

Brez načrta težko do cilja!

"Ni dovolj vedeti, ni dovolj želeli, moraš tudi storiti." Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832).

## Dolgoročni načrt preobrazbe slovenskega zdravstva– Izhodišča

Ljubljana, 27.8.2024

*Izhodišča za Dolgoročni načrt preobrazbe slovenskega zdravstva so namenjena v pomoč odločevalcem v zdravstvenem sistemu, v Vladi, DZ in tudi drugim, v ki si želijo pozitivnih sprememb in imajo vpliv.*

Priprava na bodočnost je v današnjem hitro se spreminjajočem svetu ključna. Načrtovanje in udejanjanje načrtov so ključne aktivnosti v vsaki organizaciji, tudi v organizaciji z imenom slovenski zdravstveni sistem in so naloga upravljalcev le tega. Če so pravilno zastavljene in izvedene, bodo dale pričakovane rezultate. Formalna načrtovanje daje številne koristi, kot so sistematično razmišljanje, boljša koordinacija, jasni cilji, izboljšanje delovanja in vključenost izvajalcev.

PROCES NAČRTOVANJA: Strategija - Dolgoročni načrt - Letni načrti. Vsaka organizacija mora razumeti razlog svojega obstoja, potrebe in želje odjemalcev ter potem določiti dolgoročno usmeritev. Strateško načrtovanje je, kot del celovitega upravljanja, vseobsežno, dolgoročno in skladno načrtovanje organizacijskih aktivnosti ter obsega za organizacijo najpomembnejša področja; obsega vse dejavnosti in dele organizacije ter okolja, ki vplivajo na organizacijo; obsega tekoče (letno) načrtovanje kot sestavino njenega razvojnega (večletnega) načrtovanja; je drsno in pregledano dovolj pogosto glede na dinamično delovanje organizacije in na spreminjanje (vplive) okolja. Sprejeta strategija je potem vhod v Dolgoročni načrt, ki je potem vhod v Letne načrte, kot neločljivi del Demingovega kroga PCDA: Načrtuj, Naredi, Preveri, Ukrepaj, na vseh nivojih sistema.

Bele knjige. Po definiciji je »bela knjiga« vladni dokument, ki pojasnjuje vladno politiko do določenega vprašanja ali načrtovano zakonodajno ukrepanje, v poslovnem svetu ta izraz označuje dokument, ki ga so ga sestavili strokovnjaki s področja, ki naročniku opiše priporočila reševanja za izbrano področje. Torej to ni načrt reševanja problematike, ampak priporočilo.

»Priložnost zamujena, ne vrne se nobena«. Slovenski pregovor.

STRATEGIJA preobrazbe: Po že prehojenih evropskih poteh, posebno v sosednji vrednostno nam podobni Avstriji, do celovitih preverjenih rešitev za preobrazbo zdravstvenega sistema. Do cilja je lažje po prehojenih označenih poteh, zato imamo tudi markacije na planinskih poteh.

»Program belgijskega predsedstva določa prednostne naloge in glavne usmeritve belgijskega predsedovanja Svetu EU. Pod belgijskim predsedstvom se bo zdravstveno področje vrtelo okoli treh glavnih tem: pripravljenost, oskrba in zaščita. Predsedstvo bo poudarilo pomen krepitve odpornosti EU na prihodnje grožnje zdravju s krepitvijo kriznega upravljanja, podpiranjem sistemov zdravstvenega varstva in izboljšanjem varnosti oskrbe z zdravili. Na ta način bo belgijsko predsedstvo predstavilo prednostne naloge za naslednje zakonodajno obdobje Evropske unije. »

Belgijski mandat je trajal od 1. januarja do 30. junija 2024

NAČRT - Dolgoročni načrt po sodobnem pristopu. Potreben pogoj za preobrazbo zdravstvenega sistema je definicija celovitega dolgoročnega načrta na osnovi potreb prebivalstva po zdravstveni oskrbi ter posledično prostorskega, kadrovskega in finančnega načrtovanja, usklajenega med vsemi sodelujočimi v zdravstveni dejavnosti, ob upoštevanju kriterijev potrebnih za kakovostno in varnostno obravnavo pacientov, kar dokazujejo dosedanji neuspešni poizkusi!

Strukturiran razmislek po korakih je nujen za skladen in celovit dolgoročni načrt za uspešno posodobitev zdravstvenega sistema, podrobnosti v knjigi Sarv Singh Soan »Total Quality Essentials«:

ROBNI POGOJI – Mednarodno okolje sistema in njegovo stanje. Zdravstveni sistem se od ustanovitve države ni ustrezno posodabljal. Temelji na zastareli zakonodaji na tem področju, na več desetletij starem osnovnem zakonu o zdravstveni dejavnosti. Medtem, ko se je gospodarstvo z vstopom v EU prilagodilo tržnim zakonitostim, so vzorci obnašanja, organiziranost in upravljanje zdravstvenega sistema ostali nespremenjeni. Zdravstvo ob slabi organizaciji, lokacijski in strokovni razdrobljenosti, ob razvoju medicine, staranju in zahtevnosti populacije, zahteva vse več virov in posledično več denarja, kar je ravno obratno kot na avtomobilskem trgu »Več za Manj« (»Less for More«). S pristopom v EU smo se zavezali k omejeni javni porabi. Ker je poraba javnega sektorja omejena, je torej možna le prerazporeditev denarja med posameznimi področji in v okviru le teh. To pomeni, če nek del dobi več, mora drugi del dobiti manj. Prekomerno povečanje davkov podjetjem zmanjša njihovo konkurenčnost, zmanjša njihov zaslužek in s tem je manj priliva za potrebe javnega sektorja. Od maastrichtskih kriterijev naprej je bilo sprejetih vrsta uredb in dogovorov na ravni EU, ki ta pravila določajo bistveno bolj podrobno in omejujoče. So tudi v slovenski ustavi. Študija svetovalnega podjetja AT Kearney »The EUs Public Sector Spending Problem« govori o tem razkoraku. SMER - Dolgoročna usmeritev: Namen, Poslanstvo, Vizija in Skupne vrednote. Preden začnemo sam proces načrtovanja je potrebno jasno opisati dolgoročno usmeritev, spisek glavnih razlogov za obstoj zdravstvenega sistema, kar postavi okvir odločanja, ko vrednotimo potrebe populacije po segmentih z razpoložljivimi viri ter vrednostno ponudbo za skladnost prizadevanj. Uporabljena metodologija opisana v knjigi Jim Collins in Jerry I.Porras »Built to Last«: Namen sistema je celovita skrb za zdravje posameznikov, družin in prebivalstva, skozi njihovo celotno življenjsko obdobje na učinkovit in profesionalen način ob gospodarni rabi vseh potrebnih virov.

Poslanstvo skupine preobrazbe je oblikovati, uveljaviti in na ravni izvršne oblasti izvesti ključne celovite ukrepe s delitvijo dela in s tem specializacije, z ločitvijo regulative, upravljanja in zdravljenja ter zavarovanja. Zagotoviti stabilno financiranje preobrazbo zdravstvene blagajne predvsem s povečanjem učinkovitosti ter zagotoviti potrebne dodatne prilive ob primerljivih obremenitvah državljanov in gospodarstva z EU. Cilj je postaviti vitko in učinkovito delovanje zdravstvenega sistema zavezano načelu subsidiarnosti, ki bo osredotočena na potrebe državljana pacienta ob nujni centralizaciji skupnega.

Vizija sistema so kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene storitve usposobljenega in motiviranega osebja v stimulativnem delovnem okolju na osnovi medsebojnega zaupanja in spoštovanja. Potrebne informacije za pretekle in sedanje zdravstvene obravnave so takoj samo dostopne tistim, ki jih potrebujejo; enako vsi podatki za učinkovito upravljanje organizacijskih enot in celotnega sistema ter za njihovo optimizacijo procesov. Organizacijske enote so upravljane skladno s sodobnimi pristopi upravljanja, njihovo osebje je stimulirano za svoje dobro delo. Vsak posameznik in družina si lahko poleg osnovnega zavarovanja izbira dodatno na osnovi svojih potreb. Financiranje je stabilno in pregledno ter uravnoteženo glede na želje in zmožnosti gospodarstva. Pri čemer vsak posameznik najprej poskrbi za svoje zdravje.

Naš predlog skupnih vrednot je naslednji:

Gojimo zaupanje in spoštovanje do posameznikov, osebja in pacientov. Verjamemo, da ljudje želijo opraviti dobro delo in bodo to tudi storili, če imajo na voljo ustrezno opremo in podporo.

Prepoznamo njihov trud in prispevek in so del uspeha, ki ga omogočajo.

Skupne cilje dosegamo s skupinskim delom. Zavedamo se, da lahko svoje cilje dosežemo le z učinkovitim sodelovanjem posameznikov in organizacijskih enot zdravstvenega sistema. Naša zaveza je delovati kot enotna ekipa, da bi celovito izpolnili pričakovanja naših pacientov, katerega življenje je odvisno od našega dela.

Osredotočeni smo na visoko raven dosežkov in prispevkov. Naši pacienti pričakujejo, da so naše storitve najvišje kakovosti in varnosti ter zagotavljajo trajno vrednost. Pacient je v ospredju vseh naših dejavnosti, zato mora vse zdravstveno osebje vedno iskati nove in boljše načine za opravljanje svojega dela.

Spodbujamo fleksibilnost in inovativnost. Ustvarjamo vključujoče delovno okolje, ki podpira potrebno raznoliko strokovnost našega osebja in spodbuja inovativnost. Prizadevamo si za jasne cilje, ki ljudem omogočajo prožnost pri doseganju le teh na načine, ki jih sami določijo kot najboljše. Vsak posameznik mora osebno prevzeti odgovornost za svoj osebni in profesionalni razvoj ter tudi spodbujati svoje sodelavce pri tem, da nadgrajujejo svoje veščine in sposobnosti s stalnim usposabljanjem in razvojem. To je še posebej pomembno v medicini, kjer je stopnja napredka hitra in kjer se pričakuje, da se bodo ljudje prilagajali spremembam v dobrobit svojih pacientov v okviru možnosti.

Svoje delo opravljamo z brezkompromisno poštenostjo. Pričakujemo poštenost, profesionalnost in odgovornost pri svojem delu na vseh nivojih zdravstvenega sistema s ciljem pridobivanja zaupanja pacientov, sodelavcem in celotne javnosti. Spoštovanje najvišjih etičnih standardov se prenaša iz ene generacije zaposlenih v drugo.

Razvoj na osnovi tradicije in potreb pacientov. Zdravstveni sistem gradimo na osnovi evropske in domače tradicije, tudi izkustvenega razmerja med javnim in privatnim. Sodobne pristope zdravljenja uvajamo na osnovi potreb in želja prebivalstva. Spodbujamo nove upravljske pristope, tehnologije, raziskave in inovacije, ki so ključne za zagotavljanje trajnostnega razvoja zdravstvenega sistema kot dolžnost do prihodnjih generacij, da jim predamo enake ali celo boljše možnosti, kot jih uživamo sami, tudi z zagotovitvijo zdravih javnih financ in ohranjanjem zdravega okolja.

CILJI: Določitev Petletnih ciljev in Ključnih dejavnikov uspešnosti je preslikava dolgoročne umeritve v dosegljive cilje posameznih organizacijskih enot; opis ključnih dejavnikov uspešnosti je osnova za njihove akcijske načrte.

Naš predlog ključnih dejavnikov uspešnosti:

Potrebna je sprememba zakonodaje za ločitev regulativne in upravljske vloge; ministrstvo za zdravje postane regulator in nadzornik izvajanja, upravljanje prevzamejo izvajalci po principu subsidiarnosti.

Profesionalizacija upravljanja in nadzora. Upravljanje zavoda, posebno večjih, zahteva sposobnega in usposobljenega generalnega direktorja z referencami organizacije podobne velikosti ter podobne kompleksnosti z več letnimi izkušnjami. Nujna je njegova popolno osredotočenost na vodstvene naloge. Potrebno doreči odgovornost članov sveta do poslovanja zavoda.

Uvedba sodobnega, v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema za optimiziranje delovnih procesov, kadrovske izzivov, kakovosti in varnosti izvajanja storitev, ki bo dal ustrezne podatke za meritorno nagrajevanje in omogočil optimizacijo mreže, saj je bila obstoječa definirana na osnovi več desetletij starega cestnega omrežja. Brez tega ne bo napredka (zglede Univerza v Ljubljani).

Centralizacija skupnih služb, saj njihova kadrovska razdrobljenost ne omogoča profesionalnega dela. Enako velja za njihova vodstva in svete s potrebnimi kompetencami iz managementa, ko so pred več kot desetletjem realizirali v sosednji Avstriji (primera Združenje bolnišnic Avstrijske Koroške in Združenje bolnišnic avstrijske Štajerske).

Preoblikovanje zdravstvene blagajne v zdravstveno zavarovalnico skladno z dobrimi praksami v nam primerljivih državah EU z prevetritvijo obveznega in omogočiti pravo dodatno zavarovanje za različne potrebe zavarovancev, saj je očitna potreba po iskanju novih ali vsaj drugačnih virov za nemoteno

delovanje zdravstvenega sistema. Nujno potrebno je v zavarovalni sistem dodati tudi obvezno socialno zavarovanje za dolgotrajno nego in oskrbo.

Principi nagrajevanja naj bodo prilagojeni specifikam oz. načinu dela po nivojih v zdravstvu: osebnega zdravnika – usmerjenost na pacienta, bolnišnic – obravnavanje podobnih primerov in tudi akademskih – težki primeri in izobraževanje in nagrajevanje.

Nov univerzitetni center in medicinski kampus naj se izgradi na ljubljanski obvoznici. S pripravami projekta, ki običajno traja desetletje, je potrebno začne čimprej, kar je tudi neuslišana pobuda Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Popravljanje starih stavb je neučinkovito in moti procese dela. Hkrati bo projekt novega centra dal nov zagon najzahtevnejši težki kompleksni medicini in raziskovalno pedagoški dejavnosti.

Uskladiti vpis za zdravniški poklic glede na predvidene potrebe s povečanjem njegove zanimivosti, saj je interes za medicino v državah EU v upadanju (obremenitve, stres, grožnje). Poleg znanja je potrebno pri vpisu upoštevati tudi osebnostne lastnosti, kot pravi sodobna kadrovska stroka ter posodobiti in diferencirati proces izobraževanja.

POTREBE populacije, ustrezne zdravstvene storitve in potrebni viri. Na osnovi podatkov iz segmentacije populacije skozi celotno življenjsko obdobje, izhajajo njihove sedanje in bodoče potrebe zdravstvenih storitev ter potrebni človeški in materialni viri za njihovo izvajanje. Upoštevati je potrebno tudi priporočila WHO o minimalnem obsegu zdravstvenih storitev za varno obravnavo pacientov.

Na osnovi podatkov in ocenjenih trendov je potrebno razdelati ključne sedanje in bodoče potrebe populacije po segmentih potrebnih zdravstvenih in tudi zavarovalniških storitvah:

Prvi segment - Rojstvo. Po vsem EU-ju se rojevajo otroci, zato bi bilo zanimivo primerjati zdravstvene storitve za nosečnice, njihov obseg in tudi kdo jih izvaja. Primerjava med Slovenijo in Finsko kaže razkorak pri številu in tudi pri izvajalcih. Enako za ostale zdravstvene storitve po življenjskem obdobju pacienta itd.

Potrebno upoštevati demografske spremembe. Deloma je breme bolezni povezano z demografskimi spremembami, ki bodo imele velik vpliv na prihodnji razvoj družbe in tudi na kakovost življenja. Povečuje se število starejših od 65 let, rodnost ostaja nizka, delež prebivalstva v starostni skupini 20–64 let, kar je sedanja opredelitev delovno sposobnega prebivalstva, pa upada. Delež prebivalstva, starejšega od 65 let, se bo s približno 19 % v letu 2017 do leta 2060 povečal na približno 30 %.

Ob tem se v bližini mest število zlasti mlajšega prebivalstva povečuje, zmanjšuje pa v oddaljenih in obmejnih območjih. To vpliva poleg pojavnosti bolezni tudi na dostopnost zdravstvene oskrbe, ter vrši znatne pritiske na finančno vzdržnost sistemov socialne in zdravstvene zaščite. Ob spreminjanju starostne strukture prebivalstva, naraščanju izdatkov za pokojnine, zdravje in dolgotrajno oskrbo ter ob naraščajočem obsegu negotovih oblik zaposlitev bo te potrebe še težje zadovoljiti kljub predlagani enovito urejeni dolgotrajni oskrbi. Brez spremembe sedanje ureditve, ki zajema tako procese znotraj zdravstva in organizacijo dela do načinov finansiranja, zdravstvenega sistema ne bo mogoče vzdržno financirati. Iz navedenih razlogov zdravstveni sistem potrebuje korenitejšo prenovu ustrezne človeške in materialne vire.

Ob napredku medicine je potrebno pripeljati zdravstveno osebje v bolnikovo bližino, bolnišnice pa specializirati, da bomo dosegli bolj kakovostno in varno obravnavo bolnika.

MERJENJE in ANALIZA. Obsega, kakovost in količino storitev, neljube dogodke, celotne stroške

zdravstvenega osebja, stroške materiala in opreme, vse investicije (tudi raziskave in razvoj), stroški upravljanja, investicij in amortizacije, itd. Finančna analiza posledic potrebnih človeških in materialnih virov za načrtovane zdravstvene storitve, kot tudi ocenjeni finančni prilivi in odlivi iz zdravstvene blagajne dajejo osnovo za odločitve, tudi glede obsega osnovnega zdravstvenega zavarovanja (košarica pravic) ter potrebnega dodatnega s ciljem boljšega izkoristka virov financiranja v dobro zavarovancev.

Merjenje je osnova za izboljšave zdravstvenih storitev, oceno delovanja zdravstvenih ustanov in celotnega zdravstvenega sistema. Merimo kakovost in varnost storitve za pacienta, gospodarnost uporabe finančnih virov, učinkovitost procesov ter razpoložljivost, motiviranost in usposobljenost zdravstvenega osebja, ob popolnem razumevanju stroškov in koristi (podrobnosti v Center for Medicare and Services, »Meaningful Measures«).

Obvladovanje stroškov. Za bolnišnice in zdravstvene sisteme, ki želijo analizirati finančno uspešnost, oceniti ali določiti cene, se uspešno pogajati z izvajalci storitev, optimizirati zavarovanja itd. je razumevanje temeljnih stroškov zdravstvenih izdelkov in storitev bistveno. Poznavanje stroškov omogoča odločanje na osnovi podatkov tako na taktični kot strateški ravni in je bistvenega pomena za prizadevanja bolnišnic in zdravstvenih sistemov za delovanja v okviru možnega. V zdravstvu obstaja veliko metod stroškovnega računovodstva, vendar sta dve metodologiji obračun stroškov na podlagi opravljenega dela in obračun stroškov na podlagi porabljenega časa najsodobnejši.

Sodobna informacijska tehnologija omogoča, da postane način plačevanja storitev točno in ne več pavšalno merljiv, transparenten, z največjo kakovostjo in varnostjo za bolnike ter z največjim možnim učinkom. Modeli na vrednosti temelječe zdravstvene oskrbe, (NaVTeZ - t.i. angl. »Value Based Health Care – VBHC«), so novi, a v svetu priznan način plačevanja zdravstvenih storitev. Te v slovenskem zdravstvenem sistemu plačujemo od leta 2004 po modelu SPP – skupin primerljivih primerov, pri čemer se kaže kot največji problem premajhna usmerjenost na dobrobit pacienta. Model plačevanja po SPP temelji na normiranju postopkov, ki jih je tipično potrebno izvesti za to, da zdravimo glede na določeno vrsto diagnoze. V teoriji bi SPP lahko deloval dobro, a bi zahteval vsakoletno prilagajanje in odzivanje. Ko sodobna informacijska tehnologije še ni bila razvita do te mere, da bi omogočala sledljivost vsakega postopka, tablete in kirurškega šiva, je bil tak način plačevanja storitev racionalen in razumljiv; danes nam sodobna tehnologija omogoča več. NaVTeZ je boljši model od SPP, saj že v osnovi upošteva ne le parametre kakovosti, ampak zlasti izide, pri tem je pomembno, da so v merilu PROM (del metodologije NaVTeZ) zajete tudi izkušnje in zadovoljstvo pacienta. S tem v sam plačilni model uvedemo usmerjenost k pacientu.

Na osnovi sprotnih natančnih podatkov iz v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema lahko potem optimiziramo:

Izplačila iz zdravstvene blagajne. Zgodovina zdravstvenega zavarovanja pove, da so stanovi plačevali različne vsote zdravstveno zavarovanje, da bi ta sredstva ločili o sredstev države pobrane z davki; ostanek tega razmišljanja je skupščina ZZS. Zdravstveni sistema naj bi porabil okoli 9% bdp-ja, kar je primerljivo z ostalimi v EU. Ali je res temu tako? Zdravstvena blagajna krije poleg zdravstvenih storitev, še nezgode pri delu, kar je v bistvu strošek dela in avtomobilska nezgode, specializacije in razvojne projekte, nesreče v gorah in pri adrenalinskih športih, poleg domačih tudi za ostale iz EU ter za hitrejšo obravnavo še plačila storitev iz žepa, zato je primerjava porabe z ostalimi državami v EU vprašljiva.

Cene zdravstvenih storitev. Izvajalcem v primeru manjših prilivov v blagajno (padec zaposlenosti) ZZS zniža cene zdravstvenih storitev, kar povzroči primanjkljaj bolnišnic. Včasih se njihove izgube za nazaj pokrije iz proračunskih rezerv, vendar ne redno. Bolnišnica s tem denarjem pokrije zaostanke plačil dobaviteljem. ZZS se ne pogaja z izvajalci za izvajanje zdravstvenih storitev na osnovi podatkih o kakovosti, varnosti in učinkovitosti.

Zdravstveno košarico – osnovne zdravstvene storitve. Kaj naj bo krito iz osnovnega zavarovanja in kaj iz dodatnega? Zanimive bi bile primerjave z ostalimi državami v EU, na podlagi katerih bi bil že čas, da se uredi to področje. Za tiste, ki jim čakanje na zdravstvene storitve povzroči bistveni izpad dohodka, bi morali imeti, kot v drugih državah, možnost dodatnega zavarovanja s hitrejšo storitvijo.

OVIRE - Kritični izzivi in Potencialni problemi. Ocena možnih zunanjih neljubih vplivov na naš zdravstveni sistem, oris glavnih možnih internih problemov z oceno njihove verjetnosti ter potrebne aktivnosti za njihovo preprečevanje in reševanje.

Kritični izzivi za nas so naslednji:

Temelj zdravstvenega sistema, pravno formalne rešitve, so zastarele. Osnovni zakon o zdravstveni dejavnosti ni posodobljen. Še vedno se uporablja že več desetletij začasna ureditev zavodov.

Zdravstveni sistem nima ustrezne jasne strukture in vloge organizacij ter posameznikov v njem. Nejasne so vloge in odgovornosti organov za delovanje sistema, ministrstva, svetov zavodov, sindikatov, zdravstvenih zbornic; posebno glede soglasij, članstva v nadzornih organih itd. Poslovne funkcije so nerazvite in sistem nima informacijskega temelja.

Pomanjkljiv nadzor kakovosti in varnosti samih zdravstvenih storitev kot tudi gospodarnost porabe finančnih virov, nabave in izkoriščenosti opreme ter materiala. Odsotnost v mrežo povezane sodobne poslovne informacijske rešitve, ki bi dala ustrezne podatke za ukrepanje v realnem času.

Zavod za zdravstveno zavarovanje zakupi kapacitete izvajalcev in ne plačuje opravljenih storitev. Rezultati takega načina planiranja so v ekonomiji znani že dolgo: pomanjkanje in čakalne vrste, ustvarjanje rent in korupcija, birokratizacija in obsesivni nadzor, iskanje načinov za delo mimo sistema, neučinkovita alokacija virov in nedenarna ekonomija.

Sistem je razdrobljen na preveliko število organizacijskih enot. To posledično pomeni razdrobljenost kadra, premajhen obseg storitev po izvajalcu, kar je nevarno za pacienta glede na zahteve kakovosti in varnosti, slabo izkoriščenost drage medicinske opreme z visoko amortizacijo, veliki fiksni stroške za obratovanje ustanov ter slabim nadzor nad njihovo učinkovito uporabo itd. Ne sledijo sodobnemu pristopu subsidiarnosti oblasti. Minister daje soglasje k imenovanju direktorjev zavoda, kakšna je potem odgovornost sveta zavoda?

Usposabljanje za zdravniški poklic je eno najdaljših v EU. Potrebna prevetritev izobraževanja kadrov v zdravstvu in ga narediti primerljivega z EU, prednostno v segmentih kadrovskega deficita. Izbira za študij medicine ne ustreza sodobnim zahtevam poklica (empatija, sodelovanje v timu, spoštovanje sodelavcev, sposobnost prenašanja stresa, zavezanost k odličnosti. V času študija je potrebno dati veliko več poudarka delu z pacienti. Posledica kazenskega odgovornosti zdravnikov, je defenzivna medicina, ki ima velik vpliv na čakalne dobe in povečevanje stroškov.

Vloga osebnega zdravnika izjemno pomembnega »vratarja« v zdravstvenem sistemu je močno ohromljena in v nasprotju z temeljnim namenom. Zaradi izjemnega pomankanja splošnih zdravnikov v primerjavi z EU, njihove preobremenjenosti tako z bolniki kot pretirano administracijo se vse več

bolnikov napotuje na specialistične in praviloma dražje obravnave. (Primer: na Nizozemskem naj bi bilo le 4% napotitev).

**PRIPOROČILA.** Skrb za zdravje je ena ključnih vrednot naše družbe, pri čemer je izjemnega pomena, da pristopamo celostno in naslavljamo ljudi v vseh življenjskih obdobjih. Z ustrezno preventivno in kurativno dejavnostjo zagotavljamo kakovostno, učinkovito, dostopno, varno, pravočasno, trajnostno naravnano, finančno vzdržno in pravično zdravstveno varstvo. S predstavljenimi vizijo in načrti za uresničitev, ustrezno organizacijo in zavezanostjo spremembam, lahko Slovenija naredi preskok iz zatečenega stanja. Priporočila v preteklosti so bila zapisana v tako imenovane bele knjige, manjkali pa so strukturirani načrti za njihovo udejanjanje.

Naša priporočila so naslednja:

Cilj posodobitve slovenskega zdravstvenega sistema so kakovostne, varne in učinkovite storitve na osnovi rešitev oz. dobrih praks iz EU, katerega del smo, posebno iz sosednje Avstrije s katero imamo skupno zgodovino/kulturo zaradi lažjega udejanjanja zastavljenega. Potrebna razdelitev dela med regulativo, upravljanjem in nadzorom ter za stabilno financiranje potrebno preobraziti zdravstveno blagajno v pravo zdravstveno zavarovalnico. Potrebna je razdelitev dela med regulativo, upravljanjem in nadzorom, za stabilno financiranje pa je potrebna preobrazba zdravstvene blagajne v pravo zdravstveno zavarovalnico. Za uspešnost preobrazbe na osnovi pravih v realnem času dostopnih podatkov za upravljanje in nagrajevanje je potrebno postaviti informacijski temelj v mrežo povezano poslovno bolnišnično informacijsko rešitev.

Za preobrazbo sistema je potrebna korenita sprememba in ne majhni popravki, saj desetletja ni bilo potrebnih izboljšav skladnih z razvojem panoge v svetu in je posledica entropija sistema. Potrebno je vedeti, da strateške izboljšave dajo 3 do 10 krat večji učinek kot operativne, katerih kakofoniji predlogov smo priča. Pri tem so nam lahko za zgled evropske države, kjer so zdravstveni sistem posodobljali postopoma, tekom več let, ob soglasju stroke in politike, na osnovi podatkov iz informacijskega sistema! Tak sistem bi potem z manjšimi popravki lahko prilagodili slovenskim razmeram (primer Avstrije).

Profesionalizacija upravljanja in nadzora. Ob poslušanju različnih strani v slovenskem zdravstvenem sistemu in tudi drugod po Evropi in svetu, menimo, da niso toliko problem pacienti s svojimi potrebami, niti zdravniki, ki le te potrebe strežejo. Niti niso politiki s svojimi kadrovskimi interesi. Niti ne dobavitelji, ki predvidljivo žele prodati čim več po čim višji ceni. Problem je popolna odsotnost stroke upravljanja, to je uprav in nadzornih svetov, popolnjenih z ljudmi, ki imajo 6 do 12 let izobrazbe in delovnih izkušenj vodenja zdravih kompleksnih zdravstvenih sistemov, tako kot imajo zdravniki 6 do 12 let izobrazbe in delovnih izkušenj zdravljenja kompleksnih zapletov pri pacientih. Preobrazba zavarovalništva. Zaradi povečanja stroškov zdravljenja je potrebno zagotoviti ob optimizaciji uporabe virov ter boljšega nadzora porabe vplačanih prispevkov tudi dodatna sredstva, zato predlagamo preoblikovanje zdravstvene blagajne v pravo zdravstveno zavarovalnico, ki bo poleg obveznega zavarovanja omogočila tudi dodatno zavarovanje glede na potrebe zavarovancev z jasnim opisom kritja zavarovanj ter omogočila tudi doplačila za nadstandardne storitve in hitrejšo obravnavo. Pri tem opozarjamo na rešitev zdravstvenega zavarovanja v sosednji Avstriji, kjer imajo tudi eno zdravstveno zavarovalnico in bi lahko najenostavneje nadgradili obstoječ način našega zdravstvenega zavarovanja.

Predlagamo preučitev naslednjih zgledov informacijskih rešitev:

Informacijska rešitev za več kot 8.000 uporabnikov na 26 fakultetah Univerze v Ljubljani. Univerza v Ljubljani je največja izobraževalna ustanova v Sloveniji. Po številu zaposlenih in letnih prihodkih sodi med 10 največjih organizacij v državi. Letno ustvari okoli 440 milijonov evrov prihodkov. Januarja 2023 je zaposlovala 6.347 oseb. Vpisanih študentov je okoli 40.000. Na Univerzi zbirajo tudi podatke o nekdanjih študentih, zato so v njenih informacijskih sistemih podatki že za okoli 250.000 različnih

oseb. Skupaj z zunanjimi sodelavci pa je uporabnikov sistema že 8.200: zaradi zunanjih sodelavcev, delno zaposlenih ali študentov na delu. Na Univerzi so nujno potrebovali nov, enoten sistem. Pogodba je bila podpisana februarja 2019. Junija 2020 so v rektoratu začeli s prvo implementacijo, evidenco časa, registracijo časa itn. Najprej je bil na vrsti rektorat, potem prva, druga in tretja članica posamično. Nato so implementirali sisteme skupinsko v 5 do 6 članicah. Zadnja skupina članic je vstopila v nov sistem 1. maja letos.

Rezultati: Avtomatizacija pri zajemu in obdelavi podatkov. Manj obremenjene kadrovske in računovodske službe, ki so prej ogromno časa porabile za preverjanje podatkov. Ažurnost in točnost podatkov. Zdaj lahko ažurno in natančno odgovorimo na vsa vprašanja, koliko oseb je na celotni Univerzi in kakšna je kadrovska sestava. Finančno poslovanje in finančno poročanje Univerze je bistveno poenostavljeno. Večja varnost. Z enotnimi pravicami in načeli dostopa je lažje bolj smotrno upravljati prostore z dragoceno opremo. Optimizacija in planiranje. Podatki so koristni za optimizacijo in planiranje parkirišč in prostorov, tudi pri planiranju novih gradenj.

Avstrijski zdravstveni zavarovalni sistem. V Avstriji velja dvostopenjski sistem zdravstvenega varstva, v katerem so skoraj vsi posamezniki deležni javno financirane oskrbe, lahko pa sklenejo tudi dodatno zasebno zdravstveno zavarovanje. Oskrba, ki vključuje zasebne zavarovalne načrte (včasih imenovana oskrba "udobnega razreda"), lahko vključuje bolj prilagodljive obiskovalne ure ter zasebne sobe in zdravnike. Posamezniki imajo možnost, da svojo oskrbo v celoti plačajo zasebno. Zdravstveni programi se financirajo iz sklada zdravstvenega zavarovanja, znanega kot Krankenkasse, ki je leta 2013 porabil 11,0 % BDP, kar je bilo nad povprečjem Evropske unije, ki znaša 7,8 % BDP. Sistem je decentraliziran, vsaka od devetih avstrijskih zveznih dežel in zvezna vlada imajo definirane vloge. Zvezno ministrstvo za delo in socialne zadeve je zvezni vidik, njegova vloga pa je razvijanje okvira za ponujene storitve in upravljanje sklada zdravstvenega zavarovanja, znanega kot Krankenkasse, ki financira zdravstveni sistem.

Program zajema široko paleto socialnih zavarovanj, med drugim zavarovanje za primer brezposelnosti, družinska nadomestila in nezgodno zavarovanje. Medtem ko je Krankenkasse glavni sklad, avstrijsko mrežo socialnega varstva dejansko izvaja 22 manjših skladov, od katerih jih je 19 namenjenih izključno zdravstvenemu zavarovanju, vsi pa so po javnem pravu samoupravni, da bi zagotovili decentralizacijo. Skladi so tudi diferencirani, da bi omogočili učinkovito združevanje tveganj, zato je članstvo obvezno in državljani na splošno ne morejo izbrati sklada, ki mu bodo pripadali. Zadnja gospodarska kriza je povzročila povečanje plačil iz lastnega žepa in obsega 28 % izdatkov za zdravstvo.

Upravljanje infrastrukture Akademске bolnišnice AKH na Dunaju. Celotno infrastrukturo akademске bolnišnice upravlja za to dejavnost specializirano podjetje. Akademška bolnišnica AKH na Dunaju, mestom z 1,9 milijona prebivalcev in 2,8 milijona v velemestnem območju, je največja tovrstna ustanova v Avstriji z 31 klinikami in instituti, 48 operacijskimi dvoranami, 1742 posteljami v 75 enotah, z obravnavo 59 000 pacientov na leto, kar pomeni 2.55 milijonov obrokov na leto. Ne upravlja sama svoje infrastrukture, ampak to izvaja specializirano podjetje, saj so ugotovili, da sami nimajo znanja za obvladovanje tako velikega kompleksa, s 37 stavbami v katerih je 27 500 sob, 128 dvigal na 903 400 m<sup>2</sup> bruto površine.

Posebno zanimiv je interni transport preko tekočih trakov (kot na letališčih), kar občutno poveča učinkovitost dela medicinskega osebja, ki v naši opravlja tudi naloge takega transporta! Njihov avtomatični transportni sistem prepelje 98t oz. opravi 2500 prevozov na dan! Osnova za upravljanje so sprotni podatki. V kontrolni sobi s pomočjo IT upravlja energente, celotno električno porabo 163 300 MWh in hlajenjem s porabo 72 000 MWh letno. Na osnovi pridobljenih podatkov o okvarah jim je sodoben informacijski sistem omogočil, da so iz odpravljanja napak, preko preventivnega vzdrževanja, prešli v predvideno vzdrževanje, kar je občutno zmanjšalo stroške vzdrževanja opreme in povečalo njeno neprekinjeno delovanje. Z zmanjšali so izpuste glede na zahteve Kjotskega



protokola ter nemudoma reševanje prijavljenih napak s strani njihovih pacientov. Regijsko združevanje avstrijskih bolnišnic Koroške in Štajerske. Leta 1993 so se štiri koroške bolnišnice izločile iz državne uprave in se združile v skupnega izvajalca zdravstvenih storitev. Izločitev iz neposrednega upravljanja države in vse intenzivnejše sodelovanje med bolnišnicami nista prinesla le znižanja stroškov in s tem boljšega financiranja zdravstvenih storitev na avstrijskem Koroškem, temveč so se povečale tudi kakovost in varnost obravnave pacientov. Ključna odločitev koroške deželne politike je bila preprosta: izločitev iz upravljanja države - DA, privatizacija - NE. To so povezali s tremi osnovnimi zahtevami: »Ohraniti je treba kakovost zdravstva, regionalno oskrbo, vključno z delovnimi mesti in položaj bolnišnic na vseh obstoječih lokacijah. Zaposleni potrebujejo varnost zaposlitve, kar pomeni, da morajo ostati državni uslužbenci. Vodstvene položaje je treba zapolniti z vrhunskimi posamezniki iz vse države«, so zapisali v programskem dokumentu KABEG. Nova organizacijska struktura se je v veliki meri zgledovala pri upravljavskih modelih delniških družbi z upravnim odborom in nadzornim svetom. Tako naj bi s preverjenimi upravljavskimi pristopi v največji mogoči meri omejili in preprečili politični vpliv na vsakodnevno upravljanje bolnišnic.

Cilj nove organizacije je poslovno organizacijska optimizacija izvajanja zdravstvene oskrbe. Privatizacija je ostala izključena. Dežela Koroška je še naprej delovala kot stoddotna lastnica prek novo ustavljene krovne družbe LKA (Landes Krankenhaus). Z izjemo upravnega odbora, ki ga imenujejo za pet let, so vsi zaposleni ostali državni uslužbenci. »Bolnišnična konferenca« je postala posvetovalni organ upravnega odbora, deluje pa na deležniških principih. V procese soodločanja so vključene vse interesne skupine, tukaj se usklajujejo interesi med posameznimi bolnišnicami. Nizozemska zdravstvena reforma. Leta 2006 so Nizozemci začeli vseobsežno reformo svojega zdravstvenega sistema, ki temelji na načelih regulirane konkurence z večjo svobodo izbire in tveganih zdravstvenih zavarovalnic z možnostjo prostega nakupa ter liberalizacije naložb ustanov. Cilji te zdravstvene reforme so bili boljša dostopnost, nižji stroški, večja kakovost in čim večja solidarnost. Poraba finančnih sredstev za zdravstvo se je upočasnila primerjalno z okoliškimi državami, saj se je izvajanje zdravstvenih storitev osredotoča predvsem na obvladovanje finančnih okvirov. Letna prekoračitev proračuna se je spremenila v premajhno porabo, zlasti na področju oskrbe na domu, farmacevtskih izdelkov, duševnega in primarnega zdravstvenega varstva. Zavarovalnice med seboj tekmujejo za nizko zdravstveno premijo. Več je "bogatih" in več "revnih" ustanov; razlika med dragimi in poceni policami se povečuje; vse več zavarovancev se odloča za prostovoljno odbitno franšizo in cenejšo proračunsko polico, pri čemer so obvezna plačila iz žepa so med najnižjimi v Evropi. Zmanjšala se je rast obsega oskrbe, občasno pa se pojavljajo čakalne vrste. Institucije si konkurirajo manj, kot so bila pričakovanja.

Presenetljivo je, da ni bil dosežen cilj "prava oskrba na pravem mestu", ki so jo mnogi napovedovali. Kljub temu, da obstaja možnost za zmanjšanje neustrezne oskrbe, se bo moral obseg oskrbe zaradi staranja nizozemskega prebivalstva sčasoma povečati. Tako imenovane »tržne sile« so spodbudile novosti v zdravstvenem varstvu, kot so samostojni centri za zdravljenje, ambulate in prostor za nove modele oskrbe, kot so mreže, vendar ni dokazov, da so se izboljšale kakovost oskrbe, kot je bilo napovedano.

Nagrajeni sistem primarnega zdravstva na Aljaski. Sistem zdravstvenega varstva Nuka je bil ustvarjen na podeželju Aljasko, začeni v poznih 1990-ih, z namenom izboljšanja zdravstvenih izkušenj avtohtonih prebivalcev južnega osrednjega dela; Pomembno je, da je bil ustvarjen v povezavi z ljudmi, ki jim je služil. Nastali sistem je postal "vse na enem mestu" za prebivalstvo, ki ga oskrbuje integrirana ekipa zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, kot so dietetiki, farmacevti in svetovalci za vedenjsko zdravje s ciljem demedikalizacija zdravstvenega varstva. Zdravniki se štejejo za enakovredne člane zdravstvene ekipe. Še vedno imajo končno odgovornost za dobro počutje bolnika, vendar je vsak član ekipe enako odgovoren za ustvarjanje in izvajanje načrtov

zdravljenja bolnikov. Vsakemu članu ekipe je namenjeno enako spoštovanje in odgovornost. Zdravnik običajno vidi bolnika le, ko obstaja nova zahteva po zdravstvenem varstvu, in ne vsakič, ko obišče zdravstveni center. Zmanjšali so se obiske bolnišnične A&E za 42%, bolnišnične dni za 36%, specialno oskrbo za 58% in rutinske obiske zdravnika za 30%, kar je občutno zmanjšalo stroške. Končni rezultat je, da Aljaščani bolje izkoriščajo svoje vire in izboljšujejo zdravstvene izkušnje, ki jih zagotavljajo svojim pacientom. Na Aljaski to območje nadzoruje več kot le zdravje, temveč deluje tudi v partnerstvu s socialnimi storitvami, najemodajalci prostorov, izobraževanjem in drugimi. Primer Aljaske je pokazal, da obstajajo izrazite prednosti pri povezovanju storitev primarnega zdravstva s storitvami lokalne skupnosti in storitvami duševnega zdravja v eno celoto – izboljšali so oskrbo bolnikov, skrajšane čakalne dobe, nižji stroški in boljše storitve za oba osebje in bolnike. Seveda so morali za to spremeniti vloge zdravnikov in medicinskih sester – spremeniti so morali način dela, tudi kako so si oni zamislili svoje vloge oz. svojo poklicno identiteto. Sistem je bil preoblikovan tako, da vključuje vse zdravstveno osebje v eno organizacijo in strukturo. Osebje primarnega zdravstvenega varstva je moralo razviti tesna partnerstva med seboj in tudi z bolnišničnimi specialisti. Vsak uslužbenec ima jasno opredeljeno vlogo, ki jo podpira skupna filozofija upravljanja in skupnim proračunom in stroški. Pogoj je premika v medsebojnih odnosih - od nadzora do partnerstva in od strokovnjaka do mentorja. Skratka, splošni zdravniki bi se morali prilagoditi in sprejeti te spremembe. Potrebno se je zavedati, da je bilo potrebnih skoraj 30 let, da so razvili svoj uspešen sistem; gre za celovito preobrazbo in za ne hitre rešitve trenutnih težav. Danski program zagotavljanja kakovosti. V centru prizadevanja je Danski inštitut za kakovost in akreditacijo v zdravstvu IKAS, ki je bil ustanovljen leta 2005. Razvija, načrtuje in upravlja danski program kakovosti zdravstvenega varstva (DDKM). Razvoj ustreznih akreditacijskih standardov poteka v sodelovanju z zdravstvenim osebjem po vsej državi, za javne in zasebne bolnišnice, za lekarne, za občine, reševalna službe, za družinske zdravnike in zobozdravnike itd. Njihov namen je zagotoviti čim bolj varno in kakovostno oskrbo pacientov, kar zagotavljajo izvajalci z izpolnjevanjem standardov!

Danski program kakovosti DDKM je akreditacijski sistem. Vodi ga upravni odbor, ki ga sestavljajo predstavniki Nacionalnega odbora za zdravje, Ministrstva za notranje zadeve in zdravje, danskih regij, LGDK (nacionalnega združenja občin), Danske organizacije zasebnih bolnišnic in Združenja danskih lekarn. Ne osredotoča se le na zdravstvene storitve, temveč tudi na procese in strukture, ki podpirajo pacientovo pot, ker je veliko napak in zmot v zdravstvu povezanih z njimi (torej s procesi in strukturami). Združuje in uporablja že obstoječe podatke, zbrane v danskem zdravstvenem sistemu. Na primer nacionalne zbirke podatkov o kakovosti, danska podatkovna zbirka o varnosti pacientov (DPSD), danski nacionalni projekt kazalnikov in danske nacionalne raziskave zadovoljstva.

Projekt izgradnje nove akademske bolnišnice na mestni obveznici na Danskem. Akademsko bolnišnico in kampus so iz centra mesta preselili na obvoznico. Nova akademska bolnišnica UOH Odense na Danskem, občine z 200 000 prebivalci, je ena največjih njihovih novih bolnišnic s svojimi 250.000 m<sup>2</sup> na 780.000 m<sup>2</sup> veliki lokaciji. Pogodba na ključ je znašala 953 milijonov evrov. Ima več kot 70 operacijskih dvoran, 70 postelj na oddelkih za intenzivno nego in 68 postelj v dnevni bolnišnicah. Enako kot v Ljubljani (in drugod po Evropi), je bila stara bolnišnica sestavljena iz zgradb iz različnih obdobj zadnjih več kot sto let. Bolnišnični način dela in zgodovino zdravstvene oskrbe lahko beremo iz teh stavb, podobno kot pri nas.

Nova akademska bolnišnica bo zagotovila možnost integracije novih možnosti zdravljenja, okrepljeno med disciplinarno sodelovanje in večkratno uporabo novih tehnologij v način organizacije bolnišnice. Stavbe bodo tesno povezane z lokalno univerzo. Univerzitetni kampus sprejme okoli 21.000

študentov in 3300 zaposlenih. Več kot 20 % je gozdna površina in porabi ravno toliko energije kot mesto s 15.000 prebivalci. Investitor nove akademske bolnišnice je pokrajina južna Danska z 1.2 milijona prebivalcev. Medtem ko je sodobna projektna organizacija odgovorna za usklajevanje projekta, med svetovalcem naročnika in izvajalcem celotnega projekta na ključ. Temelj projektne organizacije je projektni sekretariat, ki je najvišji organ za operativno odločanje na projektu. Projektna organizacija povezuje akademsko bolnišnico, svetovalca projekta, usmerjevalno skupino ter izvajalce, kot nalaga sodobna praksa in standard o projektne vodenju.

**NASLEDNJI KORAK:** Po Dolgoročnem načrtu sledi izdelava Letnih načrtov po nivojih zdravstvenega sistema na osnovi ključnih dejavnikov uspešnosti. Proces definiranja načrtov gre po nivojih od zgoraj navzdol, poroča se kvartalno načrtovane spremembe in mesečno kazalnike delovanja pa po nivojih od spodaj navzgor.

Potrebno prioriteto izbrati tiste ukrepe, ki dajo maksimalni učinek in so še možni udejanjanja glede na pričakovan odpor do sprememb. Nujno je potrebno upoštevati stroko upravljanja sprememb, saj bo sicer prenos dobre prakse neuspešen, o čemer govori primer neuspešnega prenosa zglede primarnega zdravstva iz Aljaske na Škotsko (objavljeno doktorsko delo).

Iskanje ravnovesja med različnimi vidiki zdravstvenega sistema. Kot pravi prof. Adizes pri upravljanju življenjskega cikla organizacije, ne gre za enkraten ukrep, ampak je potrebno pri upravljanju zdravstvenega sistema stalno sproti iskati ravnovesje med finančnim interesom in interesom pacienta, učinkovitostjo procesov in razpoložljivostjo zdravniškega osebja. Uporaba Strateške karte in posledično uravnoteženih kazalnikov pomaga pri tem. Za letno prebojno načrtovanje predlagamo uporabo Hoshin Kanri ( »kompas«) tabele za načrtovanje, implementacijo in pregled. Za definiranje uravnoteženih kazalnikov uporabo tabel načrtovanja, sledenja ter pregleda, ki izhajajo iz Strateške karte ter Usmerjevalnega stavka.

»Največja nevarnost v času turbulence ni sama turbulenca; ampak ukrepanje z včerajšnjo logiko«. Peter Drucker, oče sodobnega upravljanja (1909 – 2005).

Naloga države je zagotoviti kakovostno in učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, naloga posameznika pa je skrbeti za svoje osebno zdravje ter dati zgled tudi ostalim. Brez temelja, v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema, ki bo nudil ustrezne podatke takoj, celovita preobrazba sistema ni mogoča. Ostali bomo pri kakofoniji ad hoc ukrepov.

V koordinaciji g. Mira Germa so pri pripravi gradiva sodelovali tudi dr. Tomaž Schara, prim. Janez Remškar, dr. Tina Bregant, prof. dr. Bogomir Kovač, prof. dr. Samo Zver, prim. Andrej Možina in številni drugi.