podatke o številu posameznih kliničnih postopkov, povprečnem času zasedenosti operacijskih dvoran za posamezno operacijo, povprečnem trajanju anestezije in samem trajanju operacije. Dobili smo 155 najpogostejših kliničnih postopkov, ki so kumulativno predstavljali 80% realizacije. Spodnja tabela prikazuje primer trajanja povprečnih časov 2 pogostih operativnih posegov in odstopanja pri njih.

Tabela 1 - povprečni časi

	ČANE	ČOPE	ČDVO	A-O	D-A
popolna enostranska artroplastika kolenskega sklepa					
minimalna vrednost	55	40	70	10	5
maksimalna vrednost	155	115	215	55	95
povprečna vrednost	100,8	74,1	137,6	26,7	36,8
standardna deviacija	18,6	16	31,4	9,3	20,2
artoskopska menisektomija					
minimalna vrednost	15	5	25	5	5
maksimalna vrednost	190	110	260	145	80
povprečna vrednost	52,8	29,2	91,2	23,5	38,4
standardna deviacija	31,9	24,9	37,8	18,8	20,4

ČANE - čas anestezije
ČOPE - čas operacije
ČDVO - čas zasedenosti operacijske dvorane
A-O - čas anestezije minus čas operacije
D-A - čas zasedenosti dvorane minus čas anestezije

Za vsako operacijsko dvorano smo izvajali tedensko analizo izkoriščenosti in skušali ugotovljati pomanjkljivosti pri organizaciji:

1. začetek operacij - glede na začetek delovnega časa ob 8. uri, je bil predviden čas začetka dela v operacijskih dvoranah ob 9.00. Pri tem pa smo ugotavljali, da nastaja dejansko zamik pri začetku dejavnosti, ki je bil od 5 do celo 30 minut. Narejen je bil posnetek dejanskega stanja za vse kirurške oddelke v enem tednu. Ugotovili smo, da je pogosto vzrok prepozno klicanje bolnika s strani anesteziologije, težave pri transportu (centralno urejena transportna služba ni mogla opraviti dela v ozkem časovnem intervalu, zasedena dvigala), nepripravljeni bolniki na oddelkih (neurejena dokumentacija, nepripravljeno operativno polje), preveliko število bolnikov neposredno pred operacijskim blokom, ki ima samo eno prelagalno mizo. Spremenili smo bil način naročanja bolnikov v operacijsko dvorano, s poudarkom na osebni odgo-

vornosti, tako na strani anesteziologije, kot tudi na strani sprejemanja klicev na kirurških oddelkih. Reorganizirali smo delo transportne ekipe, s tem, da je postal transport bolnikov absolutna prioriteta. Z uvedbo »case managerjev« na kirurških oddelkih, smo dosegli boljšo pripravo medicinske dokumentacije. Pri razpisovanju kirurške ekipe je za prvo operacijo praviloma razpisan kirurg, ki ne sodeluje v organizaciji dela na oddelku, tako, da je bil zagotovljen pravočasen prihod v operacijsko dvorano. Za začetek dela z bolnikom v sami operacijski dvorani, je bila dogovorjena ura ob 8.45. Z redno kontrolo, smo se našemu cilju zelo približali. Posebna skrb je s pomočjo »case managerjev«, ki so jih uvedli na posameznih kirurških oddelkih, namenjena predoperativni pripravi bolnikov in s tem zmanjšan delež tistih, ki so zaradi pomanjkljivosti pri pripravi na poseg, naknadno odklonjeni s strani anesteziologije.

- čas med posameznimi operacijami – ugotovljali smo, da so pogosto premori med posameznimi operacijami predolgi, a ob tem je bila posebna skrb posvečena specifikam posameznih kirurških strok, saj je sama priprava bolnika zelo odvisna od vrste posega. Podatke za leto 2009 prikazuje spodnja tabela.

Tabela 2 - Povprečni časi po operacijskih dvoranah

	ŠTEV OP	PČAS ANE	PČAS OP	PČAS DVO	DVO-AN	ANE-OPE
COB 1	1712	87	65	117	30	22
COB 2	1138	65	47	93	28	18
COB 3	1321	77	59	107	30	18
COB 4	1354	67	48	95	29	18
COB 5	1089	84	62	116	32	22

ŠTEV OP - število operacij
PČAS ANE - povprečni čas anestezije za eno operacijo v minutah
PČAS OP - povprečni čas operacije v minutah
PČAS DVO - povprečni čas zasedenosti dvorane za eno operacijo v minutah
DVO-AN - povprečna razlika med časom zasedenosti dvorane in časom anestezije
ANE-OPE - povprečna razlika med časom anestezije in časom operacije v minutah

Poseben problem je čas namenjen prehrani med delovnim časom in prehajanje delov ali celih ekip med posameznimi operacijskimi dvoranami.

- zaključek dela – redno delo smo izvajali le v dopoldanskem času (9.00 do 16.00), s tem, da

so bile vse aktivnosti zaključene do 16. ure, kar je imelo za posledico, da je bi dejanski konec operacij že precej pred tem časom.

Na osnovi zgoraj navedenih dejstev, smo tako dobili prve rezultate izkoriščenosti naših operacijskih dvoran. Kot osnovo smo privzeli nemški standard 75.000 minut neto operacijskega časa na leto na operacijsko dvorano. Upošteevane so operacije v rednem delovnem času, ob pripombi, da sta COB 1 in COB 3 tudi namenjeni urgentnim posegom.

Tabela 3 - Izkoriščenost operacijskih dvoran za obdobje 1. 1. 2009 - 15. 4. 2009

	ŠT OP	ČDVO	ČANES	ČOPER	PČ DVO	PČ ANE	PČ OP	IZKORIŠČENOST
COB 1	202	21000	14785	10244	104	73	51	49%
COB 2	270	22110	14845	10198	82	55	38	49%
COB 3	250	25959	18613	13988	104	74	56	67%
COB 4	213	20959	15374	11866	97	72	56	57%
COB 5	200	27016	17690	12651	135	88	63	61%

ŠT OP - število operacij
ČDVO - čas zasedenosti dvoran (minute)
ČANES - čas trajanja anestezije (minute)
ČOPER - čas trajanja operacij (minute)
PČ DVO - povprečni čas zasedenosti dvorane z eno operacijo (minute)
PČ ANE - povprečni čas trajanja anestezije za eno operacijo (minute)
PČ OP - povprečni čas trajanja operacije (minute)
IZKORIŠČENOST - izkoriščenost operacijske dvorane z normativom 75.000 minut / leto (20.768 min/obdobje)

Po analizi teh rezultatov, smo se odločili za uvedbo zgoraj že omenjenih novosti v organizaciji, pri razpisovanju operativnega programa smo upoštevali ugotovljene čase, posebno pozornost namenili pravočasnemu začetku izvajanja operativnih posegov, času namenjenemu za prehrano, zmanjšali razporejanju posameznikov na različna delovišča in naredili novo analizo.

Tabela 4 - Izkoriščenost operacijskih dvoran od 1. 9. 2009 do 30. 9. 2009

	ŠT OP	ČDVO	ČANES	ČOPER	PČ DVO	PČ ANE	PČ OP	IZKORIŠČENOST
COB 1	80	8385	6325	4559	106	79	57	65%
COB 2	98	8520	5810	4400	87	59	45	63%

	ŠT OP	ČDVO	ČA- NES	ČO- PER	PČ DVO	PČ ANE	PČ OP	IZKO- RI- ŠČE- NOST
COB 3	89	9599	7280	5780	108	82	65	83%
COB 4	79	8220	5680	4100	104	72	52	59%
COB 5	71	8245	6885	5095	116	97	72	73%

IZKORIŠČENOST - izkoriščenost operacijske dvorane z normativom 75.000 minut / leto (6.912 min/obdobje)

Na osnovi omenjenih vrednosti lahko ugotovimo, da z relativno preprostimi ukrepi lahko izboljšamo izkoriščenost operacijskih dvoran v rednem delovnem času. Vsekakor pa rezerve še obstajajo in mi smo jih pričeli iskati v izkoriščanju operacijskih dvoran v popoldanskem času, tako, da smo s prerazporeditvijo rednega delovnega časa, uspeli zagotoviti delo 4 krat tedensko v eni dvorani tudi v popoldanskem času ob ohranitvi števila zaposlenih.

Obremenjenost posameznih poklicnih skupin in posameznikov

S pomočjo predstavljenega informacijskega sistema imamo možnost pregleda obremenjenosti posameznikov v izvedbi operativne dejavnosti, kar nam omogoča bolj enakomerno razporejanja v vseh poklicnih skupinah.

Poseben problem predstavlja beleženje občasne prisotnosti v področju ionizirajočega sevanja. Pripravljamo poseben zavihek v informacijskem sistemu, v katerega bo rentgenološki inženir vpisal člane ekipe, ki so bili v dvorani ob sami preiskavi dejansko prisotni. Tako bodo nadomestila iz tega naslova lahko precej bolj pravična in ne bodo več razdeljena bolj ali manj pavšalno.

Spremljanje porabe zdravstvenih materialov in uvedba sistema sledljivosti

Pri vsaki operaciji potrebujemo številne kirurške instrumente in zdravstvene materiale. Velik problem predstavlja način sledljivosti, saj danes večino sistema sledljivosti izvajamo ročno, s pomočjo lepljenja nalepk in kontrolnih lističev. Seveda pa ob tem še vedno obstaja draga in nepopolno sledljiva kontrola delovanja sistema sterilizacije. Na trgu pa obstajajo črtni kodirni sistemi, ki za vsako sterilizirano mrežo kirurških instrumentov, zagotavljajo natančno sle-

dljivost in tudi nadzor samih postopkov sterilizacije. Vzpostavitev tega sistema v Centralno sterilizacijo in operacijske dvorane pomeni velik kvaliteten napredek na tem segmentu, saj bi lahko za vsako operacijo natančno vedeli potek reprocesiranja instrumentov, ki so bili uporabljeni. Dodana vrednost pa bi bil tudi podatek o številu opravljenih procesov sterilizacije za posamezno mrežo kirurških instrumentov in s tem načrtovali obnavljanje le-teh.

Podoben sistem obstaja tudi za porabljen zdravstveni material, saj bi s preprostim čitalcem črtnih kode, lahko beležili vrsto in količino posameznih materialov za vsakega bolnika posebej. Posledično bi tako dobili neposreden vpogled v materialne stroške za opravljen operativni poseg in zagotovili pogosto iskane informacije o vrsti vgrajenih materialov, kar pogosto predstavlja iskan podatek, do katerega pa je danes relativno težko priti (osteosintetski material, materiali za artroplastiko, žilne opornice, ipd.).

Zaključek

Organiziranje dela v operacijskih dvoranh predstavlja svojevrsten izziv, saj imamo v številnih bolnišnicah dobro opremljene operacijske dvorane, dobro usposobljen zdravstveni kader, vse skupaj pa je potrebno povezati v celoto in s tem učinkovito izkoristiti naše možnosti. S poenotenjem postopkov, pa lahko dosežemo tudi boljšo preglednost in večjo ekonomsko učinkovitost.

Marjan Pintar

Zdravstveni dom osnovno varstvo Nova Gorica



Izzivi vodenja zdravstvenega doma

Povzetek

Avtor opisuje poslovno okolje, v katerem deluje pri vodenju zdravstvenega doma in analitično obdelava temeljne managerske funkcije načrtovanja, organiziranja, vodenja in nadziranja.

Abstract

The author has described the business environment within which he operates by managing the medical centre. The basic managerial functions of planning, organizing, leading and control have been processed analytically.

Uvod

Ko sem leta 2006 postal direktor Zdravstvenega doma Nova Gorica, sem za seboj imel dolgoletno izkušnjo vodenja v gospodarstvu. Nasledil sem direktorja, ki je bil zdravnik in je zavod vodil 18 let. Njegova orodja vodenja so temeljila na poznavanju ljudi, osebni avtoriteti in znanju zdravnika, dolgoletni izkušnji v zdravstvu ter osebni intuiciji, usmerjeni k racionalnemu. Takšnega načina vodenja je bil vajen tudi kolektiv zavoda. Znašel sem se v veliki praznini, moral sem oblikovati nova orodja vodenja, v skladu s tem, kar premorem in kar sem. Začel sem ambiciozno, a marsikaj, kar se rutiniranemu managerju zdi samoumevno, v specifičnem okolju ni delovalo. Čeprav merljivi rezultati mojega vodenja in dela mojih sodelavcev niso slabi, ne želim in ne morem deliti nasvetov drugim. Moj prispevek dokazuje prav to, da mora vsak vodja sam oblikovati svoj stil vodenja in poiskati svoja orodja, čeprav je njihov nabor v zdravstvu sorazmerno skromen. Brez jasno opredeljenih ciljev in brez učinkovitih orodij za vodenje, bomo prej ali slej pristali v sivem povprečju.

1. Okolje in okoliščine

Poslovno okolje, v katerem managerji v zdravstvu delujemo, zaznamujejo nekatere značilnosti, ki močno pogojujejo tudi način našega delovanja.

1.1. Pomen dejavnosti

Če vprašate ljudi, kaj je največja vrednota, bo večina rekla zdravje. Zdravje je pomembno za blaginjo človeka, pogojuje naše bivanje, predstavlja okvir za naše delovanje in osebno srečo. Skrb za zdravje ni le interes posameznika, medicine ali zdravstvenega varstva, ampak širši interes celotne družbe. Zdravje ljudi vpliva na gospodarsko produktivnost in uspešnost države. Zagotavljanje dobre in vsem dostopne zdravstvene oskrbe je eden najpomembnejših javnih interesov.

1.2. Odsotnost strategije

Glede na pomen zdravstva bi pričakovali, da bomo na tem področju imeli jasno postavljeno strategijo, nekakšen družbeni konsenz o dolgoročnih smereh razvoja zdravstvenega varstva. Slovenski zdravstveni sistem zagotovo ni rezultat širšega družbenega konsenza niti skrbno

načrtovanega razvoja. Razvijal se je v primežu različnih ekonomskih in političnih interesov, prizadevanj poklicnih skupin, celo pritiskov, izsiljevanj in izvršenih dejstev. V ozadju so tlele (morda še tlijo) prikrite ambicije po privatizaciji zdravstvene dejavnosti.

1.3. Neizoblikovana mreža

Javna zdravstvena dejavnost naj bi se opravljala v okviru sprejete mreže, ki pa je v dveh desetletjih nismo uspeli oblikovati. Zmogljivosti javne zdravstvene dejavnosti so se razvijale brez jasnih meril in strokovnih podlag, ki bi temeljile na potrebah ljudi. Namesto potreb prebivalcev in širšega javnega interesa, so ključno vlogo marsikdaj igrali osebni interesi. Širitve dejavnosti so se marsikje dogajale na račun siromašnja javnega zdravstva, brez strokovno podprtih kriterijev in brez meril za določitev mreže.

1.4. Pomanjkanje zdravnikov in odnos javnosti

Glede na evropsko povprečje (322 zdravnikov na 100.000 prebivalcev) ima Slovenija zelo malo zdravnikov (238 na 100.000 prebivalcev). Kadrovsko najbolj podhranjena je osnovna zdravstvena dejavnost, saj kar 58% zdravnikov dela v bolnišnicah (delež je višji kot v Franciji, Nemčiji, Španiji, Hrvaški in na Madžarskem).⁽¹⁾ Velike razlike so tudi znotraj države, saj je zdravnikov dovolj v velikih centrih, razmere na periferiji pa so marsikje dramatične. Posledica tega so velike in nedopustne razlike v zdravstveni oskrbi ter posledično v zdravstvenem stanju ljudi.

Obremenitve zdravstvenih delavcev na primarni ravni se povečujejo zaradi:

- staranja prebivalstva (leta 2050 bo skoraj tretjina ljudi starejših od 65 let);
- vsako leto višjega normativa (potrebne števila opredeljenih pacientov);
- uvajanja in dopolnjevanja preventivnih programov na primarni ravni;
- krajših ležalnih dob in prenašanja dejavnosti iz bolnišnic na primarno raven;
- vse večjih (včasih tudi neutemeljenih) pričakovanj in zahtev uporabnikov;
- administrativnih zahtev zavarovalnic, države in drugih.

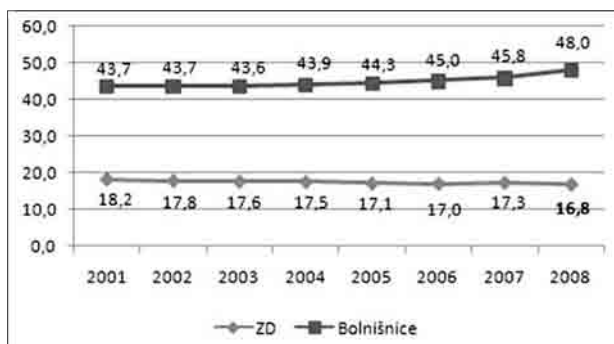
Slabša se tudi odnos javnosti do dela zdravnikov in zdravstva nasploh. Po mnenju prim. dr. Marjana Fortuna ⁽²⁾ imelo kontraproduktivne

posledice, ki jih bodo čutile prihodnje generacije bolnikov in zdravnikov. Zagotovo je v takšnih razmerah delo zdravstvenih delavcev veliko težje.

1.5. Siromašenje primarnega zdravstva

V zdravstvu imamo opravka z omejenimi viri na eni ter neomejenimi in naraščajočimi potrebami na drugi strani. To je še bolj izrazito v družbenih sistemih, ki temeljijo na principih medsebojne solidarnosti, kjer je zdravstveno varstvo postalo družbena skrb. V takšnih okoliščinah je pomembno racionalno in ustrezno trošenje ter usmerjanje zdravstvenega denarja. Pogled na strukturo trošenja sredstev javne zdravstvene blagajne pove, kako je primarno zdravstvo v zadnjih letih izgubljalo na pomenu v primerjavi z bolnišnicami. Malenkostni popravki se kažejo šele v zadnjem času.

Graf: Delež sredstev javne zdravstvene blagajne v ZD in bolnišnicah



1.6. Zakonodaja in zgledi

Zakonska ureditev zdravstvenega varstva je povečini nastala v začetku devetdesetih let in se vsebinsko ni bistveno spreminjala skoraj dvajset let. Priznati moramo, da so javni zdravstveni zavodi danes strukturno in upravljalvsko povsem preživeli, treba jih je posodobiti in izboljšati njihovo delovanje.

Zdravstveni domovi v Sloveniji so se razvijali kot celoviti zdravstveni centri, ki lahko uporabnikom na enem mestu zagotavljajo vso zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo in predstavljajo pomembno razvojno pridobitev na področju zdravstvenega varstva prebivalstva. Pri iskanju sodobnih organizacijskih modelov velja upoštevati usmeritve v evropskih državah, a tudi lastne tradicije in pozitivne izkušnje. Ni razlogov, da bi zdravstvene domove razstavljali in jih ponovno sestavljali v nove (zadružne) tvorbe, brez prave tradicije na Slovenskem. Posodobiti in izboljšati velja to, kar imamo, kar poznamo.

2. Privatizacija

Pravne podlage za mešan javno-zasebni model zdravstva smo v Sloveniji dobili že leta 1992. Pričakovanja, da bo soobstoj javnega in zasebnega spodbudil konkurenco in razvoj ter dal osnove za primerjavo prednosti in slabosti obeh načinov, so ostala neizpolnjena. Brez prave strategije so v nekaterih okoljih ustanovitelji razgrajevali zdravstvene domove, namesto da bi skrbeli za njihov obstoj in razvoj. Doslej smo privatizirali že več kot polovico zobozdravstva in tretjino ostalih dejavnosti na primarni ravni, namesto poglobljene strokovne analize še vedno dominirajo nasprotujoči si politični in interesni pogledi.

Zagovorniki koncesij trdijo, da to ni privatizacija zdravstva, vendar takšna stališča ne zdržijo resne pravne presoje. Podeljevanje koncesij je privatizacija, saj koncesionar opravlja javno službo kot samostojen pravni subjekt in v zasebno-pravnem režimu. Definicija, katere avtor je bivši minister dr. Gregor Virant, pravi, da je koncesija oblika privatiziranega izvajanja javne službe. S podelitvijo koncesije se vzpostavijo razmere, ko se v javni zdravstveni službi lahko ustvarjajo dobički oziroma presežki, ki jih ni potrebno vračati v dejavnost. (3) Za zasebnika je dobiček pričakovana kategorija, njegovo omejevanje pa celo v nasprotju z Ustavo RS. (4)

Položaj koncesionarjev ni v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti, ki določa javni zdravstveni zavodi in koncesionarji opravljajo dejavnost pod enakimi pogoji. (5)

Res ni razlik v viru in obsegu financiranja, so pa nekatere druge pomembne razlike:

Primerjava	konc.	zavod
Pogoji financiranja	=	=
Najemnina za prostore	plačuje	vzdržuje
Stimulativno nagrajevanje	da	ne
Možnost za dodatni zaslužek	da	ne
Presežek pripada izvajalcu	da	ne
Davčne ugodnosti	da	ne
Javno naročanje	ne	da
Nadzor računskega sodišča	ne	da

Najbolj pomembna razlika je, da koncesionar v celoti razpolaga z dobičkom, javni zdravstveni zavodi pa presežke v celoti »vračajo« v dejavnost. To pa je v nasprotju z večkrat slišanimi stališči, da so javni stroški delovanja koncesionarjev nižji.

Privatizacija zdravstva ni potrebna, brez težav lahko ohranimo javno lastništvo in nepridobitni značaj, če ponudimo prave motive in oblikujemo orodja za učinkovito vodenje. To je temelj za finančno vzdržnost sistema ter zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih v zdravstvu. Učinkovit javni nadzor, naj zagotavlja kontrolo nad delom in poslovanjem ter uresničevanje javnega interesa.

3. Management

Osnovna vloga vodilnih delavcev je, da svojo organizacijo in njeno delovanje vodijo k uresničitvi zastavljenih ciljev. Beseda manager, ki se je v začetku 16. stoletja pojavila v Benetkah, izvira iz besede mano (roka), s katero lahko vodimo in usmerjamo ljudi.(6)

Managerji v zdravstvu poleg poslovnih ciljev izpolnjujejo tudi občutljive zdravstvene in socialne cilje, povezane s solidarnostjo in pravično

dostopnostjo do zdravstvenih storitev. Zdravstveni manager mora razumeti tudi zunanji svet, kompleksnost širšega okolja in odzivanja javnosti. Pri svojih odločitvah stalno niha med zakonitostmi trga, ekonomike, racionalnosti ter omejenimi finančnimi sredstvi, etiko, humanostjo, socialno pravičnostjo. (7)

Kljub navedenim okoliščinam pa se management neprofitnih organizacij bistveno ne bi smel razlikovati od profitnega, saj temelji na enakih strokovnih znanjih in principih delovanja. Če managerji profitnih organizacij sledijo maksimiranju dobička, ostaja cilj managerjev neprofitnih organizacij maksimiranje stroškovne učinkovitosti in čim večji učinek razpoložljivih virov. Ti učinki se kažejo v realiziranem obsegu dela in kakovosti dela, zadovoljstvu uporabnikov in tudi ustvarjenem presežku prihodkov nad odhodki, ki predstavlja prihranke načrtovanih finančnih sredstev za izvajanje dejavnosti.

Slika 1: Proces managementa v organizaciji



Proces managementa je usmerjeno delovanje s ciljem, da bi z razpoložljivimi viri dosegli zastavljene oziroma čim boljše rezultate in sestoji iz štirih temeljnih funkcij:

načrtovanja, organiziranja, vodenja in nadziranja.

3.1. Načrtovanje

Načrtovanje vključuje analizo razpoložljivih virov, postavljanje ciljev (pričakovanih rezultatov) in določanje poti za doseganje teh ciljev. Z načrtovanjem želimo vnaprej predvideti potek dela in morebitne težave ter se jim uspešno izogniti.

Temeljni okvir za planiranje v zdravstvenih zavodih predstavlja splošni dogovor, ki določa razporeditev programov zdravstvenih storitev in obseg njihovega financiranja. Dogovor naj bi bil rezultat partnerskih pogajanj med izvajalci, financerjem (ZZZS) in Ministrstvom za zdravje. Temeljni predpogoj za resnična pogajanja je enakopravnost pogajalskih partnerjev, o kateri v sedanjem procesu ne moremo govoriti. V odnosu do izvajalcev sta ZZZS in MZ v izrazito dominantnem položaju, zato se pogajanja v praksi končujejo kot dogovor močnejših partnerjev. V dogovor prihaja vedno več vsebin, ki so rezultat nesorazmerja moči, izvajalci so pogosto posta-

vljeni pred dilemo »vzemi ali pusti«. Arbitražni postopek, ki je izvajalcem na voljo (tudi v tem postopku so v izrazito podrejeni vlogi), presoja zgolj skladnost pogodbe z vsebino dogovora. Neodvisno pravno varstvo izvajalcem ni zagotovljeno, saj se sodišča izrekajo za nepristojna za tovrstno presojo.(8)

Čeprav splošni dogovor predstavlja temeljni finančni okvir za delovanje zdravstvenih zavodov, so ti neprimerno bolj samostojni pri procesu planiranja, kot tisti subjekti v javnem sektorju, ki se financirajo neposredno iz proračuna. Z vidika financiranja so zdravstveni zavodi netipični del javnega sektorja, saj svoje prihodke pridobivajo na podlagi sklenjenih pogodb s financerji, pogoj za plačilo pa je realiziran dogovorjeni programa dela (ne najave proračunu na podlagi plana in potreb). Najverjetneje je prav to razlog za večjo samostojnost pri planiranju in razporejanju sredstev in hkrati večjo odgovornost, saj morajo sami skrbeti za stroškovno učinkovitost in likvidnost.

Pomen načrtovanja za boljše upravljanje zdravstvenih zavodov in doseganje ciljev pri zadovoljevanju potreb prebivalstva posebej izpostavlja tudi predlog novega Zakona o zdravstveni dejavnosti. Predlagatelj izpostavlja večje pristojnosti uprave pri pripravi razvojne strategije, letnega programa dela ter finančnega načrta, čeprav odločitve ostajajo v pristojnosti nadzornega sveta. (9)

3.2. Organiziranje

Organiziranje vključuje dodeljevanje nalog, združevanje v organizacijske enote in alociranje virov posameznim organizacijskim enotam. Cilj organiziranja je doseči koordinirano delovanje z oblikovanjem strukture nalog in odnosov.

Klasične organizacijske strukture, ki poudarjajo jasnost vlog, formalizacijo odločanja, specializacijo in kontrolo, niso v sozvočju z izzivi sodobnega časa. Nova strukturna paradigma poudarja pomen hitrosti, fleksibilnosti, inovacij in integracij, zato gre preko funkcionalnih meja tradicionalne organizacije. Za sodobno organizacijo je značilna bolj sploščena struktura, zmanjševanje hierarhičnih ravni. Sodobna komunikacija omogoča vodenje manjših operativnih enot, jasno določena pooblastila in pristojnosti zaposlenih pa bolj fleksibilno delovanje in odzivanje. Primerjava lastnosti sodobnega in tradicionalnega managerja je razvidna iz preglednice. (10)

Tradicionalni manager	Sodobni manager
Dojema sebe kot nadrejenega svojim sodelavcem.	Dojema sebe kot pokrovitelja, svetovalca in vodjo tima.
Strogo sledi hierarhiji vodenja in prisega na verigo odredb in ukazov.	Vzpostavlja razmerja z vsakim članom organizacije, ki lahko opravi neko nalogo.
Deluje v skladu s sprejeto organizacijsko strukturo.	Dinamično spreminja organizacijsko strukturo glede na potrebe.
Zadržuje ključne informacije in večino odločitev sprejme sam.	Informacije posreduje zaposlenim in jih vabi, da sodelujejo pri odločanju.
Obvladovanju najbolj bistvene poslovne discipline (npr. nabava, finance).	Stremi k obvladovanju širokega področja managerskih disciplin.
Od sodelavcev pričakuje predanost in delavnost.	Od sodelavcev zahteva predvsem rezultate.

Sodobni manager dinamično spreminja organizacijsko strukturo glede na potrebe in vzpostavlja razmerja z vsakim članom organizacije. Tradicionalno hierarhijo vodenja izpodrivajo horizontalna razmerja, iz nadzornika in kontrolorja se vodja levi v trenerja, pospeševalca in podpornika, deluje kot partner z ostalimi člani tima. Takšna oblika je primerna za vodenje zdravstvenega doma, kjer nimamo profesionalnih vodij. Direktor ne more biti več samo strateški in vrhovni vodja, ampak predvsem sodelavec, ki s svojim znanjem, močjo in avtoriteto pomaga reševati zelo konkretne stvari.

Za uresničevanje posebnih nalog lahko oblikujemo tudi fleksibilne time, ki presegajo ustaljeno organizacijsko shemo. Sodelavce, ki so se pripravljene dodatno angažirati je sicer težko najti in nagraditi, a izkušnje delovanja projektnih timov so zelo pozitivne. Produkte takšnih timov je veliko lažje implementirati v praksi, kot tiste, ki prihajajo z vrha po hierarhični poti.

3.3. Vodenje

Vodenje je proces vplivanja na ravnanje in delovanje ljudi, da bi dosegli zastavljene cilje. Uspešen vodja sodeluje s sodelavci tudi pri ustvarjanju ugodnega vzdušja za doseganje organizacijskih ciljev. Vodenje v najširšem smislu je proces, ki zajema sprožanje akcij, komuniciranje, motiviranje in kadrovanje. (11)

3.3.1. Sprožanje akcij

Način sprožanja akcij je odvisen od stila vodenja, ki si ga najverjetneje ne moremo sami izbrati, saj je del nas samih:

- avtorski način - na podlagi razpoložljivih informacij manager odloča sam, podrejeni le izpolnjujejo odredene naloge in posredu-

jejo povratne informacije;

- participativni način - manager se posvetuje s sodelavci, spozna njihova mnenja in zamisli (jih upošteva ali ne) in odločitev sprejme sam;
- timski način - manager predstavi problem svojemu timu, ki obravnava in rešuje, dokler se člani ne dogovorijo za vsebino rešitve (sodeluje cel tim);
- inovacijsko vodenje - manager zaposlenim dopušča svobodo in iniciativo pri oblikovanju inovativnih rešitev.

3. 3. 2. Komuniciranje

Kakovostne in dostopne informacije so izjemnega pomena za uspešno vodenje. Učinkovit proces pretoka informacij mora hkrati teči v več smereh:

- navzdol – od direktorja preko vodij do zaposlenih,
- navzgor – od zaposlenih preko vodij do direktorja,
- horizontalno – vodoravno med zaposlenimi in oddelki.

Razdeljenost iz razdrobljenost zdravstvenih timov v zdravstvenem domu predstavlja veliko težavo. To sem izkusil tudi sam, ko sem želel posodobiti pretok informacij, ker sem v tem videl eno od orodij vodenja. Celu uvajanje elektronske pošte je spremljalo veliko neodobranje, a smo sodelavce vendarle uspeli usposobiti. V okviru priprav za pridobitev standardov kakovosti želimo vpeljati sodobno elektronsko upravljanje z dokumenti, ki bo omogočalo pregleden prenos informacij brez nepotrebne ploplave papirja.

3. 3. 3. Motiviranje

Motivacija je povezana z vprašanjem, kako ravnati z ljudmi, da bi opravili neko delo in bili ob tem zadovoljni. Obstajajo določena znamenja, ki kažejo, da zaposleni niso motivirani:

- prihajajo (pre)pozno na delo in odhajajo (pre)zgodaj;
- podaljšujejo odmor(e) med delovnim časom;
- se ne odzivajo, ko je potrebno vložiti dodaten napor;
- ne dosegajo zastavljenih ciljev ali zamujajo roke;
- ne ravnajo po navodilih ali pričakovanjih;

- nenehno se pritožujejo itd. (12).

3. 3. 3. 1. Materialni motivacijski dejavniki

Organizacije morajo zaposlene motivirati s plačo in ne motivirati za plačo. Zaposleni, ki so motivirani za plačo, bodo hoteli vedno večjo plačo, a bodo vseeno nezadovoljni. Če pa bodo plačo dobili kot nagrado za uspešno opravljeno delo, bosta v takem odnosu lahko zadovoljna zaposleni in delodajalec. (13)

Ob povedanem velja izpostaviti, da je veljavni sistem plač v javnem sektorju za področje zdravstva povsem neprimeren, saj plača zaposlenih ni odvisna od delovnega učinka ampak zgolj od:

- uvrstitve v plačni razred (je hkrati minimalna in maksimalna),
- časa prisotnosti na delovnem mestu (ne od rezultatov in obsega dela),
- neprekinjene delovne dobe v javnem sektorju.

Dodatki so vezani predvsem na delovne pogoje in ne na učinke, funkcijski dodatki so nestimulativni, zamrznjena je celo 2% stimulacija, ki tudi sicer prinaša več konfliktov kot učinkov motiviranja.

Pri oblikovanju sistema plač je treba odgovoriti na vprašanja:

- kakšna je vloga sistema plač in nagrajevanja v povezavi s človeškimi viri,
- kako zagotoviti konkurenčnost plač,
- kakšna naj bo notranja struktura plač,
- kako ovrednotiti prispevek zaposlenih k uspešnosti organizacije,
- kako urediti odločanje, komuniciranje in administrativna opravila (13).

Sistem plač v javnem sektorju ni primeren za področje zdravstva, saj ne ponuja primernih orodij za stimuliranje zaposlenih v zdravstvu. Brez teh orodij vodja ne more izpolniti pričakovanj zaposlenih, ki delajo bolje/več in oblikovali vtisa pravičnosti in enakosti, ki je predpogoj za motivirane in zadovoljne zaposlene. V takšnih razmerah -poskusi učinkovitega vodenja ne bodo dali pričakovanih rezultatov.

3. 3. 3. 2. Nematerialni motivacijski dejavniki

Ob odsotnosti materialnih motivacijskih dejavnikov, ostajajo vodstvu zdravstvenega zavoda predvsem oblike nematerialne motivacije. Nematerialni motivacijski dejavniki so lahko zelo različni (zanimivo delo, pohvala, dobri odnosi, zanimiva vsebina dela, samostojnost pri delu, dobri delovni pogoji, vodstvena pooblastila) in v veliki meri odvisni od posameznika. (14)

Pogoj za uporabo nematerialnih motivacijskih dejavnikov so tudi osebni stiki, ki so v zdravstvenem domu zelo oteženi. Zaposleni so razdeljeni na majhne, zaprte time (dvojke ali trojke), ki delujejo na raznih lokacijah in ob različnih urnikih. To predstavlja oviro za pretok informacij in dobrih praks ter oblikovanje pozitivne ustvarjalne klime.

V takšnih razmerah tudi svojega direktorja zaposleni dojemajo kot nekaj oddaljenega, kot bolj ali manj sofisticiran vrh neke hladne hierarhije. Žal ga največkrat srečujejo v povezavi s problemi in težavami.

Zavedajoč se tega, sem skušal »mehčati« metode vodenja. Poskusi, da bi na osebni ravni neformalno povezal kolektiv, se niso najbolj obnesli. Zdravstveni delavci med delom vzpostavljajo številne in intenzivne stike z ljudmi, zato se po končanem delu najraje umikajo v samoto in iščejo svoj mir. Dodatnih socialnih stikov s sodelavci več ne želijo, zato je težko oblikovati intenzivno kolektivno pripadnost.

3. 3. 3. 3. Skupni cilji in motivi

Motiva za dobro delo, za stroškovno učinkovito poslovanje, maksimiranje prihrankov in njihovo vračanje v sistem nimajo tudi zdravstvene ustanove in njihova vodstva. Še najbolj obnese, če potrošiš ves denar in poslovno leto zaključiš s »pozitivno ničlo«.

Sistem nagrajevanja zaposlene, njihova vodstva in zdravstvene ustanove potiska v nevzdržno sivo povprečje. Problema ni moč razrešiti le z učinkovitim načrtovanjem, hierarhičnim nadziranjem in zaostrovanjem odgovornosti. Najprej je treba postaviti dovolj privlačen cilj. Usklajenost odhodkov in prihodkov, izravnano poslovanje t.i. pozitivna ničla ne more biti dober cilj.

Cilj mora biti, čim večji učinek razpoložljivih virov oziroma maksimalna stroškovna učin-

kovitost. Če gospodarska dejavnost maksimira dobičke, bi morali v zdravstvu maksimirati prihranke in jih vračati v sistem. Da bi to uspešno izvajali, potrebujemo

zelo podobne motive in orodja vodenja kot gospodarstvo. Da bi delili, moramo prej ustvariti ali prihraniti, kako bomo delili, pa je stvar modrosti lastnikov. Od ustvarjenih presežkov nimajo danes nobene koristi ne vodstva in ne zaposleni. O sodobni viziji vodenja, o motivih in svojih direktorjih, ki bodo motivirani sodelavci (ne nasprotniki), mora razmišljati tudi gospod minister.

2. 3. 4. Kadrovanje

Uspešnost delovanja vsake organizacije je v veliki meri odvisna od ljudi. To velja tudi za zdravstveno dejavnost, ki je delovno intenzivna in vključuje številne in kompleksne medsebojne odnose. Ob kroničnem pomanjkanju zdravnikov, nedelujočem in skoraj hermetično zaprtem trgu dela, je kadrovanje ključnih kadrov izjemno oteženo. Dodatno težavo srečamo pri osebnih zdravnikih in drugih zdravstvenih delavcih, ki so vezani tudi na svoje paciente, na isto okolje ter ozek in statičen tim sodelavcev.

Poseben problem predstavljajo specializacije, ki so v pristojnosti Zdravniške zbornice Slovenije. Zbornica avtonomno ureja »distribucijo« novih zdravnikov in sama odloča, kdo bo njihov delodajalec. Specializanti si niso izbrali delodajalca, tudi delodajalec jih nikoli ni izbral. To so naši sodelavci, ki jih povečini sploh ne poznamo. Specializacija se pretežno izvaja v drugih ustanovah, specializanti, pa imajo zelo omejene možnosti za delo z zdravstvenim domu.

Ozki in zaprti zdravstvenih timi so breme tudi za medicinske sestre. Ko svoje delo prilagodijo zahtevam in lastnostim vodje tima, je vzpostavljeno razmerje, iz katerega je težko izstopiti. Omejene možnosti napredovanja, statičen sistem nagrajevanja, odsotnost orodij za motiviranje, pomanjkanje časa in možnosti stikov s sodelavci jih potiskajo v neperspektiven položaj. To so plodna tla za izgorelost, nezadovoljstvo in konflikte.

2. 4. Nadziranje

Nadziranje je proces, v katerem vodstva in zaposleni zavestno pregledujejo dosežke, ugotavljajo ali so na dobri poti k zastavljenim ciljem in po potrebi izvajajo popravke.(15) Načrtovanje ne daje pričakovanih rezultatov, če ga ne

spremljata skrbno nadziranje in sprotno izvajanje korekcij.

Nadziranje je lahko vnaprejšnje (poizkuša prepoznati in preprečiti odstopanja, še preden do njih sploh pride), sprotno (zajema nadzor tekočih aktivnosti in je osnova za korekcije) ter povratno (usmerjena predvsem na kakovost izdelka ali storitve).

Proces običajno zajema postavljanje standardov, merjenje dosežkov, medsebojno primerjavo med standardi in dosežki ter ukrepanje.

Izpostaviti velja pomen standardov, ki določajo postopke, količine, kakovost, stroške in čas so predpogoj za planiranje in nadziranje. Standardov postopkov, ki so osnova za standardizacijo opreme, kadrov, stroškov v zdravstvu nimamo. Brez njih nimamo tudi podlage za primerjave in ukrepanje. Slab nadomestek standardov je primerjava med izvajalci (timi), ki jo v obliki preglednic in grafikonov posredujemo strokovnemu svetu, vodjem ali zaposlenim.

Osnova za nadziranje so kakovostni podatki v obliki, ki omogoča njihovo obdelavo. Najbolj so uporabni, če so zajeti v računalniških zbirkah. Programska oprema naših zavodov služi predvsem fakturiranju in je običajno veliko manj uporabna za strokovno delo zdravstvenih delavcev in poslovne analize. Tudi med zdravstvenimi delavci je veliko takšnih, ki imajo raje svinčnik in papir kot sodobne tehnologije.

Ukrepanje v primeru ugotovljenih odstopanj mora biti premišljeno in mora dati dovolj velike učinke, sicer lahko storimo več škode kot koristi. Korekcije ne smejo poslabšati vzdušja med zaposlenimi, dojemati jih morajo kot potrebne in pravične. Novi trendi temeljijo na upadanju hierarhije nadzora in večjem zaupanju zaposlenim. Če so cilji jasno postavljeni, organizacijska klima ugodna, medsebojna komunikacija učinkovita, se med seboj lahko uspešno (samo) nadzirajo. Zaradi individualizma in medsebojne nepovezanosti zdravstvenih delavcev in timov bo takšen model v zdravstvenem domu težko zaživel.

4. Sklep

Poslovno okolje, v katerem delujemo managerji v zdravstvu, močno determinira tudi naše delovanje. Brez pravih orodij za vodenje in brez zadovoljivih motivov se vsebina našega delovanja zožuje predvsem na ustvarjanje pogojev za delo, usklajevanje in povezovanje ter reše-

vanje konfliktov. Menim, da je to sorazmerno skromen ostanek tega, kar bi moralo vključevati sodobno uspešno vodenje. Samo sodobno uspešno vodenje lahko zdravstveno ustanovo pripelje do pričakovanih rezultatov – zadovoljstva uporabnikov, zadovoljstva zaposlenih in prihrankov v okviru dejavnosti zdravstvenega varstva. Zato pričakujemo, da nam bo ustrezne odgovore na izzive časa prinesel nastajajoči zakon, ki ureja zdravstveno dejavnost.

LITERATURA:

1. Health for all Database, Evropski urad WHO, januar 2009.
2. Fortuna M.. Bogovi v belem ne bomo nikoli, toda..., Delo 9. marca 2010
3. Virant G. Pravna ureditev javne uprave. Ljubljana: Visoka upravna šola, 1998
4. Ustava RS (Ur. list RS, št. 33/91, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 69/04, 69/04, 68/06)
5. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 23/05-UPB2, 23/08)
6. Cimerman, M., S. Jerman, R. Klarič, B. Ložar in Z. Sušan. 2003. Manager, prvi med enakimi. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
7. Košir F.. 2001. Management v zdravstvenem varstvu. Zbornik 8. strokovnega srečanja, Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu
8. Slokan J.. Partnerski dialog v zdravstvu, Pravna praksa, 10/2010
9. Predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti. <http://www.mz.gov.si/> 09.05.2010
10. DuBrin Andrew J.. 2000. The active manager, London: Thompson Learning
11. Dimovski V., Penger S., Žnidaršič J., 2003 So-dobni management. Ljubljana. EF
12. Keenan K.. 1996. Kako motiviramo. Ljubljana: Mladinska knjiga.
13. Zupan N.. 2001. Nagradite uspešne. Ljubljana: Gospodarski vestnik
14. Možina S.. 1994. Management. Ljubljana: Ekonomska fakulteta
15. Tavčar M.. 2000. Strateške razsežnosti managementa. Maribor: EPF

mag. Marko Jaklič**Spomenka Sluganović****mag. Marko Žnidaršič**

Lekarna Ljubljana



Učinkovitost upravljanja in vodenja v lekarni

Povzetek

Lekarna Ljubljana je v obdobju zadnjih dveh let stopila iz anonimnosti lekarniških zavodov Slovenije. Novosti, ki jih je uvedla pri svojem poslovanju, so odmevale na eni strani tako v širši javnosti kot tudi v strokovnih ter poslovnih krogih. Napredek, ki ga je v dveh letih dosegla, priča o pravi strategiji in dobrih odločitvah. Rezultati niso prišli naključno. So plod sistematičnega načrtovanja, dela in številnih sprememb na vseh področjih ter najboljše ekipe farmacevtov, farmacevtskih tehnikov in drugih sodelavcev Lekarne Ljubljana. Avtorji tega članka opisujejo izvedene spremembe in novosti ter njihov vpliv na dosežene rezultate, ki so bili doseženi kljub zaostrovanju financiranja zdravstvenih storitev s strani ZZS.

Abstract

Lekarna Ljubljana has become the most recognized pharmacy chain in Slovenia. The new business strategy drew the attention of general as well as of pharmaceutical and business public. The progress made is the result of good business strategy and decisions taken. Outstanding results did not come by chance. Several changes were planned and systematically implemented by the best team of pharmacists, technicians and other employees of Lekarna Ljubljana. The authors of this paper describe the changes made and their influence on the results that were made despite negative trends in health insurance financing.

1. Uvod

Javni sektor, v katerega spada tudi Lekarna Ljubljana, se po načinu upravljanja in vodenja ne sme razlikovati z gospodarskimi družbami. Družba, ki deluje v javnem sektorju, ima lahko drugačne cilje kot gospodarska družba, vendar to še vedno pomeni, da mora težiti k temu, da te cilje doseže z optimalnimi resursi. Zagotavljati mora kakovostne storitve z najnižjimi možnimi stroški.

Sistem lekarništva je v tem pogledu nekoliko specifičen. V lekarniški dejavnosti se odvijata sočasno dve dejavnosti, in sicer tako javno služba kot tržna dejavnost. Ločevanje med eno in drugo je teoretično sicer možno, v praksi pa se obe dejavnosti močno prepletata. Ortodoksni pogledi na dejavnost lekarništva, ki pogosto izhajajo iz akademske sfere, želijo dejavnosti striktno ločiti eno od druge, saj naj bi tržni pristop farmacevtov skazil njihovo osnovno poslanstvo neodvisnega in strokovnega sodelovanja pri zdravljenju bolezni. Tržna usmerjenost farmacevta naj bi zameglila njegovo zdravo presojo nad tem, kaj je dobro za stranko in kaj je dobro za organizacijo, v kateri je farmacevt zaposlen. V Lekarni Ljubljana smo te dileme odpravili z najpomembnejšo vrednoto, ki smo jo definirali kot Usmerjenost k zadovoljstvu strank. Izguba zaupanja vseh naših strank v to, da jim želimo s svojim delovanjem najboljše za njihovo zdravje, bi imela za organizacijo pogubne posledice. Naše temeljno pravilo torej je, kar je dobro za naše stranke je dobro tudi za Lekarno Ljubljana, pri čemer ni važno, ali govorimo o javni službi ali tržni dejavnosti.

Cilj učinkovitega upravljanja in vodenja je torej izvajati dejavnost tako, da je to kar najboljše za stranke, za doseganje tega cilja pa se organizirati tako, da bo v ta namen porabljenih kar najmanj virov. S korenitimi spremembami pri poslovanju smo v Lekarni Ljubljana v zadnjih dveh letih izboljšali svojo storitev, hkrati pa smo optimizirali določene poslovne procese. Na kakovost storitve kažejo številni kazalniki in raziskave, ki jih opravljamo, na učinkovitost delovanja pa predvsem rezultati. V nadaljevanju na kratko opisujemo vse izvedene spremembe, ki so naletele na pozitiven odziv predvsem pri tistih, ki želijo izboljšati poslovanje svojih organizacij, ne glede na to, iz katerega sektorja prihajajo. V času zaostrovanja gospodarskih razmer, ki jih predvsem javni sektor zaradi svoje specifične financiranja čuti s časovnim zamikom, najtežji časi še prihajajo, zato je

učinkovitost upravljanja še toliko bolj pomembna. Ne nazadnje neučinkovitost javnega sektorja ni problem samega javnega sektorja, ampak predvsem vseh davkoplačevalcev, od katerih jih kar velik del svoj denar in s tem denar za javni sektor služi v pogojih maksimalne učinkovitosti ter hude konkurence.

2. Lekarna Ljubljana

Lekarna Ljubljana je največja slovenska veriga lekarn, ki vključuje 38 lekarn lociranih v glavnem mestu in njegovi okolici. V letu 2009 je imela skoraj 114 mio € prihodkov iz poslovanja, s čimer je ustvarila 4,9 mio € presežka iz poslovanja in 4,3 mio € čistega presežka prihodkov nad odhodki.

Lekarna Ljubljana izda zdravila na osnovi več kot 2,5 mio € letno, zaposluje več kot 300 ljudi, od katerih jih je največ magistrov farmacije in nato farmacevtskih tehnikov. Pomembna poslovna enota lekarne je tudi Galenski laboratorij, ki proizvaja in prodaja preko 180 zdravil in drugih proizvodov, od katerih jih 14 plačuje tudi ZZZS, 6 pa je registriranih zdravil.

Lekarna Ljubljana je znana po tem, da ima najširši izbor zdravil in ostalih izdelkov, katere v nekaterih primerih zaradi načina financiranja lekarniške dejavnosti in tudi lokacij svojih lekarn izdaja edina v Sloveniji. Prav tako izvaja širok nabor storitev za svoje stranke, s katerimi nadgrajuje svoje osnovno poslanstvo v lekarniški dejavnosti.

Glede na različne kazalnike ima Lekarna Ljubljana med 15 % in 25 % tržni delež, pri čemer se kljub svoji regionalni omejenosti srečuje s kar veliko konkurenco. Namreč zgolj v Ljubljani, kjer ima 24 svojih enot, deluje tudi 17 koncesionarjev.

3. Zakaj spremembe

Spremembe pri večini ljudi naletijo na odpor, saj pomenijo premik iz njihovega udobnega in varnega stanja v nek nov negotov položaj. O spremembah začnejo razmišljati v trenutku, ko dokončno spoznajo, da so se okoliščine njihovega poslovnega ali zasebnega življenja spremenile do te mere, da sta njihova varnost in udobje ogrožena oziroma se že zmanjšujeta. To pa je običajno trenutek, ko je čas za spremembe že zamujen. V tem pa je odločilna vloga managerja. On mora biti tisti, ki spremembe predvidi in

nanje pripravi celotno organizacijo, ki jo vodi. Če to naredi pravočasno, se spremembe v poslovnem okolju izkažejo celo kot prednost, saj jih lahko kot edini pričaka pripravljen. Pri tem je zgrešeno običajno razmišljanje, da mora imeti nadčloveške sposobnosti videnja prihodnosti, pogosto zadostuje temeljita analiza stanja družbe, ki pokaže njene slabosti in prednost ter priložnosti in nevarnosti.

Lekarna Ljubljana je ravno s takim pristopom izločila tri ključne faktorje, ki so bili vzrok vsem nadaljnjim aktivnostim.

Prvi faktor je bil struktura prihodkov. Lekarna Ljubljana več kot 75 % svojih prihodkov generira na podlagi receptov. V pretežni meri so ti recepti plačani s strani ZZZS in drugih zavarovalnic. To predstavlja veliko odvisnost od denarnih prilovov s strani ZZZS, ki lahko izostanejo zaradi objektivnega slabega stanja zdravstvene blagajne. Podaljšanje plačilnih rokov že za nekaj dni pomeni v zavodu kot je Lekarna Ljubljana več milijonske zneske, ki jih je zaradi specifik javnega sektorja nemogoče pridobiti na kratek rok.

Drugi faktor je povezan s prvim in se nanaša na višino in vrednost marž. Politika ZZZS je privedla do tega, da v relativnem smislu marže na recept znašajo v povprečju manj kot 7 %, kar ne zadošča za pokrivanje stroškov, ki nastajajo na tem segmentu poslovanja, marže pa so v letu 2010 začele padati tudi v absolutnem znesku, realno pa se je to dogajalo tudi že v preteklih letih. Tudi v tem smislu je Lekarna Ljubljana močno odvisna od ZZZS.

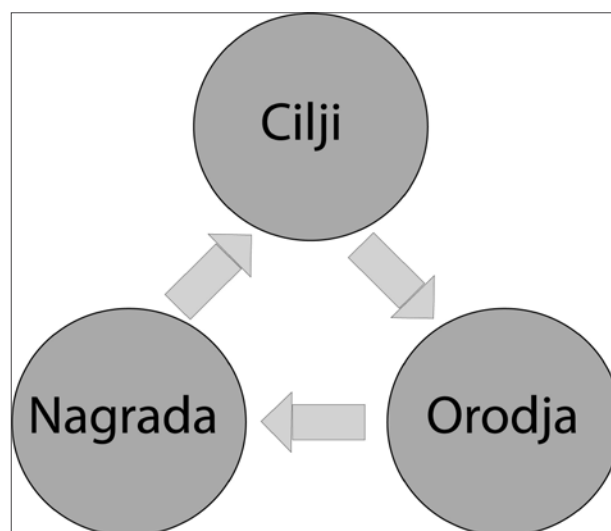
Tretji zelo pomemben faktor pa je bil potencial, ki ga je Lekarna Ljubljana imela. Identificirali smo namreč številna področja, ki so omogočala zavodu hiter razvoj, s tem pa tudi razvoj in osebno rast vseh njegovih zaposlenih.

4. Kako začeti

V vse spremembe je najbolje vključiti največje možno število ljudi. S tem se zmanjša strah pred neznanim, odpor do sprememb je zato mnogo manjši. Ravno zaradi tega smo v Lekarni Ljubljana s spremembami začeli ravno pri zaposlenih, saj je bila splošna ugotovitev, da je to organizacija, ki združuje ogromna znanja in veliko sposobnih ter izobraženih ljudi, ki pa svoje znanje ne izkoriščajo v zadostni meri. Kot v vsaki organizaciji smo si želeli povečati zadovoljstvo zaposlenih ob hkratnem povečanju nji-

hove storilnosti. Storilnost na tem mestu razumemo v zelo širokem smislu in se nanaša tako na storilnost pri vsakdanjem rutinskem delu, predvsem pa na kreativnost, inovativnost, sposobnost vodenja, komuniciranja in sodelovanja v timu. Recept za doseganje tega cilja je pravzaprav zelo preprost, vendar ga mnogi managerji mnogokrat spregledajo oziroma izvajajo zgolj parcialno. Za doseganje visokega zadovoljstva zaposlenih in delovne morale je potrebno storilnost in zadovoljstvo zaposlenih graditi na treh temeljih: najprej postaviti cilje, za doseganje ciljev dati zaposlenim na voljo ustrezna orodja, dosežene cilje ustrezno nagraditi.

Slika 1: Trije elementi učinkovitega vodenja



V Lekarni Ljubljana smo sledili temu receptu, ki je v dveh letih postal splošna praksa in nikoli dokončana zgodba, saj se mora ta proces odvijati neprestano. V nadaljevanju na kratko opisujemo vse tri elemente.

4.1 Postavljanje ciljev

Načrtovanje v Lekarni Ljubljana je bilo do leta 2009 namenjeno predvsem izpolnjevanju formalnih zahtev, ki jih predpisujejo zakon in nadzorni organi. Vendar to ni osnovno poslanstvo načrtovanja. Načrtovanje je v luči učinkovitega upravljanja organizacij predvsem motivacijsko orodje, ki je podlaga za vse nadaljnje faze poslovnega procesa. Smer načrtovanja smo zato obrnili za 180 stopinj. Načrti so bili izdelani od spodaj navzgor, korporativni cilji pa so postali le seštevek posameznih ciljev poslovnih enot. Hkrati smo te cilje spustili tudi na nivo zaposlenih, tako da danes lahko rečemo, da imajo vsi zaposleni svoje cilje, ki predstavljajo delež v mozaiku letnega načrta Lekarne Ljubljana. Še več, vsi zaposleni so imeli možnost vplivati tudi

na strateške načrte, cilje in projekte, ki smo jih začrtali v letu 2009 za naslednje petletno obdobje.

4.2 Orodja za doseganje ciljev

Brez ustreznih orodij in ob visokih ciljeh ljudje slej ko prej pridejo do spoznanja, da ciljev niso zmožni doseči ali pa so premalo samozavestni, da bi si drznili pristopiti k njihovem uresničevanju. Določena orodja je mogoče zgraditi na daljši rok, zato smo v Lekarni Ljubljana takoj pristopili k intenzivnim izobraževanjem, s katerimi je možno začeti takoj, ko se sprejme odločitev. Izobraževanja praviloma tudi niso draga in ne predstavljajo visoke investicije, hkrati pa jih le malo ljudi odklanja. Izobraževanja smo razdelili v dve skupini. Prvo so strokovna farmacevtska izobraževanja, ki so samoumevna za to panogo, drugo pa skupina raznovrstnih izobraževanj, kot jih navajamo spodaj:

- Insights analiza,
- Asertivna komunikacija,
- Manager kot coach,
- Manager motivator,
- Postavljanje ciljev, ocenjevanje in nagrajevanje,
- Učinkovita komunikacija v timu,
- Učinkovita komunikacija s stranko,
- Svetovalna prodaja in celovita obravnava strank,
- Trenerji - Train the trainer,
- On the job coaching,
- Uvajanje v delo za tiste, ki se prvič zaposlijo v Lekarni Ljubljana, pripravnike in praktikante na obvezni delovni praksi.

Torej gre za izobraževanja, ki pomagajo bolje svetovati strankam, bolje sodelovati v timih in bolje voditi zaposlene. Posebnost programa sta bila programa »Train the trainer«, s katerim smo usposobili večje število zaposlenih za izobraževanje drugih zaposlenih in promocijo določenih prodajnih programov, ter »On the job coaching«, kot izobraževanje v »živo« na delovnem mestu. S temi izobraževanji smo povečali motivacijo ljudi, razširili njihova obzorja in povečali kakovost naših storitev do naših strank.

4.3 Nagrajevanje

Brez ustreznega sistema nagrajevanja, ki upo-

števa razlike med uspehom posameznikov ali ekip, zadovoljstva dolgoročno ni možno zagotavljati. Kratkoročno je mogoče doseči cilje tudi zgolj z ustreznim načrtovanjem in določenimi orodji, vendar ljudje vsaj na dolgi rok niso navadni. Kredibilnost vodstva in samih načrtov je dolgoročno možno vzdrževati le z ustreznim sistemom nagrajevanja. Ker je bil to eden izmed pomembnejših projektov, hkrati pa tudi eden uspešnejših, za katerega je Lekarna Ljubljana prejela tudi nagrado na slovenski HRM konferenci v družbi najbolj uglednih slovenskih podjetij, sistem nekoliko podrobneje opisujemo v nadaljevanju.

4.3.1 Cilji in namen projekta prenove sistema nagrajevanja v Lekarni Ljubljana

Skupaj z zaposlenimi smo želeli oblikovati jasna merila ocenjevanja delovne uspešnosti, ki bodo:

- prilagojena specifikam dela, dejavnosti in organizacijski kulturi,
- nagrajevala individualni in skupinski doprinos zaposlenih ter
- spodbujala zaposlene k doseganju skupnih in individualnih ciljev.

Celotni projekt je potekal "od spodaj navzgor", zaposlene smo vključili v vse faze izvedbe projekta. Načrtovanje poslovnih rezultatov in ciljno vodenje smo vpeljali po principu "on-the-job-training": V manjših skupinah smo z vodji na interaktivni, moderirani delavnici postavljali poslovne cilje in izpolnjevali aplikacijo za načrtovanje poslovnih ciljev ter spremljanje realizacije. Osvajanje novih znanj je bilo podprto z obsežnimi navodili na intranetu in dostopnostjo pomoči, kadar je bila potrebna. Vodje smo za drugačen način ocenjevanja delovne uspešnosti usposobili z delavnicami in treningi, ki so bili prilagojeni trenutnim potrebam.

4.3.2. Model nagrajevanja Lekarne Ljubljana

Delovna uspešnost zaposlenega v Lekarni Ljubljana iz naslova prodaje blaga in storitev na trgu je sestavljena iz:

- kolektivne uspešnosti Lekarne Ljubljana,
- kolektivne uspešnosti organizacijske enote in
- individualne uspešnosti.

Individualna uspešnost se ugotavlja v trimesečnem ocenjevalnem obdobju in se izplačuje mesečno v naslednjem trimesečnem obdobju. Ocenjuje se kompetence, cilje in kritične dogodke.

Pri ocenjevanju kompetenc se ocenjuje dejanska razvitost kompetenc, ki so določene za skupino delovnih mest z oceno od 1 do 6. Glavne kompetence, ki jih ocenjujemo so: strokovnost, samoiniciativnost, timsko delo, natančno, odnos do strank, organiziranost.

Ciljno vodenje poteka v treh korakih, in sicer postavitve cilja, preverjanje napredka in morebitno korigiranje ali redefiniranje ciljev ter ocenjevanje doseganja ciljev z ocenjevalnim pogovorom. Cilje in roke vodja in sodelavec postavi pred ocenjevalnim obdobjem. Glede na kompleksnost cilja posameznemu cilju določi ta utež. Število ciljev ni pomembno, načeloma je smiselno za eno ocenjevalno obdobje postaviti 3 – 5 ciljev. Cilji morajo biti postavljeni po »smart clear« metodi in morajo izpolnjevati naslednje kriterije:

- cilj je enostaven, jasen, specifičen, določen je rok, v katerem mora biti izveden,
- cilj je merljiv,
- cilje je zapisan v sedanjiku,
- cilj je realen – ga je možno uresničiti,
- cilj je oblikovan v pozitivnem smislu,
- cilj zaposlenemu predstavlja izziv,
- cilj ni v nasprotju z vrednotami podjetja ali vrednotami zaposlenega,
- cilj prinese dodano vrednost,
- s postavljenim ciljem se vodja in zaposleni strinjata,
- cilj je zabeležen, zapisan.

Vodja ves čas ocenjevalnega obdobja spremlja in vpisuje pomembne kritične pozitivne in negativne dogodke. Glede na težo oziroma pomembnost dogodka lahko določi ustrezno število pozitivnih ali negativnih točk. Vodja in zaposlenih izpolnita ter podpišeta ocenjevalni list, ki je podlaga za obračun in izplačilo uspešnosti.

Z vpeljavo ocenjevalnega pogovora smo hkrati z vpeljavo sistematičnega variabilnega denarnega nagrajevanja posredno vpeljali tudi del nematerialnega nagrajevanja, saj sam pogovor preko kompetenc in doseganja ciljev spontano privede do graje ali pohvale zaposlenega za njegovo delo. Predvsem slednje gre marsikateremu vodji težko z jezika, čeprav ima lahko večji

učinek kot denarna nagrada.

4.3.3. Nekaj zaključkov o dobrem sistemu nagrajevanja

Dober sistem nagrajevanja je pomemben element pri zagotavljanju konkurenčnih prednosti podjetja, saj le ta predstavlja motivacijski dejavnik, ki usmerja zaposlene, da dosežejo zastavljene cilje. Pri izbiri oblike nagrajevanja je treba vedno upoštevati, kakšno spremembo vedenja zaposlenih želijo doseči, prav tako pa je potrebno upoštevati tudi prakso, tradicijo in zakonske podlage. Pomembno je razumno kombiniranje različnih vrst nagrad, tako denarne kot nedenarne. Nedenarne nagrade in ugodnosti imajo namen pridobivanja zaposlenih in zagotavljanja njihove lojalnosti, plačilo za uspešnost oziroma denarne nagrade pa motivirajo posameznika za še boljše opravljanje lastnega dela. Pri tem mora podjetje slediti trendom, ki veljajo v ožjem in širšem poslovnem okolju ter zakonodaji, ki ni ravno naklonjena izplačevanju finančnih nagrad.

5. Nadzor

Temeljno pravilo, ki ga v Lekarni Ljubljana zasledujemo je, kar planiramo to tudi kontroliramo. Velja pa tudi obratno, česar ne moremo nadzorovati, ni smiselno niti načrtovati. Dober pregled nad poslovanjem družbe je temelj za vse druge aktivnosti, saj služi kot podlaga za sistem nagrajevanja hkrati pa tudi kot podpora odločanju.

Lekarna Ljubljana je do leta 2008 zgradila relativno dober transakcijski informacijski sistem, katerega je lahko nadgradila s sodobnim podatkovnim skladiščem, ki je prerasel v sistem poslovne inteligence. To je bila nato osnova za vpeljavo sodobnega upravljalnega računovodstva, ki je omogočil odlično podporo odločanju, analize v realnem času ter avtomatizacijo poslovanja kontrolinga. O nujnosti vpeljave sodobnih sistemov ne pišemo na široko, saj v 21. stoletju ne more biti več dileme ali so potrebni ali ne. Bistveno pri njihovi vpeljavi je, da njegova vsebina sledi poslovnemu modelu družbe in njenim strateškim ciljem.

5. Trženje

Pri lekarniški dejavnosti gre za maloprodajno

dejavnost kot zadnjo fazo prenosa izdelka v celotni verigi vrednosti od proizvajalca do končnega potrošnika. Dejavnosti sicer ne moremo neposredno primerjati z drugimi prodajnimi organizacijami, saj imamo opravka z zdravili, ki imajo lahko v skrajnem črnem primeru celo usodni učinek na uporabnika. Vendar ravno zaradi tega je skrb za stranke in usmerjenost k njihovemu zadovoljstvu še toliko bolj pomembna.

Lekarna Ljubljana je pristopila k trženjskim strategijam celovito skozi vse elemente trženja. Celovit sklop aktivnosti se je izkazal za učinkovit orodje, ki je omogočal zaposlenim, da lažje dosežejo svoje cilje in je zato še bolj potencializiral njihovo zavzetost pri delu.

5.1 Cenovna strategija

Temeljni cilj cenovne politike je bil izkoreniniti prepričanje, da so lekarne drag prodajni kanal. Razlog za tako odločitev je bil zelo preprost: to enostavno ni res. Lekarniška dejavnost v Sloveniji je najverjetneje najcenejši maloprodajni kanal, če jo primerjamo z ostalimi maloprodajnimi dejavnostmi hkrati pa tudi če, jo primerjamo z lekarništvom po svetu. Marže na recept so najnižje najbrž v celotni Evropi, velik del prodajnega asortimana brez recepta, razen zdravil, pa ima močno konkurenco tudi v drugi maloprodaji, tako da so bili zaslužki ob relativno visokih nabavnih cenah nizki.

Vodilo, ki smo si ga postavili, je bilo, da ponudimo strankam več vrednosti za manj denarja. To je bilo zaradi pogosto monopolnega trga na strani proizvajalcev zdravil mogoče le z uvedbo izdelkov pod lastno blagovno znamko. Z uvedbo le-teh je bilo možno doseči dogovore z dobavitelji, kateri so bili vse do takrat togi za kakršne koli razgovore o nižjih cenah. Na ta način smo lahko začeli strankam ponujati številne ugodnosti in nižje cene.

5.2 Prodajne poti

V dveh letih smo odprli 6 novih lekarn, vse, ki so bile projektirane po letu 2008, imajo tudi samopostrežni del. V tem času smo obnovili tudi 3 druge lekarne in jih spremenili v moderne samopostrežne lekarne. Učinki prenove presega jo vsa naša pričakovanja. Omeniti je potrebno tudi spletno lekarno, za katero lahko rečemo, da je prodajni kanal prihodnosti, hkrati pa veliko promocijsko orodje. Ljudje se namreč za informacije o podjetjih in izdelkih vedno več obra-

čajo na splet, kjer dobijo številne informacije na hiter in brezplačen način. Strateška usmeritev Lekarne Ljubljana je tudi vertikalna integracija, kar je vodilo v ustanovitev lastne veledrogerije in s tem dodaten pritisk na konkurenčnost pri nabavi.

5.3 Promocija

Najbolj odmevna novost v lekarništvu je Kartica zvestobe. Z njo in tudi sicer smo želeli doseči večjo prepoznavnost lekarne Ljubljana. Do leta 2008 so lekarne znotraj sistema Lekarne Ljubljane delovale praktično po enakem principu kot zasebne lekarne. Stranke praktično niso razlikovale med eno in drugo lekarno. Z ustrezno označenimi lekarnami in Kartico zvestobe se danes stranke ne odločajo le o tem, kaj bodo kupile, temveč tudi, kje bodo kupile ali unovčile svoj recept.

V sistem kartice zvestobe je vključenih že več kot 90.000 članov, zaradi načina uporabe pa lahko rečemo, da kartico uporablja več kot dvakrat toliko ljudi. Cilje, ki smo si jih zastavili ob lansiranju programa, smo presegli v samo treh mesecih. Preko Kartice zvestobe izvajamo tudi dobrodelno dejavnost, saj smo ravno v okviru tega sistema donirali ultrazvočno napravo ginekološkemu oddelku v Zdravstvenemu domu Ljubljana.

6. Rezultati

Rezultati vseh sprememb so presenetili tudi nas. Odziv na vse spremembe je bil pri strankah in zaposlenih več kot odličen, kar se je pokazalo v prodajnih in finančnih rezultatih. V nasprotju s splošnim prepričanjem ljudi o veliki rasti prodaje zdravil in ustvarjanju lekarniških dobičkov iz zdravstvene blagajne, število receptov raste minimalno (4 % v dveh letih), zaslužki iz tega naslova pa realno celo padajo. Finančni rezultat iz javne službe je na pozitivni ničli. Pri prodaji izdelkov brez recepta pa smo dosegli v dveh letih skupno rast preko 50 %. Ob enakem številu zaposlenih in s tem povečani storilnosti smo zaradi tega povečali operativni rezultat za več kot 60 %. Velja poudariti, da smo ob tem vztrajno nižali cene oz. ponujali popuste, ki jih vsaj v lekarniški dejavnosti prej ni bilo. Rasti smo dosegli predvsem na segmentih kozmetike in prehranskih dopolnil, manjše so bile pri zdravilih brez recepta.

Danes lahko z gotovostjo trdimo, da bi se brez teh sprememb, ukrepov in aktivnosti rezultat

Lekarne Ljubljana bistveno zmanjšal, ogrožena pa bi bila dolgoročna dobičkonosnost zavoda, s tem pa njegov razvoj in tudi razvoj zaposlenih. Segment brez receptov nam sicer predstavlja še vedno manj kot 25 % prodaje, vendar v skupno blagajno prinese več kot 50 % zasluga.

7. Zaključek

Na rezultate Lekarne Ljubljana so ponosni vsi zaposleni. Tako je tudi prav, saj gre zasluga za uspehe prav vsem. Brez odlične in zavzete ekipe farmacevtov in farmacevtskih tehnikov ter drugih sodelavcev, ki vsak dan skrbijo za zdravje in dobro počutje svojih strank, rezultatov ne bi bilo. In če se danes ozremo nazaj, kateri so bili ključni faktorji, ki so prispevali k razvoju, lahko ugotovimo, da je bila zelo pomembna odločitev ta, da v proces razvoja Lekarne Ljubljana vključimo vse zaposlene. Prav vsem smo nudili možnost izobraževanja in možnost sodelovanja pri postavljanju ciljev. Zato so bili ti splošno sprejeti in realni, čeprav zelo ambiciozni.

Drugi pomemben faktor je podpora zaposlenim z vsemi možnimi orodji, od izobraževanj, do novih in prenovljenih poslovnih enot, Kartice zvestobe in oglaševanja.

Dobra kontrola, podprta z učinkovitim IT sistemom, je predpogoj za spremljanje uspešnosti in nagrajevanje. Brez tega objektivno in pošteno nagrajevanje glede na dosežene rezultate ne bi bilo možno.

Kaj je torej ključni razlog za dosežen napredek? Menimo, da uravnotežen pristop k vsem spremembam. Brez ciljev je težko motivirati ljudi, brez orodij je ambiciozne cilje nemogoče doseči, brez ustrezne nagrade za dosežene cilje pa postanejo ljudje neobčutljivi za kakršne koli spodbude. S premišljeno politiko in izbiro kombinacije vseh teh elementov je investicija v vse sisteme zanemarljiva v primerjavi z učinki. Vsaj v Lekarni Ljubljana so bili celo bistveno višji od pričakovanih, investicije pa večinoma povrnjene že v dveh letih. Potrebna je predvsem odločnost in pozitivna naravnost k izzivom, ki nas čakajo, argumente »zakaj ne« pa morajo zamenjati predlogi, načrti in rešitve.

dr. Stanislav Primožič

Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke



Določanje cen zdravil – uveljavljanje nacionalnega modela

Povzetek

Slovenija določa cene zdravil z uporabo modela zunanje primerjave cen. Predpisi, ki so usklajeni z EU direktivo 89/105/EGS, določajo merila, načine in postopke za določitev najvišjih dovoljenih cen in izrednih višjih dovoljenih cen zdravil. Omogočene pa so tudi nižje dogovorne cene, ki jih zdravstvena zavarovalnica in institucionalni kupci zdravil lahko dosežajo pri dobaviteljih za zdravila z najvišjo dovoljeno ceno. Sistem določanja cen je sklopljen s sistemom medsebojno zamenljivih zdravil, sistemom spremljanja zdravil na trgu in s sistemom nujno potrebnih zdravil. Regulacija cen se nanaša samo na zdravila, ki so financirana iz javnih sredstev. Delovanje našega trga v veliki meri določa njegova majhnost. Problem preskrbe z ekonomsko nezanimimi zdravili postaja tudi na EU ravni vse večji problem in mu Evropska komisija namerava posvetiti večjo pozornost v smislu koordiniranega ukrepanja na več prizadetih trgih.

Abstract

Slovenian authorities determine prices of medicinal products by the use of external reference pricing model. The regulations governing the area are in line with the EU Directive 89/105/EEC. They lay down the criteria and the procedures for the determination of ceiling prices which are the maximal allowed price or exceptional higher allowed price. Also, lower prices based on the agreement between the supplier and the payor or the purchaser of medicinal products are enabled and in place. Pricing of medicinal products is connected to the system of mutually interchangeable medicinal products (generic substitution), system of market surveillance, and the list of essential medicines. Regulated are only prices of publicly financed medicinal products. The characteristics of Slovenian market are to a greater extent influenced by its minor size. The problem of supply of economically less interesting medicinal products to smaller national markets is becoming not just Slovenian but also an EU problem which is attracting increased attention by the European Commission in terms of preparation of coordinated measures on several of those markets to improve availability of such products.

EU okviri določanja cen zdravil

Zdravila so pomemben del zdravstvenih tehnologij. Za zdravila so značilne visoka stopnja globalizacije in inovativnosti, ki se realizira z visokimi stroški in v razmeroma dolgih razvojnih ciklikih (10-12 let), prav tako pa tudi visoka konkurenčnost in tržna naravnost dobaviteljev. Zato so zdravila v vseh razvitih zdravstvenih delih ključni del zaščite javnega zdravja. Hkrati pa so predmet visoke stopnje regulacije v biomedicinskem in tudi v ekonomskem pogledu. V EU pravnem redu ima regulativa zdravil in celotnega farmacevtskega sektorja dva glavna cilja:

- varovanje javnega zdravja in
- ohranitev konkurenčnosti in razvojne naravnosti farmacevtske industrije.

Primarna zakonodaja Evropske unije določa, da je pristojnost za odločanje o cenah in o dostopu do financiranja zdravil iz javnih sredstev (reimbursiranje) na državah članicah in ne na EU institucijah. EU zakonodaja pri tem podaja le postopkovne okvire za določanje cen in reimbursiranja (roki in merila za odločanje, obveznost obrazložitve negativnih odločitev, možnost pritožbe oz. sodnega varstva), ki pa so za odločanje kritični¹. Evropska komisija (DG Podjetništvo) zelo natančno skrbi za uveljavljanje tega dela sekundarne EU zakonodaje, med drugim tudi z izdajanjem uradnih opominov državam, ki določb področne direktive ne implementirajo ustrezno. Tak opomin je leta 2007 dobila tudi Slovenija in naša sedanja zakonodaja je v največji meri rezultat odziva RS na ta opomin.

Evropska Komisija v novi sestavi načrte za spremembo te direktive. Ker te spremembe v postopku soodločanja lahko trajajo več let, namerava EK v tem obdobju delovati tudi na nenormativni ravni in ohraniti neformalni dialog na ravni ministrskih konferenc in partnerskih forumov po vzoru nedavno uspešno izvedenega Farmacevtskega foruma v obdobju 2006-2008². Slovenija je na področju mednarodnega sodelovanja pristojnih organov za cene in reimbursiranje zdravil podala bistven prispevek v času našega predsedovanja leta 2008, ko smo v sodelovanju z Evropsko komisijo organizirali

prvi sestanek mreženja pristojnih organov za to področje iz vseh držav EU/EGP. Ta iniciativa je neobvezujoča, a je medtem postala stalnica in poteka v obliki polletnih plenarnih sestankov in komunikacije z uporabo elektronskih medijev v liniji EU predsedovanj. Nastajajo tudi novi projekti skupnih podatkovnih baz o cenah zdravil. Mreženje pristojnih organov bo v naslednjem obdobju močno vplivalo na sodelovanje in razvoj na področju modelov cen in reimbursiranja zdravil.

Svetovni trg zdravil je ocenjen na 720 mrd USD (533 mrd EUR, marec 2010), ocena vrednosti evropskega trga je pri tem 236 mrd USD (175 mrd EUR oz. 350 EUR na prebivalca)³. Letna stopnja rasti letnega trga je 5 % in evropskega 5,8 %. V okviru EU slovenski trg zdravil predstavlja približno 0,5 %. Slovenija je v letu 2009 za zdravila na recept (niso všteta zdravila porabljena v bolnišnicah in tudi ne zdravila v prosti prodaji) plačala 459 mio EUR ali 230 EUR na prebivalca⁴. Stopnja rasti izdatkov za zdravila, predpisana na recept je bila v zadnjem letu 4 %, pri obveznem zdravstvenem zavarovanju 1 %. Stopnja rasti predpisovanja zdravil je bila ob tem 3,3 %, kar kaže na dokaj restiktivno cenovno politiko pri zdravilih. Hkrati pa kazalci izkazujejo razmeroma ugodno umestitev zdravil v zdravstveni sistem glede na mednarodne primerjave. Delež za zdravila je v Sloveniji pod 14 % javnih zdravstvenih sredstev, pri čemer javna sredstva krijejo približno dve tretjini njihove vrednosti. V OECD državah namenjajo za zdravila v povprečju 18 %, kar kaže na našo uravnoteženost oziroma doslej še vedno dokaj blago restriktivnost pri porabi zdravil.

Slovenski trg zdravil pa obenem izkazuje vse značilnosti in tudi tveganja malih evropskih trgov, kar pomeni trajno soočanje s problemom razmeroma majhnega števila zdravil na trgu, pritiskov za dvigovanje cen zaradi velike tržne moči prisotnih gospodarskih subjektov in zaradi učinkov ekonomije majhnega obsega. Pri tem zadnje primerjave, ki jih izvaja Evropska komisija v okviru projekta INFOPRICE, ki vključuje 15 izbranih zdravstveno in ekonomsko pomembnih zdravil, izkazujejo, da Slovenija pri teh zdravilih dosega cene, ki so v spodnji

1 Direktiva 89/105/ES, http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/pharmaceuticals/files/eudralex/vol-1/dir_1989_105/dir_1989_105_sl.pdf.

2 Farmacevtski forum, <http://ec.europa.eu/pharmforum/>.

3 A. Sheppard, Generic Medicines: Essential contributors to the long-term health of society, IMS Health, <http://www.imshealth.com>.

4 Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2009, <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/1B99C27FC5698AD2C12576EF0024A184?OpenDocument>.

polovici ali celo spodnji tretjini EU cen zdravil⁵.

Nacionalni cenovni modeli za zdravila

Slovenski cenovni model je zasnovan na konceptu, ki je v EU med vsemi najbolj razširjen, tj. modelu zunanje primerjave cen (angl. External Price Referencing). Ta model je uvedlo veliko držav, ker je v primerjavi z drugimi razmeroma enostaven za izvajanje. Po drugi strani pa postaja prav zaradi svoje razširjenosti in problema vidnosti cen vse manj pregleden. Regulirana cena ni nujno tudi realna tržna cena za kupca ali plačnika, hkrati pa določanje cen v medsebojno sklopljenih primerjalnih sistemih povzroča pragmatične prilagoditve dobaviteljev glede prihoda z zdravili na trg. Svoje nove izdelke najprej tržijo v državah z visokimi cenami, oziroma na opsamezne trge sploh ne pridejo, kar povečuje razlike glede enakomernega dostopa zdravstvenih tehnologij celotnemu prebivalstvu EU.

Drugi nacionalni modeli, ki so tudi prisotni v EU, vključujejo modele notranje primerjave cen, kjer gre za določanje cen v posameznih na podlagi ocene njihove vrednosti v razmerju do ostalih zdravil oz. drugih zdravstvenih tehnologij (sinonimi za ta model so tudi vrednotenje terapevtskih skupin, primerljiva zdravila, "Jumbo" skupine v ZRN itd.). V EU najdemo med modeli tudi mehanizme deljenega tveganja, pogojnega reimbursiranja, mehanizem vnaprej določenega vračanja sredstev po doseganju vnaprej določenega obsega prodaje (tim. "payback"), obstaja pa tudi mehanizem prostega določanja cen po zakonitostih trga (Nemčija, Velika Britanija, Danska).

Tako zelo različne rešitve ustvarjajo zelo segmentiran ter hkrati tehnično in ekonomsko reguliran EU trg zdravil. Vsem cenovnim modelom je skupni imenovalec ta, da ima cena zdravila štiri strukturne deleže, na vsakega od katerih lahko države uvedejo regulacijo:

- proizvajalčeva cena (ex-factory),
- veleprodajna cena (prodajna cena v prometu na debelo),
- lekarniška cena (prodajna cena v prometu na drobno),
- davek na dodano vrednost (višja, nižja stopnja ali davka prosto).

⁵ Prikaz podatkov projekta INFOPRICE, http://www.jazmp.si/objave/Objava_20090424.pdf.

Vsi modeli so usmerjeni v zagotavljanje oziroma ohranitev kakovostnega nabora zdravil po razumnih cenah na nacionalnih trgih. Ta nabor naj bi na vsakem trgu vključeval tudi stalen priliv novih zdravil. V svetu v enem letu pridobi dovoljenje za promet ca. 30-60 novih molekul, približno toliko jih tudi izgubi patenno zaščito. Pri nekateri od njih na trgu pojavi večje število generičnih zdravil. Rezultat delovanja teh dejavnikov je, da se med 30 državami EU/EGP pogosto srečujemo z velikimi, tudi 2-3 kratnimi cenovnimi razponi za enaka ali podobna zdravila. Pri tem je rast trga generikov v svetu v zadnjih letih hitrejša od rasti trga originalnih zdravil (svet 2009: celoten trg 5 %, generični 8 %). V Evropi se pričakuje 6 % letna rast generičnih trgov in ocenuje se, da so nekateri EU nacionalni trgi, npr. Španija, Italija ali Francija, doslej pokrili komaj polovico kapacitet svojih generičnih trgov. Ker bo v naslednjih letih patentno zaščito izgubilo razmeroma veliko število zdravil, je učinkovita implementacija dobre generične politike za vse države bistvena, kar še posebej velja v pogojih splošne gospodarske krize.

Sektorska poizvedba Evropske Komisije 2009⁶

Evropska komisija je v okviru svojega generalnega direktorata za konkurenčnost lani izvedla sektorsko poizvedbo na področju farmaceutike in ugotovila, da obstajajo številna nesorazmerja in nepravilnosti v komunikacijah med originalno in generično industrijo (relacije B2B, pretenciozna uporaba pravnih sredstev, "evergreening" originatorjev itd.). Prihajalo naj bi do oviranja prihodov generičnih zdravil na trg kot tudi do oportunističnega dogovarjanja med originalno in generično dogovornem zadrževanju prihoda nekaterih generikov na trg. Prihod generikov omogoča po njihovi ocen vsaj 20 % prihranke javnih sredstev (15 mrd EUR na ravni EU)⁷.

S to poizvedbo je EU ugotovila tudi, da pristojni organi držav članic ne omogočajo optimalne dinamike prihoda generičnih zdravil na trg (relacije B2A, predolgo trajajoči postopki avto-

⁶ Evropska Komisija, Pharmaceuticals Sector Inquiry, <http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/index.html>.

⁷ ibid., http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/fact_sheet_1.pdf.

rizacije, določanja cen in reimbursiranja). Cilj sprememb naj bi bila avtomatična vključitev generičnih zdravil v sisteme javnega financiranja takoj po avtorizaciji. EK je ocenila, da na ta način nastajajo velike izgube javnih sredstev (3 Mrd EUR na ravni EU ali 5 % vrednosti trga). Pričakuje se, da bodo te ugotovitve prispevale k izhodiščem, na podlagi katerih bo EK dograjevala omenjeno področno direktivo 89/105/EGP in izvajala druge aktivnosti v prihodnjem obdobju, kamor bi lahko spadala tudi obravnava problematike majhnih EU trgov, problematike generičnih zdravil in problematike zdravil za zdravljenje redkih bolezni (tim. "orphan drugs") na ravni ministrskih konferenc, političnih zaključkov ali zaključkov Sveta EU v naslednjem letu ali dveh.

Slovenski nacionalni model za zdravila in vloga JAZMP kot pristojnega organa

Zakon o zdravilih določa pristojnosti in ureja procese, ki v RS potekajo na področju oblikovanja in spremljanja cen zdravil⁸. Zakon nalaga ministrstvom, pristojnima za zdravje in za veterinarstvo, da za posamezne skupine zdravil, opredeljene s pravnim statusom le-teh, določita način za oblikovanje oziroma določanje cen s pripadajočimi podzakonskimi akti⁹. Cene zdravil v skladu s temi predpisi oblikujejo zavezanci (praviloma so to proizvajalci ali od njih pooblašteni veletrgovci) in jih v zahtevani obliki in vsebini ceni predložijo JAZMP. Le-ta v vlogi organa, pristojnega za zdravila, v upravnem postopku pregleda njihovo skladnost s predpisi in odloči o predlagani ceni. Cene lahko zavezanci vedno oblikujejo na ravni, ki je nižja od najvišje dovoljene. To naj bi spodbujalo konkurenco, ki je našemu trgu primanjkuje.

JAZMP je nacionalni pristojni organ za določanje cen približno 3400 zdravil, ki se na trgu RS financirajo iz javnih sredstev. Med njimi je približno 300 zdravil, ki so na predlog zavezancev kandidati za določitev izredne višje dovoljene cene. Postopki določanja cen so upravni postopki, ki potekajo na podlagi zakonskih do-

ločb in določb aktualnega pravilnika. Predpisi podajajo merila, način in postopke za določanje, spreminjanje in objavo reguliranih cen zdravil.

Splošni cilji delovanja JAZMP kot pristojnega organa za določanje cen zdravil so:

- varovanje javnega zdravja na področju zdravil, prispevek k zdržni porabi javnih sredstev za zdravila in ohranitev razvojne in konkurenčne naravnosti farmacevtske industrije,
- urejanje sistema cen zdravil,
- regulatorna podpora pri urejanju porabe javnih sredstev za zdravila,
- razvoj in vzdrževanje sistema medsebojno zamenljivih zdravil,
- sodelovanje JAZMP pri razvoju seznama nujno potrebnih zdravil,
- sodelovanje v EU iniciativah na področju regulacije cen zdravil.

Implementacija modela – najvišje dovoljene cene zdravil

V RS se z aktualnim cenovnim modelom določajo najvišje dovoljene cene (NDC) zdravil. Določajo se na ravni prometa na debelo (prodajne veletrgovske cene CIP kupec). Osnova za določitev NDC je primerjalna cena zdravila, ki je preračunana iz javno dostopnih podatkov o cenah zdravil na treh primerjalnih trgih (ZRN, Francija in Avstrija). V strukturnem pogledu je primerjalna cena določena na ravni proizvajalčeve cene. Predpis pri tem določi, kakšen sme biti največji dovoljeni delež primerjalne cene (tim. vrednost proizvajalčevega elementa cene v RS, PEC). Originalna zdravila lahko dosežajo vrednost PEC 100 % primerjalne cene, le-ta pa je tista, ki je najnižja izmed treh preračunanih cen na primerjalnih trgih.

Generična zdravila za razliko od originalnih dosežajo lahko največjo vrednost PEC 82 % primerjalne cene, ki pa je v tem primeru preračunana iz povprečja med najvišjo in najnižjo ceno generikov na primerjalnih trgih. Pri generikih na slovensko ceno tako vplivajo cene generičnih zdravil različnih proizvajalcev. Namesto najnižjih cen generikov na teh trgih pa je upoštevano povprečje cen, s čimer naj bi se upoštevale razlike v lastnostih velikih primerjalnih trgov in majhnega slovenskega. Pogosto so najnižje cene generikov na velikih primerjalnih trgih bistveno nižje od 82 % omenjenega povprečja. Razlogi za to so poleg delovanja

⁸ Zakon o zdravilih (Uradni list št. 31/06 in 45/08).

⁹ Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS št. 97/08, 99/08 popr in 08/09).

ekonomije obsega tudi in predvsem prisotnost bistveno večjega števila konkurenčnih dobaviteljev, generičnih proizvajalcev in paralelnih uvoznikov, na teh trgih. Večji EU trgi imajo za ekonomsko najzanimivejša zdravila lahko tudi 5-10 krat več konkurenčnih paralelnih dobaviteljev kot slovenski. Poleg tega je za slovenski trg značilna slaba oziroma otežkočena penetracija novih dobaviteljev zaradi močne umeščenosti tradicionalnih dobaviteljev.

Delovanje področja se na ravni določanja najvišjih dovoljenih cen zdravil financira iz proračuna RS. Najvišje dovoljene cene zdravil se preverjajo 2x letno. Postopek pri vsakem zdravilu vključuje preverbo ca. 30 strokovnih in tehničnih podatkov. Preverjajo se tudi cene zdravil, za katere v vlogah niso bile sporočene spremembe. Določitev NDC je predpogoj za vzpostavitev nižje dogovorne cene za nosilce zdravstvenega zavarovanja in za kupce zdravil, katerih zdravstveni programi se financirajo iz javnih sredstev.

Med glavnimi dosežki v komuniciranju JAZMP s strokovno in splošno javnostjo na področju cen velja omeniti zvezno objavo vseh reguliranih cen zdravil na spletišču JAZMP (v letu 2009 skupaj 18 objav za ca. 4000 zdravil)¹⁰, letošnji strokovni seminar o cenah zdravil in razvite mehanizme spletne komunikacije z zavezanci in z drugimi deležniki.

Implementacija cenovnega modela – izredne višje dovoljene cene

V RS predpisi s področja cen zdravil na ravni cen v prometu na debelo poleg določanja najvišjih dovoljenih cen (NDC) omogočajo tudi določitev izrednih višjih dovoljenih cen. Le-te predlagatelj omogočajo sistemsko priznanje in uveljavitev dodane vrednosti in z njo višje cene njihovih zdravil v primerih, ko jim zaradi majhnosti in drugih značilnosti trga RS NDC ne omogočajo oskrbe trga. Upravičenost podane zahteve oziroma obstoj dodane vrednosti zdravil v tej skupini, v obsegu pribl. 10 % vseh javno financiranih zdravil, ugotavlja stalna ko-

misija za zdravila pri JAZMP, ki o primernosti določitve izredne višje dovoljene cene podaja strokovno mnenje na podlagi svoje ocene javnega interesa, tveganja za nemoteno preskrbo prebivalstva in izida svojega ocenjevanja farmakoekonomskih parametrov in podatkov o relativni terapevtski vrednosti zdravila.

Postopek pri vsakem zdravilu vključuje preverbo ca. 60 strokovnih in tehničnih podatkov iz vloge in iz strokovne literature ter proučitev obsežne dokumentacije, ki vključuje farmakoekonomske oziroma njim analogne druge finančnoekonomske podatke, farmakoepidemiološke oziroma njim analogne druge podatke o uporabi zdravila v zdravstvenih sistemih, podatke o razponu EU/EGP cen danega zdravila in druge utemeljitve zavezanca o upravičenosti predlagane IVDC. Pri določanju izrednih višjih dovoljenih cen na njihovo višino vplivajo njihova ugotovljena dodana vrednost, izražen javni interes ter ocena tveganja zaradi morebitnega odhoda s trga kot tudi velikost tarčne populacije bolnikov, ki temelji na strokovnih smernicah in mednarodni usklajenosti.

Postopki vključujejo pripravo formalnega mnenja omenjene Komisije za zdravila za pripravo mnenj za določanje izrednih višjih dovoljenih cen zdravil. Redne seje potekajo enkrat mesečno. Po potrebi se seje izvajajo tudi v korespondenčni obliki. Svoje mnenje o primernosti določitve IVDC Komisija podaja na podlagi svoje ocene javnega interesa, tveganja za nemoteno preskrbo prebivalstva, izida svojega ocenjevanja farmakoekonomskih parametrov, vrednotenja podatkov o relativni terapevtski vrednosti zdravila in porabi zdravila ter na podlagi analize podatkov o cenah danega zdravila v EU/EGP državah. V letu 2010 se pričakujejo predlogi dobaviteljev za ohranitev večjega dela IVDC in sproten priliv novih vlog, skupaj pribl. 300 vlog za skupaj pribl. 500 zdravil za nova oziroma predhodno obravnavana zdravila.

Za vloge na področju cen je značilen visok delež (ca. 70 %) nepopolnih vlog. Med razvojne naloge JAZMP v letu 2010 poleg izobraževanja strokovnjakov spadajo mehanizmi in orodja za sprejem in obdelavo elektronskih vlog (relacija zavezanec-JAZMP-Komisija), redna mesečna objava IVDC zdravil na spletišču JAZMP. Razviti so bili mehanizmi spletne komunikacije z zavezanci, člani Komisije za izvedbo rednih plenarnih in rednih ter izrednih korespondenčnih sej ter z zunanjimi izvedenci (RSK, klinike in specialisti medicinskih kliničnih strok) na podlagi določb 20. člena Pravilnika o določa-

¹⁰ JAZMP spletna objava cen zdravil, http://www.jazmp.si/files/farmakoekonomika/cene_2007hist.htm

JAZMP spletna objava podatkov na podlagi določb 44. Člena ZZdr-1 http://www.jazmp.si/files/farmakoekonomika/44/44_objava_HUM_prenehanja_motnje.pdf

nju cen zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS števil 97/08, 99/08 popr in 08/09) za pridobivanje dodatnih mnenj o javnozdravstvenem interesu za posamezna zdravila, ter z drugimi deležniki.

Spremljanje prisotnosti zdravil na trgu

Dovoljenje za promet z zdravilom še ne pomeni dejanske prisotnosti zdravila na trgu. Ta je odvisna od poslovne odločitve imetnika dovoljenja, enako tudi morebitni odhod zdravila s trga. Prisotnost zdravil na trgu in določanja cen in dostopa do javnega financiranja so zato v medsebojni sovisnosti. Slovenija spada med EU države, v katerih se (tudi zaradi razmeroma restriktivne politike politike cen in tudi zaradi majhnosti trga) dobavitelji odločajo za prihod na trg najpozneje. Zamiki v prihodih posameznih zdravil lahko trajajo od nekaj mesecev do nekaj let. Poleg določanja cen zato na JAZMP potekajo tudi aktivnosti spremljanja zdravil na trgu. JAZMP letno obravnava približno 300 poročil s podatki o prihodih zdravil na trg, o motnjah v preskrbi in o prenehanju oskrbovanja trga v skladu z določbami 44. člena Zakona o zdravilih (Uradni list števil 31/06 in 45/08). JAZMP skrbi za zvezno objavo in sporočanje teh podatkov naslovnikom in javnosti, kar je bistvenega pomena pri zagotavljanju nadomestnih zdravil za ohranitev nemotene preskrbe. Področje je dejavno tudi pri vzdrževanju evidence preko 1000 centralizirano avtoriziranih zdravil, na ravni njihove v Republiki Sloveniji pridobljene delovne šifre in EAN koda ter režima izdaje. Ta zdravila, ki so pridobila dovoljenje za promet s centraliziranim EU postopkom s tem izpolnijo pogoje za prihod na naš trg, medtem ko je njihov dejanski prihod na trg odvisen od poslovnih odločitev dobaviteljev. Vse našete aktivnosti imajo pomemben vpliv na delovanje trga in na učinkovitost JAZMP pri zmanjševanju tveganja zaradi napovedanih ali nastalih motenj v preskrbi z zdravili in pri zagotavljanju sistemskih pogojev za preskrbo trga z nadomestnimi zdravili. S tem v zvezi je JAZMP nedavno pripravila navodilo za uporabnike zdravil s pojasnili o obveznostih dobaviteljev zdravil in možnostmi za prijavo kršitev teh obveznosti.

Sistem medsebojno zamenljivih zdravil in sodelovanje JAZMP pri pripravi seznama nujno potrebnih zdravil

JAZMP pripravlja četrletne sezname medsebojno zamenljivih zdravil (MZZ). Aktualni veljavni seznam vključuje preko 1500 zdravil z 91 učinkovinami, kar skupaj predstavlja približno tretjino vrednosti trga zdravil. Naš sistem MZZ je primer uspešne implementacije politike generičnih zdravil, ki je v RS potekla leta 2003 in je vse do danes bistveno prispevala k prihrankom javnih sredstev za zdravila. Številne države v EU so šele leta kasneje pričele uvajati podobne ukrepe. Generična politika je trenutno ena vodilnih tem na EU ravni in zanjo je trenutno značilna tudi izrazita podpora Evropske komisije.

Kljub temu se po sedemletnem uspešnem delovanju sistema MZZ tudi pri nas pojavljajo vprašanja o njegovi nadgraditvi z dodatnimi ukrepi, npr. s predpisovanjem zdravil s splošnimi imeni (generično predpisovanje). Pomembno je upoštevati, da zdravnikovo predpisovanje zdravil s splošnimi imeni samo po sebi ne prinaša učinka, če ni hkrati povezano s sistemsko izbiro zdravila, ki je uporabniku izdano v lekarni. V EU nekateri sistemi zdravstvenega zavarovanja uvajajo rešitve, kjer dobavitelji ponudijo ugodne cene in popuste neposredno zavarovalnicam, le-te pa zavezujejo distribucijsko mrežo, da njihovim zavarovancem v določenem obdobju dobavlja izključno izbrana konkurenčna zdravila. Morebitna preslikava tovrstnega sistema v naše razmere bi zahtevala določene prilagoditve. JAZMP je v letu 2009 sodelovala pri pripravi predloga predpisovanja zdravil s splošnimi imeni, ki so ga za Ministrstvo za zdravje pripravile tri institucije (JAZMP-ZZZS in IVZ). Po drugi strani pa je zaradi tveganj, ki jih prinaša majhnost trga, v RS neizogiben tudi mehanizem, ki nekaterim tržno nezanimivim zdravilom, ki so sicer nujno potrebna za zdravstveno varstvo prebivalstva RS, omogočimo pravni status in prisotnost na trgu na način, da jim namesto dovoljenja za promet izdamo dovoljenje za uvoz. Imetnik le-tega je praviloma veletrgovec. Tri do štirikrat letno JAZMP pripravi predlog dopolnitev ministrovega seznama nuj-

no potrebnih zdravil, na katerem je trenutno okrog 80 učinkovin. Pri tem si JAZMP prizadeva za ohranitev zdržnega pristopa k uvrščanju neavtoriziranih zdravil na ta seznam in hkrati za njegov strateški razvoj. Tudi ta zdravila imajo regulirano ceno.

Medinstitucionalne in mednarodne aktivnosti

Na medinstitucionalni ravni delovanje področja se v letu 2010 predvideva nadaljevanje dela na podlagi zgoraj omenjenega predloga predpisovanja zdravil s splošnimi imeni. Na mednarodnem področju se predvidevajo predvsem aktivnosti v okviru Transparenčnega odbora v okviru teles Evropske Komisije ter v EU projektih na področju zdravil v INFOPRICE, mreženju pristojnih organov in projektih kot je PPRI in v koordinaciji Ministrstva za zdravje v projektu PHIS, kot tudi delo JAZMP v vlogi sodelujočega partnerja v Joint Action HTA projektu Evropske Komisije in vabljeni nastopi strokovnjakov Sektorja na strokovnih sestankih.

Učinki cenovnega modela

V obdobju marec 2009 – februar 2010 pri 3429 zdravilih v evidencah JAZMP cena znižala 1550 zdravilom (povprečni indeks cene 0,88) in zvišala 422 zdravilom (povprečni indeks cene 1,28), pri ostalih pa je cena ostala nespremenjena in je v primeru NDC lahko vodila do nižjih dogovornih cen.

Aktualni cenovni model je po podatkih, dostopnih JAZMP v omenjenem obdobju marec 2009 – februar 2010 ustvaril prihranke javnih sredstev v višini 24,4 MIO EUR, kar znaša ca. 8 % javnih sredstev za zdravila. K temu so bistveno prispevale dogovorne cene, ki jih zdravstvena zavarovalnica in kupci zdravil (npr. bolnišnice) dosegajo pri zdravilih, ki imajo sicer določeno najvišjo dovoljeno ceno in aktivnosti Ministrstva za zdravje. Mehanizem izrednih višjih dovoljenih cen pa je dodatno obremenil javna sredstva za ca. 1,68 MIO EUR, kar je manj kot 0,5 %. Ugotovljeno je bilo, da je pri originalnih zdravilih bila povprečna IVDC z indeksom 1,25 višja od NDC ostalih originalnih zdravil. Pri

generičnih zdravilih pa so zdravila z IVDC bila z indeksom 0,25 povprečne NDC ostalih generičnih zdravil. To kaže, da je mehanizem IVDC pri generikah zajel večinoma le nizkocenovna generična zdravila.

Mehanizem IVDC nekatera zdravila, ki bi sicer zapustila trg, ohranja na našem trgu tudi zaradi vidnosti slovenskih cen v mednarodnem prostoru, kjer je za proizvajalce očitno nesprejemljivo, da bi majhni slovenski trg kritično vplival na cene zdravil na bistveno večjih trgih, ki uporabljajo slovenske cene v svojih modelih.

Kljub temu je po letu in pol implementacije aktualnega modela že čas za njegovo revizijo in za pripravo dodatnih ukrepov, ki bodo omogočili dodatne razbremenitve javnih sredstev. Pri tem bo potrebno ohranjati kvaliteten nabor zdravil na slovenskem trgu ob razumnih cenah, kar velja tako za originalna kot za generična zdravila.

Trendi v EU in možnosti razvoja cenovnega modela v RS

Usmeritve glede statutarnih sprememb na področju določanja cen zdravil so v pristojnosti Ministrstva za zdravje, pri iskanju možnih rešitev pa sodeluje tudi JAZMP. JAZMP zagovarja evolutivno dograditev meril in postopkov za določitev IVDC, nadaljno širitev sistema medsebojnih zdravil ter implementacijo primernege modela predpisovanja zdravil s splošnimi imeni, ki bi povečeval stopnjo konkurenčnosti pri generičnih zdravilih in s tem znižanje njihovih cen. Trenutno je namreč umestitev cen originalnih zdravil v primerjavi z generičnimi na EU ravni za Slovenijo ugodnejša.

Področje regulacije cen je le en del systemskega vpliva na zdravila na trgu. Enako ali še vplivnejše je lahko področje razvrščanja zdravil na liste, ki predstavlja dokončno odločitev sistema o tem, ali je pripravljen javno financirati zdravilo za dano ceno. V kolikor pa zdravilo nima cene, ne more biti v prometu in ga ni na trgu. Za razliko od tega, če nima razvrstitve, je lahko še vedno na zasebnem trgu in je vsaj v tem delu dostopno zainteresiranim uporabnikom. Najnovejši ukrepi v državah EU/EGP, ki jih je najbolj prizadela gospodarska kriza, zato kot najučinkovitejši ukrep največkrat vključujejo revizije in zožitve list zdravil.



OBČINA BREŽICE

KULTURA IN NARAVA Z ROKO V ROKI

Zaobljeni griči, obrobje Gorjancev, zeleni svet ob sotočju Save in Krke, vinogradi, vode in gradovi – občina Brežice je kraj, kjer se stikajo svetovi. Bogastvo naravne in kulturne dediščine plemeniti razvoj turizma in storitvenih dejavnosti. Občina Brežice spada med večje občine, po zadnjem popisu tu prebiva 24.473 prebivalcev, ki živijo v 109 naseljih (20 krajevnih skupnostih). Ima zelo pomembno geostrateško lego. Tu poteka pomembna cestna in železniška povezava. Tudi meja je pomemben dejavnik, ki predstavlja desetino vse meje s sosednjo državo Hrvaško.

Posebnosti brežiške občine

V brežiški občini si lahko ogledate mnoge posebnosti – repnice, škrate Čateža, gnezdišče čebelarja, ptiča, ki prezimi v Afriki, spomladi pa se vrača, pri ogledu etnografske zbirke in kovaškega muzeja pa se bodo časovna kolesja zavrtela za nekaj sto let nazaj. V Pišecah vam bodo ponosni domačini razkazali izvir Gabernice in mline na njej, domačijo in spominsko zbirko Maksa Pleteršnika ter grad z bogatim grajskim parkom, športniki pa bodo našli nekaj zase v Športno-rekreacijskem centru Grič.

Turizem in storitvene dejavnosti

Občina Brežice ima odlično geostrateško lego in odlične naravne danosti, kar je osnovni pogoj za razvoj turizma. Brežice so že stoletja staro stičišče osrednjih in južno evropskih poti. Bližina hrvaške prestolnice in dobre prometne povezave s Hrvaško pomenijo vrata Slovenije proti Balkanu. Načrtovanje obvoznice, širitev civilnega letališča, ureditev industrijske cone Brezina ter načrtovani logistični center projekta Feniks ponujata Brežicam nove možnosti razvoja.

Mesto Brežice

Stari del mesta je s prenovljeno glavno ulico zgodovinski biser arhitekture, vreden ogleda in sprehoda do mogočnega brežiškega gradu. V njem je čudovita viteška dvorana, ki je namenjena najvišjim kulturnim in protokolarnim prireditvam, kot so Festival Seviq Brežice, mogoče pa jo je tudi najeti za pravljično poroko.

Vsem, ki vas je zamikalo obiskati deželo »kjer so jutra bliže soncu« svetujemo, da za več informacij pokličete na Zavod za podjetništvo in turizem (07 49 90 680) ali si ogledate spletni strani www.zpt-brežice.si in www.brežice.si.





Pot do zdravja

Naš cilj so zdravi in srečni ljudje. Smo veletrgovnica za prodajo zdravil z najširšo ponudbo izdelkov za humano in veterinarsko medicino v Sloveniji. Odlikujejo nas hitrost, varnost in zanesljivost. Svoje delo opravljamo srčno in predano. Prav zaradi tega nam zaupajo številne lekarne in bolnišnice ter druge zdravstvene in veterinarske ustanove.

Zavedamo se, da nam prihodnost ponuja nešteto izzivov. Premagamo jih lahko z nenehnim izpopolnjevanjem. S kakovostnimi storitvami in s široko izbiro zdravil ter drugih izdelkov bomo zaupanje svojih kupcev opravičevali tudi v prihodnje!

01 470 98 00 | www.kemofarmacija.si

