

ZDRAVLJENJE ZDRAVSTVA

Miro Germ, Janez Remškar, Tomaž Schara,

Tina Bregant, Bogomir Kovač,

Andrej Možina, Katja Hleb,

Milena Pervanje, Jurij Gorjanc



**Od simptomov do
uspešnega zdravljenja**

Dopolnjena 1. izdaja

Katalogni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 251941123
ISBN 978-961-07-2922-8 (PDF)

 *Izdelek lahko delite z drugimi osebami, vendar ga ne smete spreminjati oz. mu dodajati ali odvzemati ničesar.*



*»Vreména bodo Kranjcem
se zjasnile ...«
France Prešeren¹*

¹ France Prešeren (1800–1849), največji slovenski pesnik. Njegova poezija je pomembno prispevala k utrjevanju slovenskega nacionalnega zavedanja in kulturne identitete. Sonetni venec: »Vreména bodo Kranjcem se zjasnile, / jim milše zvezde kakor zdaj sijale, / jim pesmi bolj sloveče se glasile«

KAZALO²

UVOD – Od simptomov do terapij	5
1. DIAGNOZA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	
Zdravstvo, ujetnik preteklosti!	6
2. TRIAŽA – PRIORITETE, PRISTOPI in IZBIRA KADRA	
Pristopi k zdravljenju zdravstvenega sistema	12
Izbira in selekcija kadrov	16
3. TERAPIJE ZDRAVLJENJA	
<i>Na bolje z dolgoročnimi in letnimi načrti</i>	
Brez načrtov težko do cilja!	19
<i>s sodobnimi pristopi upravljanja</i>	
O sistemskem vidiku zdravstva	28
Zdravstvo smo ljudje!	34
<i>na osnovi izkušenj drugih</i>	
Zgledi vlečejo, mar ne?	33
<i>z novim zagonom</i>	
Pobuda izgradnje novega UKC-ja ob obvoznici	37
<i>s takojšnjimi ukrepi za izboljšanje stanja</i>	
Zdravje zahteva zdrav zdravstveni sistem!	43
ZDRAVLJENJE po fazah življenjskega cikla	50



DODATKI	
Spisek pristopov	56
Pripomočki	60
Viri	68
O avtorjih	69

² Prvi izdaji dodani opis življenjskega cikla strateškega projekta, izboljššan tretji tekst, opisi nekaj pristopov in pripomočkov ter nekaj slikovnega gradiva.

UVOD – Od simptomov do terapij

Brošura³ je priročnik s priporočili za posodobitev zdravstva v spodbudo in pomoč dobronamernim, posvečen družinskim članom, zdravnikom, raziskovalcu v medicini in kadrovnici.

V njej obrazložimo proces zdravljenja: Najprej analiziramo stanje, potem podamo glavne usmeritve za njegovo izboljšanje. V naslednjem delu podrobneje opišemo strukturo sodobnega strateškega načrtovanja in letnih načrtov kot potreben pogoj za posodobitev zdravstvenega sistema. Opozorimo na naloge sodobne kadrovske funkcije in predlagamo sodoben sistem nagrajevanja v javnem sektorju, tudi zdravstvu. Opišemo strokovno izbiro in selekcijo kadrov, podamo pobudo za novo akademsko bolnišnico ob obvoznici, analiziramo aktualno zakonodajo in predlagamo posodobitev statuta bolnišnic z uvedbo strokovnih odborov v njihove svete. Kot pomoč pri upravljanju sprememb so opisane tudi izkušnje posodobitve zdravstva v sosednji Avstriji, Danski, Nizozemski in v daljni centralni Aljaski. Na koncu predlagamo zdravljenje kot strateški projekt vlade po fazah življenjskega cikla. V dodatku kratko opišemo sodobne koncepte in pripomočke s primeri, ki jih uporabljajo najboljše organizacije, tudi v zdravstvu.

Predlogi so oblikovani na osnovi naših izkušenj iz poslovnega in akademskega sveta, opisa rešitev v tujini, na osnovi predavanj njihovih predstavnikov pri nas in naših obiskov pri njih, nekateri primeri pa so opisani tudi na osnovi osebnih izkušenj dela doma in v tujini.

³ Združuje skupne članke, objavljene v časopisu Delo, rubrika »Gostujoče pero«, ter gradivo posvetovanja v Državnem svetu RS 9. 9. 1024, v organizaciji Društva poslancev 90, in dodaja še nekatere druge avtorske zapise.

Zdravstvo je zelo kompleksen sistem. Poleg resornega ministrstva, zavarovalnic in inštituta za javno zdravje, ga sestavljajo številni izvajalci na vseh treh nivojih, v javnem in tržnem delu, pod vplivom mednarodnega ter obsežnega zapletenega lokalnega okolja, zato ga parcialni administrativno naravnani ukrepi ne bodo bistveno izboljšali, prav tako ne delovanja organizacij in posameznikov znotraj njega. Tak način prevladujočega reševanja problemov prikazuje slika.



Potreben je sistematičen pristop na osnovi celovite analize, s sodelovanjem vseh ključnih deležnikov, na vodenih delavnicah, potem zapisan v dolgoročne in letne načrte, s politikami in ukrepi, z nosilci in roki, kot je to navada v poslovnem svetu. Pri tem je treba upoštevati, da je zdravstvo visokotehnološka

dejavnost, z visoko usposobljenimi posamezniki; brez njihovega sodelovanja in podpore ne bo sprememb. O tem govori ta brošura!

»Vsak naj zorje svojo brazdo in njiva bo zorana,« pravi modrost.

Miro Germ in Bogomir Kovač

1. DIAGNOZA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Zdravstvo, ujetnik preteklosti!

Vrednostna analiza stanja zdravstvenega sistema



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

Zdravstvo je zelo kompleksen sistem s številnimi organizacijskimi enotami: Ministrstvo za zdravje (regulator in upravljavalec), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ZZZS (plačnik storitev), Nacionalni inštitut javnega zdravja NIJZ (raziskovalec zdravstvenih tematik, varovanje zdravja in skrb za zviševanje ravni zdravja državljanov) ter številni izvajalci zdravstvenih storitev v javnem (neprofitnem – udeležanje poslanstva, financiran iz javnih sredstev) in tržnem delu (financiran iz dodatnega zavarovanja in neposredno iz privatnih sredstev), z razmerjem v EU 80 % – 20 %, s pravili prehajanja med obema.

Na njega vpliva obsežno okolje. Mednarodno: organi EU, WHO, OECD, mednarodni trg delovne sile (pomankanje zdravstvenega osebja), interes

globalnih proizvajalcev medicinske opreme in zdravil ter *lokalno*: vlada, državni zbor in državni svet, javne agencije, zbornice, dobavitelji, politične stranke, različni sindikati, interesne skupine, številna društva ter plačniki zavarovanja, s svojimi različnimi, tudi nasprotnimi interesi.

»Da lahko zdravi, mora medicina raziskati bolezen.« Plutarh⁴

KATERE SO PREDNOSTI? *Prednosti so tisto, v čemer se zdravstveni sistem odlikuje.*

- Dolgoletna tradicija primarnega zdravstva, med najstarejšimi na svetu, z osnovnimi zdravstvenimi storitvami (preventivnimi in kurativnimi) na primarnem nivoju in specialističnimi storitvami sekundarnega nivoja, na eni lokaciji.
- Spodbudni rezultati⁵ kot posledica prizadevanja posameznikov zdravstvenega osebja. Od leta 1990 naprej je Slovenija vztrajno zmanjševala razkorak med novimi državami članicami (EU13) in starimi državami članicami (EU15) Evropske skupnosti. Indeks HAQ je od leta 1990 naraščal v vseh državah Zahodne Evrope, pri čemer je v Sloveniji takrat znašal 71,2 in v državah Zahodne Evrope 73,2; v letu 2000: 76,4 in 79,9; nato smo rezultate v letu 2010 skoraj izenačili: 84,3 in 84,9; prvič prehiteli leta 2015: 87,4 in 86,8; ter v zadnjem objavljenem letu 2019: 87,8 in 87,2 (1).⁶
- Slovenski zdravstveni sistem kot celota izkazuje primerljive rezultate po številnih kazalnikih z EU15. Kazalniki zdravstvenega statusa so dobri ali celo med najboljšimi v primerjavi z državami Srednje in Vzhodne Evrope, nekateri, kot je umrljivost dojenčkov, celo v primerjavi z EU15 (2).

⁴ Plutarh (48–127) starogrški zgodovinar, biograf, filozof in svečenik.

⁵ Rezultati vseh deležnikov se z radar matriko EFQM-modela ocenjujejo glede na: obseg, relevantnost, uporabnost, trende, primerjave s svojimi cilji in najboljšimi (6).

⁶ Za primerjavo delovanja zdravstvenih sistemov v različnih državah je mednarodni inštitut (angl. Institute for Health Metrics and Evaluation) izdelal t. i. HAQ-indeks (angl. *Healthcare Access and Quality Index*).

- *Kazalniki učinkovitosti bolnišnic* so pretežno v povprečju EU15. V nasprotju z mnogo drugimi državami v regiji slovensko zdravstvo v preteklosti ni temeljilo na bolnišnični obravnavi, ampak ima že od nekdaj vzpostavljeno dobro mrežo na primarni ravni (2).
- *V povprečju primerljivi izdatki* z EU15. Od sredine leta 1990 so izdatki za zdravstvo na prebivalca (merjeno po pariteti kupne moči, PPP\$) med povprečjem EU15 in EU13. Ta položaj je v skladu s preostalimi slovenskimi ekonomskimi kazalniki, ki so prav tako v povprečju med EU15 in EU13. Kot v večini držav se pretežni del finančnih virov za zdravstveno varstvo porabi za bolnišnično zdravljenje, sledijo specialistična ambulantna dejavnost in sredstva za zdravila ter medicinske pripomočke (2).

KATERE SO SLABOSTI? *Slabosti so notranji dejavniki, ki jih morajo zdravstveni sistem, organizacije ali posamezniki v njem izboljšati.*

- *Na zdravstvenem področju neizvedena tranzicija.* Zdravstveni sistem je neskladen s sodobno pravnoformalno podlago (profitne in neprofitne organizacije⁷), s sodobnimi principi organiziranosti, upravljanja, nagrajevanja ter informacijske podpore, z ostanki miselnih vzorcev iz prejšnjega sistema (samoupravljanje, delegatski sistem, uravnilovka,⁸ iskanje lukenj v zakonih izigravanje pravil).

⁷ *Profitna organizacija* je pravna oseba, ki deluje izključno z namenom ustvarjanja dobička iz poslovnih dejavnosti. Po drugi strani pa je *neprofitna organizacija* enako pravna oseba, ki deluje s primarnim ciljem koristi družbi. Vendar tudi neprofitna organizacija ustvarja dobiček z različnimi dejavnostmi, tako kot profitna organizacija, vendar je način ravnanja z dobičkom v obeh različen (7).

- *Zdravstveni sistem nepovezan, neustrezno zasnovan in upravljan – rezultati, doseženi s heroičnimi napor posameznikov.* Vsak nivo zdravstvenega sistema, organizacijski, procesni in nivo izvajalcev, naj bi imel svoje cilje, ustrezno zasnovano⁹ glede na njih in ustrezno upravljanje za njihovo doseganje. Za usklajeno delovanje zdravstvenega sistema bi se morali organizacijski cilji preslikati v procesne cilje in ti v cilje posameznika (3). Zdravstveni sistem je na prvi stopnji »heroični«, po kriterijih modela Capability Maturity (4), zdravstvene storitve se izvajajo s »heroičnim« prizadevanjem posameznikov in posledično njihovim izgorevanjem, saj niso posledica organiziranega načina dela. Zdravstvene ustanove so bile ocenjene pred leti z okoli 350 točkami od 1000 po EFQM-modelu (5) (Zavod za zdravstveno zavarovanje in Ministrstvo za zdravje do zdaj nista bila ocenjena!), medtem ko so najboljša slovenska podjetja dosegla okoli 550 točk, evropske organizacije pa okoli 750 točk (primer: ambulanta švicarskega zobozdravnika).
- *Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo se povečuje* in se je v primerjavi z letom 2018 skoraj potrojilo. Prav tako je prisoten trend povečevanja števila vseh čakajočih od leta 2018 dalje, število se je skoraj podvojilo, kar je v določeni meri pričakovati tudi v prihodnje. Skrb vzbujajoč je trend povečevanja števila čakajočih nad dopustno

⁸ *Večina lastnosti se v naravi razporeja v obliki normalne ali Gaussove porazdelitve.* Grafično je v obliki zvona, z največ primeri je okrog aritmetične sredine, bolj pa ko gremo proč, manj jih je. Velja tudi za zdravstveno osebje.

⁹ *Organizacijska zasnova* – Kako je organizacija strukturirana za izvajanje svoje dolgoročne usmeritve, strateškega načrta in doseganje svojih ciljev. Optimalna organizacijska zasnova je torej določena s strategijo organizacije. Gre za najboljšo strukturo za izvajanje strategije v odnosu do zunanjega okolja in edinstvene notranje prednosti, slabosti, kompetence in slog vodenja organizacije.

čakalno dobo, hkrati pa je treba opozoriti tudi na dvom o verodostojnosti podatkov v centralnem sistemu eNaročanje (2).

- *Odsotnost v mrežo povezanega sodobnega poslovno-strokovnega informacijskega sistema*¹⁰ kot pogoja za nadzor nad stroški, kakovostjo in varnostjo storitev, izračun realnih cen storitev, meritorno nagrajevanje ter vodenje zavoda na osnovi ciljev in kazalnikov (6). *Velik problem pri upravljanju zdravstvenega sistema so nepovezani podatki.* Na primeru, ki ga je prikazalo tudi Računsko sodišče v okviru svoje revizije o številu zdravnikov družinske medicine, iz različnih zbirk podatkov vidimo, da so odstopanja velika. (2).
- *Vloga osebnega zdravnika, »vratarja« v zdravstvenem sistemu, je močno ohromljena, kar je v nasprotju s njegovim poslanstvom – zdravljenjem.* Zaradi pomankanja splošnih zdravnikov v primerjavi z EU15 ter posledično njihove preobremenjenosti, tako z bolniki kot pretirano administracijo, se vse več bolnikov napotuje na specialistične, praviloma dražje obravnave, namesto da bi se jasno opredelile naloge oz. storitve, ki jih mora osebni zdravnik opraviti, preden pošlje bolnika na sekundarni nivo (2).
- *Zastarela pravnoformalna zasnova zdravstvenega sistema.* Začasna oblika zavodov je ostala do danes. Zastarela krovna zakonodaja zdravstvene dejavnosti, z nejasnimi vlogami ključnih odločevalcev v sistemu, posebno Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ter nejasna odgovornost in pooblastila svetov zavodov ter njegovih direktorjev.

¹⁰ *Digitalno je slovenski zdravstveni sistem izrazito razdrobljen.* Zbiramo velike količine podatkov, ki pa so nepreverjeni, nepovezani in posledično z njimi ni možna verodostojna analiza. Vsak vnos podatka pomeni za zdravstveno osebje administrativno obremenitev, ki je pogosto nesmiselna, saj se ta podatek izgubi

- *Obstoječ sistem nagrajevanja, neprimeren za zdravstvo.* Hierarhični sistem nagrajevanja je primeren za hierarhične organizacije (npr. vojska). Področja zdravstva so različnega tipa z različnimi cilji: primarno zdravstvo – usmerjeno na pacienta, bolnišnice – procesni tip organizacije ter klinična centra – mrežni tip organizacije, zato ne more biti nagrajevanje enako. Sedanji sistem nagrajevanja je prezapleten z več kot šestdesetimi razredi in raznimi dodatki, je nestimulativen, saj nagrajuje pozicijo in izobrazbo in ne količino ter kakovost opravljenega dela in tudi ne upošteva potrebe na trgu dela; ima nedorečeno razmerje med posameznimi delovnimi skupinami v zdravstvu ter med njimi in preostalimi poklici v javnem sektorju v EU.
- *Zastarela infrastruktura javnega zdravstva otežuje kakovostno in učinkovito delo ter je neprijazna do zdravstvenega osebja in pacientov.* Stare stavbe so nefunkcionalne in energetske neučinkovite, zastarelo tehnološko opremljene.

KATERE SO PRILOŽNOSTI? *Priložnosti so zunanji dejavniki, ki jih lahko zdravstveni sistem, organizacije ali posamezniki izkoristijo za svoje izboljšave.*

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

v bazah podatkov, registrih, na integracijah in ne koristi vnašalca. Prav tako pogosto ne koristi niti pacientu, ki mu je bil predhodno vzet čas zdravstvenega delavca, saj ga je le-ta porabil za vnašanje podatkov. Ne koristi niti odločevalcem, saj metodologija in način vnašanja podatkov nista poenotena (2).

kakovosti, varnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev (primer: informacijski sistem združenja bolnišnic avstrijske Štajerske KAGES in Univerze v Ljubljani).

- *Povečanje števila osebnih zdravnikov z ustreznimi spodbudami*, kot v gospodarstvu, po številu zdravnikov in njihovih obravnav ga je treba narediti primerljivega z EU15. Tako bodo imeli zdravniki dovolj časa za paciente, tako bo zmanjšan obisk bolnišnic, kjer je obravnava bistveno dražja, pacientom pa tudi ni treba potovati skozi zdravstveni sistem (primer: na Nizozemskem naj bi bilo le 4 % takih napotitev).
- *Posodobitev sistema nagrajevanja*. Sodobne organizacije so zmanjšale stroške in kompleksnost svojih struktur delovnih mest z zmanjšanjem števila ravni od vrha do dna. Namesto da bi bil poudarek na položaju zaposlenega v organizaciji, je večji poudarek na razvoju njegovih kompetenc. Tako obstaja večja možnost za povečanje plač, saj se večja vrednost pripisuje njihovim spretnostim in znanju kot pa vzponu po karierni lestvici. Zaposleni so manj nagnjeni k izgradnji svoje nepogrešljivosti in bolj k pridobivanju kompetenc ali spodbujanju uspešnosti. Upravljanje plačil je radikalno poenostavljeno.
- *Postavitev sistema zagotavljanja kakovosti storitev* organizacij zdravstvenega sistema, začeni z najvplivnejšima, Ministrstvom za zdravje, Zavodom za zdravstveno zavarovanje ter vsemi zdravstvenimi ustanovami. Njihovo redno presojanje in ustrezno ukrepanje vodstev, z nadzorom odpravljanja pomanjkljivosti s strani svetov zavodov; vse to naj spremlja odgovoren organ vlade – vladna agencija za kakovost.
- *Poenotenje pravil za vse izvajalce* glede transparentnosti poslovanja, z jasno opredelitvijo potrebnih prostorskih, tehnoloških (laboratorij),

kadrovskih (usposobljenost, kompetence) pogojev za delo, tako za javne (tudi koncesionarje) kot zasebne izvajalce.

- *Poenotenje delovanja bolnišnic in subsidiarnost njihovega upravljanja*. Enak statut za vse, odgovornost sveta za njihovo delovanje, s pooblastilom za imenovanje direktorjev, uvedba strokovnih odborov za celovit nadzor delovanja, pooblastila direktorjem ter vodjem oddelkov z njihovo odgovornostjo za kakovost, varnost in učinkovitost storitev bolnišnice. Ločitev vlog zdravljenja in upravljanja z rednim usposabljanjem vodij na področju sodobnih principov upravljanja, posebno v kadrovske stroki in poslovnem računovodstvu.
- *Razbremenitev zdravstvenega osebja nepotrebnih opravil in njihovo redno usposabljanje*. Sodobni pristopi, npr. principi vitkosti, omogočajo analizo in odpravo nepotrebnih opravil, ker ni pričakovati njihovega bistvenega povečanja števila, ampak bo treba optimizirati njihovo delo. Enako pomembni so redno preverjanje njihove usposobljenosti in letni razgovori z mentorjem za izdelavo načrta usposabljanja.
- *Izgradnja novega UKC-ja s kampusom ob obvoznici bi dala zdravstveni stroki nov potreben zagon*, s funkcionalno zasnovanimi stavbami na osnovi sodobnih procesov zdravljenja, s sodobno opremo, z informacijsko podprtimi procesi zdravljenja in upravljanja takega centra, v dobrobit nas pacientov.

KATERE SO GROŽNJE? *Grožnje so zunanji dejavniki, ki negativno vplivajo na sposobnost zdravstvenega sistema, organizacije in posameznikov, da bi uvedli potrebne spremembe.*

- *Neugodna družbena klima*. Običajen odpor proti spremembam (7,5 % populacije je strogo za in enak odstotek strogo proti spremembam) je še povečan z emocijami in ideologijo naelektrnega ozračja, kar

otežkoča racionalen dialog za iskanje rešitev in ob korupciji¹¹ z vplivom državne in lokalne politike ter interesnih skupin blokira spremembe. Korupcija ne samo da povzroča neupravičeno bogatenje na eni strani in nepotrebno trošenje denarja na drugi, tudi demotivira zdravstveno osebje in razburja plačnike zdravstvenih storitev, posebno ob pasivnosti odgovornih organov države.

- *Napačna izbira in napačen način reševanja problemov.* Potrebna izbira tistih področij, kjer bodo izboljšave zagotovile največji učinek (bolnišnice so največji porabnik finančnih sredstev), in ne tam, kjer je najlažje. Razprave o rešitvah potekajo na podlagi interesov in prepričanj in ne na podlagi argumentov, s poznavanjem rešitev drugih držav. Eni so prepričani, da je zdravstveni sistem enak ambulantni, drugi bi reševali probleme administrativno, s pretiranim predpisovanjem, kar je neustrezno za visokotehnoško dejavnost – zdravstvo, z visoko izobraženimi posamezniki.
- *Košarica pravic zdravstvenega zavarovanja nujno potrebuje posodobitev*, saj je ostanek prejšnjega sistema, kjer ni imela omejitev in je bila po potrebi financirana z dodatnim tiskanjem denarja. Ker so danes okoliščine drugačne, je potrebna ciljna, smotrna poraba omejenih sredstev zdravstvene blagajne, tudi z ločitvijo med

osnovnimi nujnimi storitvami za zdravje prebivalstva ter dodatnimi zdravstvenimi storitvami. Prebivalstvo se je postaralo in stroški zdravljenja so se povečali, draga zdravila so v porastu, prilivi pa ostajajo isti,¹² zato je treba pregledati tudi možnost različnih zdravstvenih zavarovanj glede na potrebe prebivalstva, kot je to pri avtomobilskem zavarovanju.

- *Vprašljiva dolgoročna vzdržnost financiranja zdravstvenega sistema.* Slovenski zdravstveni sistem se v pretežni meri financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerega edini ponudnik je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Prispevki za zdravstveno varstvo so zelo odvisni od sprememb na trgu dela, ekonomska kriza je v Sloveniji vodila v pomembna zmanjšanja prilivov zdravstveno blagajno zaradi porasta nezaposlenosti, počasnejše rasti plač, povečanja deleža neaktivnih zavezancev, ki mesečno primerljivo prispevajo manj, ter nezadostnih proti cikličnih ukrepov za financiranje sistema zdravstvenega varstva (8). *Nominalno za zdravstvo namenjamo manj denarja kot države Zahodne Evrope:* v letu 2022 v Sloveniji 2927 evrov v primerjavi s 3684 evri v povprečju EU (26 % več), pri čemer gre za izdatke za zdravstvo na osebo v evrih po pariteti kupne moči, ob podobnih stroških (8).

¹¹ *Korupcija* (iz latinsko corruptus – pokvarjen) v pravnem smislu pomeni zlorabo zaupanega položaja v izvršilni, zakonodajni in sodni veji oblasti ter v političnih in celo neekonomskih organizacijah z namenom pridobiti si materialno ali nematerialno korist, ki ni pravno utemeljena. Korupcija je vsaka kršitev dolžnega ravnanja z namenom pridobiti korist zase ali za drugega. Pri vseh ravnanjih, ki jih dojemamo kot korupcijo, je bistven koruptivni namen. O takšnem namenu govorimo, ko je korist obljubljena ali dana z namenom, da bi vzpodbudila ali nagradila kršitev dolžnega ravnanja, oziroma ko je korist sprejeta za poplačilo dolžnega ravnanja.

¹² 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 predstavlja znatne pritiske na finančno vzdržnost sistemov socialne in zdravstvene zaščite (2).

- *Pomanjkanje zdravstvenega osebja.* V Sloveniji v letu 2022 3,4 zdravnika na 1000 prebivalcev v primerjavi s 4,2 na 1000 prebivalcev v povprečju EU, kar je 24 % več kot pri nas (9). Opozoriti velja tudi na vedno večje število ljudi brez osebnega zdravnika, celo otrok brez pediatra na primarni ravni, kar naj bi trenutno celo preseгло 150.000 ljudi (7,5 % populacije). Ob nezanimanju za dolgotrajen študij medicine in neposrečeni izbiri študentov medicine (samo uspeh v srednji šoli) ne kaže kmalu na bistveno povečanje njihovega števila.
- *Nerealne cene zdravstvenih storitev.* Sedanji model določanja cen zdravstvenih storitev iz leta 2004 temelji skupinah primerljivih primerov, na normiranju postopkov, ki jih je tipično treba izvesti za to, da zdravimo glede na določeno vrsto diagnoze. *Zahteva vsakoletno prilagajanje in odzivanje.* Ko sodobna informacijska tehnologija še ni bila razvita do te mere, da bi omogočala sledljivost vsakega postopka, je bil tak način plačevanja storitev racionalen in razumljiv. Danes pa nam sodobna tehnologija omogoča več; *žal pa slovenski zdravstveni sistem take informacijske rešitve, ki bo to omogočila, nima.*
- *Pomanjkljiv in neustrezen način načrtovanja za določanje potrebnih virov za nemoteno delovanje zdravstvenega sistema.* Načrtovanje na osnovi kapacitet in ne na osnovi potreb prebivalstva (po segmentih življenjskega cikla) vodi v čedalje večji razkorak med njihovimi potrebami in kadrovskimi ter materialnimi zmožnostmi izvajalcev za njihovo uresničevanje. Zdravstvena košarica in cene zdravstvenih storitev niso del procesa načrtovanja, zato niso redno posodabljanje, skladno s zastavljenimi cilji, kot je običajno za gospodarske družbe.
- *Kazenska odgovornost zdravnikov povzroča skrivanje napak, defenzivno medicino in nepotrebno pošiljanje pacientov na višji nivo; pri čemer študije analiz napak v razvitih zdravstvenih sistemih*

ugotavljajo, da je vzrok 80 % do 90 % napak sistemskih, zato imajo urejeno njihovo merjenje in odpravo vzrokov le-teh (gre za napačen način zavarovanja za povzročeno škodo pacientom, v razvitih državah je malomarnost (angl. *negligence*) del civilnega prava).

»Preprosto ne razumemo, da je slovenski zdravstveni sistem v prvi vrsti organizacijsko-poslovni problem in ne samo zagotavljanje zdravstvenega funkcionalizma.« Bogomir Kovač

POVZETEK – Zdravstveni sistem več desetletij ni bil posodabljan. Medtem ko se je gospodarstvo z vstopom v EU prilagodilo njenemu pravnemu redu in tržnim zakonitostim, so vzorci obnašanja, organiziranost, upravljanje ter nagrajevanje ostali nespremenjeni. Zdravstvo ob slabi organizaciji, lokacijski in strokovni razdrobljenosti, brez ustrezne informacijske podpore, ob razvoju medicine in medicinske tehnologije ter novih zdravil kot tudi staranju populacije potrebuje vse več več denarja. Na drugi strani povečanje prispevkov plačnikom – podjetjem zmanjša njihovo konkurenčnost, zmanjša njihov zaslužek in s tem je manj priliva za potrebe zdravstva. Ob zmanjšanju števila zaposlenih, kar se nam je zgodilo v času ekonomske krize, padajo tudi neposredni prilivi v zdravstveno blagajno.

Zato je nujna posodobitev zdravstvenega na osnovi celovite diagnoze, s sodelovanjem vseh deležnikov, na profesionalno vodenih delavnicah, z izbiro tistih področij in ustreznih strok, kjer bodo izboljšave zagotovile največji učinek, kar je opisano v naslednjih poglavjih.

Miro Germ, Tina Bregant, Tomaž Schara, Janez Remškar, Bogomir Kovač

Viri:

1. *Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019.*

The Lancet Global Health.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00429-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00429-6/fulltext)

2. *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji* (2023). Ministrstvo za zdravje.
3. Rummier, Geary A., in Brache, Alan P. (1990). *Improving Performance*. Jossey-Bass.
4. Paulk, Mark C. (1995). *The Capability Maturity Model*. Addison-Wesley.
5. *The EFQM Model*. <https://efqm.org/the-efqm-model/>
6. Kaplan, S. Robert in Norton, David (2000). *Uravnoteženi sistem kazalnikov*. Gospodarski vestnik.
7. *Difference Between Profit and Non-Profit Organization*. <https://keydifferences.com/difference-between-profit-and-non-profit-organisation.html>
8. *Health care expenditure by financing scheme*. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_15748573/default/table?lang=en
9. *Health at a Glance: Europe 2024*. European Commission. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2024_en

¹³ Peter Ferdinand Drucker (1909–2005), avstrijsko-ameriški svetovalec za upravljanje, pedagog in avtor, čigar dela so prispevala k filozofskim in praktičnim temeljem sodobne teorije upravljanja. Bil je tudi vodilni v razvoju izobraževanja

2. TRIAŽA — PRIORITETE, PRISTOPI in IZBIRA KADRA

Pristopi k zdravljenju zdravstvenega sistema



Načrtovanje sprememb je v današnjem hitro spreminjajočem se svetu eno najpomembnejših poslovnih področij. To velja tudi za »slovenski zdravstveni sistem« in njegove upravljavce na vseh ravneh.

Če so v organizaciji naloge načrtovanja sprememb pravilno zastavljene in izvedene, bodo dale pričakovane rezultate. Dobro načrtovanje vključuje najprej sistematično razmišljanje, jasne in merljive cilje ter sistemsko koordinacijo ukrepov, ki izboljšujejo učinkovitost delovanja organizacij ter omogočajo boljšo vključenost in večje zadovoljstvo zaposlenih. Menimo, da je to eno izmed osrednjih, toda žal spregledanih področij v veliki meri zgrešenega reformiranja slovenskega zdravstva.

»V 21. stoletju bodo vodilne države tiste, ki bodo prve prenesle metode zagotavljanja učinkovitosti v javni sektor.« Peter Ferdinand Drucker¹³

Izhodišča dolgoročnih sprememb slovenskega zdravstvenega sistema temeljijo na preprosti podmeni. Če želimo rešiti akutno krizo slovenskega

o upravljanju in je zasnoval koncepte, znane kot upravljanje s cilji in samokontrole. Štejejo ga za "očeta upravljanja kot resne discipline".

zdravstva, potrebujemo sistemske spremembe, dobro usklajen dolgoročni načrt ter skrbno vodenje in upravljanje sprememb. Sedanjih razmer ne moremo popraviti s parcialnimi politikami in ad hoc ukrepi. Dolgoročni načrt sprememb je nujen pogoj za preobrazbo zdravstvenega sistema. Spodbuditi želimo drugačen pristop k sedanji »zdravstveni reformi«, ki postavlja v ospredje organizacijo upravljanja ter vodenje zdravstvenega sistema in zdravstvenih organizacij kot tudi ustrezen način poslovanja in financiranja zdravstvenih storitev.

Obvladovanje stroškov. Za zdravstvene organizacije in sisteme, ki želijo analizirati finančno uspešnost ter oceniti ali določiti cene storitev, pomeni poznavanje stroškov izhodišče vseh ekonomskih aktivnosti. Enoten informacijski sistem in standardizacija stroškov v javnem zdravstvenem sistemu omogočata, da postane način določanja cen in plačevanja zdravstvenih storitev konkreten in ne več pavšalen kot v modelu primerljivih primerov (v RS ga uporabljamo od leta 2004).

Osrednji sistemski problem. *Zdravstveni sistem se od ustanovitve Republike Slovenije ni ustrezno posodabljal, ne na organizacijski in ne na procesni ravni.* Gospodarstvo se je z vstopom države v EU prilagodilo zahtevam odjemalcev in pravilom mednarodnih trgov. Podjetja uporabljajo sodobna orodja upravljanja in vodenja ter obvladujejo programe za povečanje kakovosti in učinkovitosti (načela vitkosti). Zdravstveni sistem pa se ni bistveno spremenil. V veliki meri je ohranil kulturo samoupravnega organiziranja in upravljanja, ostal je osredotočen na izvajalce in dobavitelje. Stalnica sprememb so le zahteve po več finančnih sredstvih in več kadra ob odsotnosti posebnih programov in zahtev glede izboljšav. Sistem temelji na zastareli normativni zakonodaji zavodov, neprofesionalnem kadriranju v njihova vodstva in svete ter starih standardih in normativih. Zaznamuje ga množica nepovezanih informacijskih rešitev, obračunski sistem financiranja je zastarel, ni

jasnega merjenja rezultatov in zato tudi ni ustreznega nagrajevanja. Zdravstvena mreža ni prilagojena sodobnim zahtevam kakovosti, dostopnosti in povezljivosti. Skratka, slovenski zdravstveni sistem je zaostal za možnostmi in potrebami sodobnih poslovnih sistemov.

Izhodiščne strateške usmeritve. Prvi korak strateškega pristopa zadeva namen, poslanstvo, vizijo in skupne vrednote. Navidezno preprost in znan strateški okvir skriva bistvene elemente odločanja, kjer dejansko soočamo potrebe z razpoložljivimi viri. Vzemimo recimo določitev »*Vizija sistema*« *na temelju poslanstva*. »Zavzemamo se za kakovostne, varne in učinkovite zdravstvene storitve usposobljenega in motiviranega osebja v stimulativnem delovnem okolju na temelju medsebojnega zaupanja in spoštovanja.« Toda za uresničenje tega potrebujemo ustrezne informacije o zdravstveni obravnavi in poslovanju, brez tega ni optimalizacije njunih procesov. Zdravstvene organizacijske enote bi morale upravljati skladno s sodobnimi pristopi upravljanja. Vsak posameznik in družina si lahko poleg osnovnega obveznega zavarovanja zagotovi še dodatna zavarovanja glede na svoje potrebe in zmožnosti. Financiranje iz različnih virov je stabilno in pregledno ter uravnoteženo glede na solidarnostno pokrivanje stroškov zdravljenja in razvojne zmožnosti države itd. Vizija je torej samo celota ciljev, ki odpirajo možnosti za njihovo konkretno uresničevanje. In takšno vlogo motivacije za vodenje sprememb imajo tudi druge temeljne strateške usmeritve.

- *Potrebna je sprememba zakonodaje, ki omogoča ločitev regulativne, upravljalne in nadzorne vloge pri delovanju javnih zavodov.* V tej razmejitvi tiči osrednji problem slovenskega zdravstvenega sistema. Ministrstvo za zdravje postane regulator sistema, upravljanje organizacij pa prevzamejo profesionalno usposobljeni sveti po načelih subsidiarnosti. Definiranje standardov, podeljevanje akreditacij in nadzor kakovosti ter varnosti prevzame neodvisen

strokovni organ, kot je to običajna praksa delitve dela, odgovornosti in ravnotežja moči.

- *Profesionalizacija vodenja in nadzora.* Vodenje zdravstvenih zavodov zahteva sposobnega in usposobljenega generalnega direktorja s poslovnimi referencami in ustreznimi poslovnimi izkušnjami. Nujna je njegova popolna osredotočenost na vodstvene naloge. Nadzorni sveti zavodov morajo doseči podobne standarde kot v gospodarstvu, njihovo strukturo, posebno v največjih zavodih, morajo dopolniti odbori za ključna poslovna področja.
- *Združitev zdravstvenih organizacij in skupnih služb.* Slovenski zdravstveni sistem je razvejen, toda preveč razpršen. Organizacijska, poslovna in kadrovska razdrobljenost ne omogoča profesionalnega dela, dobrega upravljanja in učinkovitega vodenja. Določene oblike združevanja, povezovanja in centralizacije poslovnih funkcij, zlasti skupnih služb z ustreznimi upravljavskimi kompetencami, omogočajo optimizacijo zdravstvenega sistema (bližnja primera dobre prakse sta Združenje bolnišnic avstrijske Koroške in Združenje bolnišnic avstrijske Štajerske).
- *Uvedba sodobnega, v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema.* Zdravstveni sistem potrebuje skupno bazo podatkov za optimiziranje delovnih in poslovnih procesov, kadrovske izzive, učinkovitosti in kakovosti, tudi varnosti storitev. Šele informacijska mreža na ravni države, občin in zdravstvenih organizacij omogoča ustrezno poročanje in nadzor sistema. Ponuja temelje za optimizacijo zdravstvene mreže, pa tudi možnost za ustrezno nagrajevanje, ki se zdi mnogim najbolj sporno.
- *Zdravstvo kot licencirana dejavnost javnega pomena.* Vsak zdravnik lahko opravlja zdravstvene storitve s pridobljeno zdravstveno licenco. Ministrstvo za zdravje poskrbi za reguliranje poklicne

dejavnosti in trga zdravstvenih storitev, Zdravniška zbornica pa je skrbnik licenc. Te zagotavljajo odgovornost zdravnikov za kakovost storitev in zagotavljanje neprekinjene zdravstvene oskrbe.

- *Preoblikovanje zdravstvene blagajne v zdravstveno zavarovalnico.* Sedanja državna zavarovalnica se iz redistribucijske zdravstvene blagajne spreminja v sodobno zavarovalniško institucijo, primerljivo z dobrimi praksami držav EU. Obvezno javno zavarovanje ima jasno košarico storitev in temelji na solidarnostnem pokrivanju tveganj zavarovancev. Dodatno zavarovanje kot drugi steber ustreza različnim potrebam zavarovancev. Tretji steber predstavlja zasebno zavarovanje, ki je nujno za plačevanje zasebnih zdravstvenih storitev. V javni in zasebni zavarovalni sistem moramo po podrobnih trisestih principih vključiti tudi zavarovanje za dolgotrajno nego in oskrbo.
- *Sistem nagrajevanja.* Primerno nagrajevanje, pomanjkanje zdravstvenega osebja – zdravnikov, sester in drugih – je dolgoročni strukturni problem zdravstva. Plačni sistem v zdravstvu je eno najbolj spornih področij sistema plač v javnem sektorju, ki je torišče politizacije in tudi blokiranja možnih razvojnih sprememb. Rešitev je v tem, da zaposlene v zdravstvu obravnavamo v posebno, zunaj sistema plač v javnem sektorju. Zdravstvene organizacije imajo različne vire financiranja zdravstvenega zavarovanja, njihovi upravljavci sami odločajo glede števila zaposlenih in višine plač glede na uspešnost poslovanja in učinkovitost dela. Izvajalci storitev imajo pogodbo z zavarovalnicami in so plačani za opravljene storitve.
- *Potrebujemo nove zdravstvene kapacitete, zlasti oba klinična centra.* Program posodobitve in novih gradenj zdravstvenih domov, regionalnih bolnišnic in tudi obeh kliničnih centrov je nujen gradnik

zdravstvenega sistema. Oba nova klinična centra z izobraževalnimi kampusi bi morali graditi na bolj dostopnih (avto)cestnih mestnih lokacijah; popravljanje in dograjevanje starih stavb je neučinkovito. Moderni pogoji dela so pomembni za napredek medicinskih storitev in boljše pogoje dela zdravstvenega osebja.

Finančna analiza potrebnih človeških in materialnih virov je nujna za ustrezno načrtovanje zdravstvenih storitev. Ocenjeni finančni prilivi in odlivi iz zdravstvene blagajne dajejo podlago za odločitve glede obsega obveznega osnovnega in potrebnega dodatnega zdravstvenega zavarovanja, pa tudi zasebnih oblik zavarovanj (različne košarice pravic).

Viri financiranja. Zdravstveni sistemi se zaradi starajočega se prebivalstva, napredka medicine, kakovosti zdravstvenih storitev in pomanjkanja ustreznih kadrov soočajo z neprestanim naraščanjem stroškov. Od tod tudi vedno večje pomanjkanje ustreznih finančnih virov. Javni zdravstveni sistem bi morali reformirati po zgledu pokojninskih sistemov s tremi stebri financiranja. Prvi steber tvorijo obvezni zdravstveni prispevki, drugi dodatno javno zavarovanje, tretjega pa različna zasebna zavarovanja. Zdravstvene zavarovalnice so izhodiščna točka plačevanja zdravstvenih storitev. Razmerje med premijami, pokrivanjem tveganj in storitvami mora biti jasno določeno tako za izvajalce kot tudi zavarovance. Vsak zavarovanec mora vedeti, kakšen obseg storitev in tveganj pokrivajo posamezne oblike zavarovanj.

Trg zdravstvenih zavarovanj. ZZZS v javnem zdravstvenem sistemu ohranja monopolni položaj pri košarici obveznega in tudi dodatnega zavarovanja. Druge zasebne zavarovalnice na trgu ponujajo storitve za

dodatna in nadstandardna zdravstvena zavarovanja. Zavarovanje je obvezno, hkrati pa imajo državljani izbiro med različnimi ponudniki dodatnega zavarovanja.

»Nepravično je, da bi celotna družba prispevala k izdatkom, katerih korist je omejena na del družbe.« Adam Smith¹⁴

Država skrbi za standarde storitev ter regulira in nadzira delovanje zavarovalnic glede izravnalnih shem. Zavarovalnice ne smejo imeti dobičkov iz obveznega zavarovanja, država pa regulira dovoljene dobičke iz dodatnega in nadstandardnega zavarovanja.

V evropski oceni zdravstvenih sistemov in zadovoljstva ljudi za leto 2023 (EHCI) je Slovenija v zgornji polovici, za Avstrijo in Irsko ter pred Španijo in Češko. Skušali smo pojasniti, kaj imajo drugi, česar pri nas ni, in kaj moramo spremeniti, da bi presegli sedanje neuspešne trende reformiranja slovenskega zdravstva.

A če želimo voditi spremembe, potrebujemo najprej poslovno-informacijske rešitve s centralno bazo vseh podatkov v zdravstvu. Šele to omogoča učinkovito upravljanje sistema na temelju realnih podatkov in ne čez palec. To je izhodišče za kakršen koli nadzor nad kakovostjo in varnostjo zdravstvenih storitev ter poslovno učinkovitostjo, profesionalnim kadriranjem in ustreznim nagrajevanjem, pa tudi preglednim uresničevanjem pravic zavarovancev.

Reforme moramo načrtovati z dolgoročnim načrtom sprememb na vseh ravneh zdravstvenega sistema. Našteli smo nekaj ključnih dejavnikov

¹⁴ Adam Smith (1723–1790), škotski ekonomist in filozof, pionir v razmišljanju politične ekonomije. Napisal je dve klasični deli, Teorijo moralnih občutkov (1759) in Preiskavo narave in vzrokov bogastva narodov (1776). Slednje, pogosto

skrajšano naslovljeno Bogastvo narodov, velja za njegov magnum opus in prvo sodobno delo, ki ekonomijo obravnava kot celovit sistem in akademsko disciplino. Nekateri ga vidijo kot »očeta ekonomije« ali »očeta kapitalizma«.

takšnega načrtovanja, nanizali vrsto predpostavk, razvojnih problemov in možnih rešitev.

Žal naša država že več desetletij ni uspela posodobiti zdravstvenega sistema, saj ni imela niti definiranega dolgoročnega načrta niti letnih načrtov za udejanjanje zastavljenih sistematičnih korakov. V raznih strategijah in belih knjigah so zapisane le želje, strateški sveti pa se izgubljaajo v množici predlogov parcialnih ukrepov. Kjer ni načrtovanja, vlada kakofonija posameznih nekonsistentnih ukrepov.

Bogomir Kovač, Miro Germ, Tomaž Schara, Janez Remškar, Tina Bregant

Viri:

1. Soin, Sarv Singh (1999). *Total Quality Essentials*. McGraw-Hill.
2. Collins, Jim, in Porras, Jerry I. (1990). *Built to Last*. Jossey-Bass.
3. Berwick, Donald M., idr. (2022). *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. Jossey Bass Health Series.

Strokovno iskanje in selekcija kadrov



Strokovno iskanje in selekcija kadrov za položaje ključnega pomena znotraj naše družbe pridobiva na pomenu. Temu dejstvu botrujeta nelagodje ob prepoznanih selekcijskih napakah in njihovih posledicah na eni strani in zaokroženost, jasnost in preizkušnost strok, ki iskanje in selekcijo kadrov postavljajo na veliko višji nivo na drugi strani.

Neljube posledice nestrokovnega kadriranja se zdijo omejene le na neposredno zatečene stranke, torej na neizbrane strokovne kandidate in publiko, ki je neposredno oškodovana za bolj strokovno upravljanje.

Natančnejši pogled pa odkrije, da sta oškodovana tudi neprimerno izbran kandidat in telo, ki je takega kandidata izbralo. Prvi zato, ker je ena največjih stisk pri delu stiska neustreznosti za delovno mesto, in drugi zato, ker telo, ki je izbralo neprimernega kandidata, živi z očitki, ki so morda očesu večine nevidni, a neizbežno prisotni. Tako imamo z nestrokovno izbiro štiri poražence in nobenega zmagovalca.

Podjetja in velike gospodarske družbe v Sloveniji so to zanko uvidele že kmalu po osamosvojitvi, zato je stroka iskanja in selekcije kadrov v zadnjih tridesetih letih dobro napredovala in je danes na nivoju družb, ki so historično vodilne na tem področju, torej predvsem Švica, Avstrija, Nemčija, pa tudi Nizozemska, Amerika in Skandinavija. Kljub temu pa je javnosti natančen postopek strokovnega iskanja dokaj nepoznan.

Namen današnjega prispevka je opisati realen postopek iskanja in selekcije primernih kadrov za ključne pozicije, ki vključuje in ščiti vse tri deležnike; odgovornega odločevalca/naročnika, kandidata in skupino ljudi, ki jo taka izbira neposredno zadeva, npr. zaposlene ali državljanke.

Ključna dihotomija procesa iskanja in selekcije sta naročnik in kandidat, vsak vpet v svoj kontekst. Naročnik je opredeljen s kulturo, krovno strategijo telesa, ki ga vodi, kadrovske strategije tega telesa, ki mora biti podrejena krovni strategiji ter seveda zatečeni potrebi po kadru. Kandidat je opredeljen z lastno primernostjo za razpisani položaj, s kompatibilnostjo z okoljem, v katerega se želi vključiti in z zasledovanjem individualnih potreb po oblikovanju kariere in poklicnega ugleda.

V kolikor proces iskanja in selekcije ali akreditacije in nominacije med dvema ključnima agensoma vodi tretje strokovno telo, mora upoštevati in v procesu usklajevati vhodne interese in danosti obeh strani, pri tem pa upoštevati, brez izjeme, stroge strokovne standarde in merila.

Vpeljava tretjega, strokovnega in nevtralnega, agensa v proces iskanja in selekcije ima mnogo prednosti. Te so možnost posvetovanja o primernem profilu, strokovna priprava razpisa, temeljit pregled vseh možnih kandidatov in ne le najbolj proksimalnih, zmanjšanje neposrednega pritiska na odločevalca, varovalka pred slepo pego, ki jo ima vsak človek in se običajno močno izrazi, ko izbiramo ljudi, s katerimi sodelujemo najbolj intenzivno, velik prihranek časa in temeljitost postopka. Temeljit postopek iskanja in selekcije ali nominacije in akreditacije nudi natančne informacije iz treh virov; prvič, iz postopka pregleda vhodnih dokumentov (CV, potrdila ipd.), drugič, iz postopka polstrukturiranega intervjuja in tretjič, iz postopka psihometrike (okoli 70 znanstveno definiranih in merljivih parametrov, ki se berejo posamezno in navzkrižno/kumulativno). Tak postopek nudi natančne podlage za kvalitetno primerjalno analizo med kandidati, možnost zavrnitve neprimernih kandidatov z utemeljitvijo ter možnost smiselne in argumentirane prilagoditve iskalnih kriterijev tekom postopka iskanja in selekcije (živ proces). nazadnje, a ne najmanj pomembno, bdi nad doslednim spoštovanjem zakona o varstvu osebnih podatkov, popolno zaupnostjo in spoštljivo obravnavo vseh kandidatov tekom celotnega procesa.

Profesionalno voden proces iskanja in selekcije kandidatov za ključne pozicije ima pet glavnih korakov. Ti so: natančna opredelitev profila kandidata, ki ga iščemo, opredelitev in izvedba postopka iskanja, postopek izbire s strani strokovnega tima, postopek izbire s strani naročnika in, v kolikor je skladno s pravilniki in zakoni, poskusna doba. Taka opredelitev je podlaga za obliko razpisa, primerno za in skladno z, pozicijo, ki jo želimo zapolniti.

Natančna opredelitev profila kandidata, ki ga iščemo, vsebuje naziv, kontekst, časovnico, naloge, potrebne/želene pogoje (izobrazba,

znanje, izkušnje, certifikati, potrdila), potrebne lastnosti, neželene lastnosti in pogoje dela.

Postopek iskanja vključuje prototipiranje, to je opredelitev prototipičnega kandidata, verjetne zadolžitve in opis okolja, v katerem se kandidat najverjetneje nahaja v danem trenutku. Nadalje vključuje izbiro primernih kanalov iskanja, izmed obstoječih kanalov iskanja. Takih kanalov je pet, in sicer, oglas ali razpis, podatkovne baze, direktno iskanje in t. i. *headhunting*. Slednji pomeni kontaktiranje kandidata/-ke po želji naročnika, ko le ta iz nekega razloga kandidata/-ke ne more kontaktirati sam. Sledi izdelava t. i. "dolge liste kandidatov", ki je bolj podobna viharjenju možganov, torej kreativen proces, ki še ne vključuje analitične in s tem izločilne komponente. Skladno s strokovno presojo kandidate iz dolge liste kontaktiramo in jih povprašamo po interesu za sodelovanje. Kontaktiranje kandidatov mora biti izvedeno visoko profesionalno, etično in skladno z zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Sledi postopek izbire s strani strokovnega tima. Kandidati iz dolge liste, s katerimi smo stopili v stik in so se odzvali na naše vabilo, gredo skozi postopek strokovne selekcije po treh zaporednih postopkih/korakih. Ti so; pregled primernosti na podlagi poglobljenega življenjepisa in motivacijskega pisma, poglobljen intervju ali serija intervjujev, z namenom preveriti znanja, sposobnosti, motivacijsko sliko in pomanjkljivosti kandidata. V kolikor obstajajo pred pripravljene metodologije in forme, jih je v tem delu procesa potrebno upoštevati. Sledi psihometrično testiranje, redna praksa v postopku iskanja in selekcije za ključna delovna mesta v svetu. Psihometrično testiranje za ključne položaje sestoji iz velike baterije testov, to je testov, ki merijo/določajo osebnostne lastnosti, poklicnih interese, vrednote, klasičen IQ, stopnjo emocionalne inteligentnosti, test natančnosti in

učinkovitosti pri delu, timske vloge in stopnjo zavesti. Po želji se lahko oblikuje še ocenjevalni center.

Na podlagi izkazanega interesa, pridobljenih podatkov in skladno s predloženimi kriteriji naročnika se oblikuje "kratka lista" kandidatov. Naročniku se predstavi 2–5 primernih kandidatov. Naročnik prejme pisno gradivo o vsakem od kandidatov iz kratke liste in ustno obrazložitev strokovnjaka/-ov. Na podlagi pisne predstavitve se naročnik odloči ali želi s katerim od predstavljenih kandidatov izvesti osebni razgovor. Naročnik lahko zavrne kratko listo delno ali v celoti. V primeru da naročnik zavrne kratko listo v celoti, se selekcijski postopek ponovi. Naročnik izvede intervjuje z izbranimi kandidati v prisotnosti ali odsotnosti strokovnjakov, po lastni izbiri. Naročnik izbere kandidata ali prosi za ponovitev postopka, če oceni, da kandidati niso primerni. Kandidate, ki niso izbrani, obvestimo o zaključku postopka z rezultatom in pri tem, kot tekom vsega procesa, upoštevamo načela popolne zaupnosti in spoštljivosti ter visoka etična načela.

Preizkusna doba je relevantna skladno z akti in pravilniki, ki opredeljujejo posamezno pozicijo. V kolikor je z akti in pravilniki predvidena poskusna doba in se v tem času sodelovanje z novo izbranim kandidatom/-ko ne izkaže za plodno, se postopek iskanja in selekcije ponovi.

Iskanje in selekcija ali akreditacija in nominacija kandidatov za ključne pozicije je zahtevna in občutljiva naloga. Vsak postopek izbora, kot tudi končni izbor zaznamuje veliko število ljudi in ga je zato potrebno obravnavati s skrajno resnostjo in odgovornostjo. V tem procesu ni tistih, ki vse vedo, in tistih, ki so naredili vse napake, ampak plavamo vsi v istem morju skupnih možnosti. Modro je, da se odpovemo kazanju s prstom in iskanju krivcev, ter se realno zazremo v kapacitete, ki jih imamo, ter iz njih, skupaj, naredimo največ. Zatečena kultura, krovna strategija (ali

stiske ob tem, ker je nimamo, ker je morda ne znamo narediti), ki opredeljuje kadrovske strategije ter zatečena potreba po kadru (elektivni ritmi ali prosta ključna delovna mesta) na eni strani, ter realna primernost, kompatibilnost in skrb za oblikovanje osebne kariere in ugleda na drugi strani, naj bodo v prvi vrsti mitigirani s potrebami ljudi, ki jih izbira pomembno zadeva, torej ključnimi deležniki. V primeru ključnih pozicij v državi so to v prvi vrsti državljani.

Vmesni strokovni agens ni telo, ki se poskuša pririniti k pomembnosti in vsiljevati lastne, slabo izdelane in z lastnimi slepimi pegami prežete kriterije, temveč nekdo, ki s svojo strokovno kompetentnostjo in človeško zrelostjo bdi nad in zagotavlja visoko kvaliteto celotnega procesa. Ob tem skrbi za to, da so naravno in človeško prenapeta stanja, povezana s takimi postopki, raje kot s podpihovanjem in etičnimi zdri na škodo nas vseh, srečana z mero zrelosti in umirjanja in kot taka prispevajoča k napredku v celotni družbi.

Katja Hleb

3. TERAPIJE ZDRAVLJENJA

Na bolje z dolgoročnimi in letnimi načrti

Brez načrtov težko do cilja!

*Predlagana »Izhodišča za dolgoročni načrt« niso končni izdelek, ampak so namenjena **odločevalcem** v zdravstvenem sistemu in tudi **vplivnežem** v razpravo in dopolnitev.*



»Ni dovolj vedeti, ni dovolj želeti, moraš tudi storiti.« Goethe¹⁵

Priprava na prihodnost je v današnjem hitro se spreminjajočem svetu ključna. Načrtovanje in udejanjanje načrtov sta ključni aktivnosti v vsaki organizaciji, tudi v organizaciji z imenom slovenski zdravstveni sistem, in sta naloga upravljalcev le-tega.

Če sta pravilno zastavljeni in izvedeni, bosta dali pričakovane rezultate. Formalno načrtovanje zagotavlja številne koristi, kot so sistematično

razmišljanje, boljša koordinacija, jasni cilji, izboljšanje delovanja in vključenost izvajalcev. ¹⁶

PROCES NAČRTOVANJA: **Strategija – dolgoročni načrt – letni načrti** (1). 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. Vključuje vse dejavnosti in dele organizacije ter okolja, ki vplivajo na organizacijo. Obsega tekoče (letno) načrtovanje kot sestavino njenega razvojnega (večletnega) načrtovanja ter je drsko in pregledano dovolj pogosto glede na dinamično delovanje organizacije in spreminjanje (vplive) okolja. Sprejeta strategija je potem vhod v dolgoročni načrt, ki je nato vhod v letne načrte, kot neločljivi del Demingovega¹⁷ kroga PCDA (Načrtuj, Naredi, Preveri, Ukrepaj), in to na vseh nivojih sistema.

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 priti po prehojenih označenih poteh, zato imamo tudi markacije na planinskih poteh.*

DOLGOROČNI NAČRT po sodobnem pristopu. *Potreben pogoj za preobrazbo zdravstvenega sistema je definicija celovitega dolgoročnega načrta na temelju potreb prebivalstva po zdravstveni oskrbi ter posledično prostorskega, kadrovskega in finančnega načrtovanja. To*

¹⁵ Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832), nemški pisatelj, pesnik, dramatik, politik, znanstvenik in filozof. Ena osrednjih osebnosti evropske pred romantične književnosti, leta 1782 povzdignjen v plemiški stan.

¹⁶ Berwick, Donald M. idr. (2022). Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement. Jossey Bass Health Series.

¹⁷ Wiliam Edwards Deming (1900–1993), ameriški fizik in statistik, ki je med drugo svetovno vojno izboljšal proizvodnjo v ZDA. Najbolj znan je po svojem delu na Japonskem.

mora biti usklajeno med vsemi sodelujočimi v zdravstveni dejavnosti, pri čemer je treba upoštevati kriterije, potrebne za kakovostno in varnostno obravnavo pacientov, kar dokazujejo dosednji neuspešni poizkusi!

Strukturiran razmislek po korakih je nujen za skladen in celovit dolgoročni načrt za uspešno posodobitev zdravstvenega sistema

ROBNI POGOJI – Okolje sistema. 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, kjer velja »več za manj« (»Less for More«).

S pristopom v EU smo se zavezali 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 neki del dobi več, mora drugi del dobiti manj. Čezmerno povečanje davkov podjetjem zmanjša njihovo konkurenčnost, njihov zaslužek in s tem je manj priliva za potrebe javnega sektorja. Od maastrichtskih kriterijev naprej je bilo sprejetih veliko 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 govori o tem razkoraku (2).

SMER – Dolgoročna usmeritev: Namen, Poslanstvo, Vizija in Skupne vrednote (3). *Preden začnemo sam proces načrtovanja, je treba 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.

Namen sistema je celovita skrb za zdravje posameznikov, družin in prebivalstva skozi njihovo celotno življenjsko obdobje, in to učinkovito in profesionalno ter ob gospodarni rabi vseh potrebnih virov.

Poslanstvo skupine preobrazbe je oblikovati, uveljaviti in na ravni izvršne oblasti izvesti ključne celovite ukrepe z delitvijo dela in s tem specializacije, z ločitvijo regulative, upravljanja in zdravljenja ter zavarovanja. Zagotoviti je treba stabilno financiranje, preobrazbo zdravstvene blagajne predvsem s povečanjem učinkovitosti ter 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 temelju medsebojnega zaupanja in spoštovanja. Potrebne informacije za pretekle in sedanje zdravstvene obravnave so takoj dostopne tistim, ki jih potrebujejo; enako tudi 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 podlagi svojih potreb. Financiranje je stabilno in pregledno ter uravnoteženo glede na želje in zmožnosti gospodarstva. Pri tem vsak posameznik najprej poskrbi za svoje zdravje.

Naš predlog skupnih vrednot:

- *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 dosegemo le z učinkovitim sodelovanjem posameznikov in organizacijskih enot zdravstvenega sistema. Naša zaveza je delovati kot enotna ekipa, da bi celovito izpolnili pričakovanja naših pacientov, katerih 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 napredek hiter 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, sodelavcev in celotne javnosti. Spoštovanje najvišjih etičnih standardov se prenaša iz ene generacije zaposlenih v drugo.

- *Razvoj na temelju tradicije in potreb pacientov.* Zdravstveni sistem gradimo na podlagi evropske in domače tradicije, tudi izkustvenega razmerja med javnim in privatnim. Sodobne pristope zdravljenja uvajamo na osnovi potreb in želja prebivalstva. Spodbujamo nove upravljalvske pristope, tehnologije, raziskave in inovacije. Te 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 usmeritve v dosegljive cilje posameznih organizacijskih enot; opis ključnih dejavnikov uspešnosti je temelj za njihove akcijske načrte.

- *Potrebna je sprememba zakonodaje za ločitev regulativne in upravljalvske vloge;* Ministrstvo za zdravje postane regulator in nadzornik izvajanja, upravljanje prevzamejo izvajalci po načelu subsidiarnosti.
- *Profesionalizacija upravljanja in nadzora.* Upravljanje zavoda, posebno večjih, zahteva sposobnega in usposobljenega generalnega direktorja z referencami organizacije podobne velikosti ter podobne kompleksnosti z večletnimi izkušnjami. Nujna je njegova popolna osredotočenost na vodstvene naloge. Treba je doreči odgovornost članov sveta pri nadzoru poslovanja zavoda.
- *Uvedba sodobnega, v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema* za optimiziranje delovnih procesov, kadrovskih izzivov, kakovosti in varnosti izvajanja storitev, ki bo dal ustrezne podatke za ustrezno nagrajevanje in omogočil optimizacijo mreže, saj je bila obstoječa definirana na podlagi več desetletij

starega cestnega omrežja. Brez tega ne bo napredka (zgled 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, kot so to pred več kot desetletjem realizirali v sosednji Avstriji (primera Združenje bolnišnic avstrijske Koroške⁴ in Združenje bolnišnic avstrijske Štajerske).
- *Preoblikovanje zdravstvene blagajne v zdravstveno zavarovalnico* skladno z dobrimi praksami v nam primerljivih državah EU s prevetritvijo obveznega zavarovanja 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 je treba 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*: osebni zdravnik – usmerjenost na pacienta, bolnišnice – obravnavanje podobnih primerov; akademska raven – težki primeri ter izobraževanje in nagrajevanje.
- *Nov univerzitetni center in medicinski kampus naj se izgradi ob ljubljanski obvoznici*. S pripravi projekta, ki po navadi traja desetletje, je treba začeti čim prej, kar je tudi pobuda Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Popravljanje starih stavb je neučinkovito in moti procese dela. Hkrati bo projekt novega centra dal nov zagon najzahtevnejši 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 treba 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 podlagi podatkov iz segmentacije populacije skozi celotno življenjsko obdobje je treba opredeliti njene sedanje in prihodnje potrebe po zdravstvenih storitvah ter potrebne človeške in materialne vire za njihovo izvajanje. Upoštevati je treba tudi priporočila WHO o minimalnem obsegu zdravstvenih storitev za varno obravnavo pacientov.*

Na temelju podatkov in ocenjenih trendov je treba opredeliti ključne sedanje in prihodnje potrebe populacije po segmentih potrebnih zdravstvenih in tudi zavarovalniških storitev:

- *Prvi segment – rojstvo*. V vsej EU 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 velja za preostale zdravstvene storitve v življenjskem obdobju pacienta itd.
- *Treba je upoštevati demografske spremembe*. Deloma je breme bolezni povezano z demografskimi spremembami, ki bodo močno vplivale 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 % leta 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 povečuje 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 kot tudi načine financiranja, zdravstvenega sistema ne bo mogoče vzdržno financirati. Iz navedenih razlogov zdravstveni sistem potrebuje korenitejšo prenovu ter ustrezne človeške in materialne vire.

Ob napredku medicine je treba pripeljati zdravstveno osebje v bolnikovo bližino, bolnišnice pa specializirati, da bomo dosegli kakovostnejšo in varnejšo obravnavo bolnika.

MERJENJE in ANALIZA *obsegata kakovost in količino storitev, neljube dogodke, celotne stroške zdravstvenega osebja, stroške materiala in opreme, vse investicije (tudi raziskave in razvoj), stroške 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 podlago za odločitve, tudi glede obsega osnovnega zdravstvenega zavarovanja (košarica pravic) ter potrebnega dodatnega zavarovanja s ciljem boljšega izkoristka virov financiranja v dobro zavarovancev.*

- *Merjenje je temelj za izboljšave zdravstvenih storitev ter 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, in to 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 podlagi podatkov tako na taktični kot strateški ravni in je bistvenega pomena za prizadevanja bolnišnic in zdravstvenih sistemov za delovanje 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* – naj sodobnejši.

- *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 – angl. *Value Based Health Care* – VBHC) so nov, 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 treba 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 tehnologija 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 pa 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 pa je pomembno, da so v merilu PROM (del metodologije NaVTeZ) zajeti tudi izkušnje in zadovoljstvo pacienta. S tem v sam plačilni model uvedemo usmerjenost k pacientu.

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

- *izplačila iz zdravstvene blagajne:* Zgodovina zdravstvenega zavarovanja kaže, da so stanovi plačevali različne vsote za zdravstveno zavarovanje, da bi ta sredstva ločili od sredstev države, pobranih z davki; ostanek tega razmišljanja je skupščina ZZS. Zdravstveni sistem naj bi porabil okoli 9 % BDP-ja, kar je primerljivo s preostalimi državami EU. Ali je res temu tako? Zdravstvena blagajna krije poleg zdravstvenih storitev še nezgode pri delu, kar je v bistvu strošek dela, in avtomobilske nezgode, specializacije in razvojne projekte, nesreče v gorah in pri adrenalinskih športih, poleg domačih tudi za preostale prebivalce EU, ter za hitrejšo obravnavo še plačila storitev iz žepa, zato je primerjava porabe s preostalimi državami 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 podlagi podatkov 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 s preostalimi državami EU, na podlagi katerih bi uredili to področje. Za tiste, ki jim čakanje na zdravstveno storitev 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.

- *Temelj zdravstvenega sistema, pravnoformalne rešitve, je zastarel.* 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 gospodarnosti porabe finančnih virov, nabave in izkoriščenosti opreme ter materiala.* Odsotnost v mrežo povezane sodobne poslovne informacijske rešitve, ki bi nudila 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, velike fiksne stroške za obratovanje ustanov ter slab 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 je prevetritev izobraževanja kadrov v zdravstvu in to moramo narediti primerljivo z izobraževanjem v 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 treba dati veliko več poudarka delu s pacienti. Posledica kazenske odgovornosti zdravnikov je defenzivna medicina, ki močno vpliva na čakalne dobe in povečevanje stroškov.*
- *Vloga osebnega zdravnika, izjemno pomembnega »vratarja« v zdravstvenem sistemu, je močno ohromljena in v nasprotju s temeljnim namenom. Zaradi izjemnega pomankanja splošnih zdravnikov v primerjavi z EU ter njihove preobremenjenosti tako z bolniki kot pretirano administracijo se vse več bolnikov napotuje na specialistične, praviloma dražje obravnave (primer: na Nizozemskem naj bi bilo le 4 % takih napotitev).*

PRIPOROČILA. *Skrb za zdravje je ena ključnih vrednot naše družbe, pri čemer je izjemno pomembno, da pristopamo celostno in naslavljammo 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 predstavljeno vizijo in načrti za uresničitev, ustrezno organizacijo in zavezanostjo spremembam lahko Slovenija naredi preskok iz zatečenega stanja. Priporočila v preteklosti so bila zapisana v t. i. bele knjige, manjkali pa so strukturirani načrti za njihovo udejanjanje.*

- *Cilj posodobitve slovenskega zdravstvenega sistema so kakovostne, varne in učinkovite storitve na temelju rešitev oz. dobrih praks iz EU, katere del smo, posebno iz sosednje Avstrije (s katero imamo skupno zgodovino/kulturo), zaradi lažjega udejanjanja zastavljenega. Potrebna je razdelitev dela med regulativo, upravljanjem in nadzorom, za stabilno financiranje pa je treba zdravstveno blagajno preobraziti v pravo zdravstveno zavarovalnico. Za uspešnost preobrazbe na podlagi pravih, v realnem času dostopnih podatkov za upravljanje in nagrajevanje je treba vzpostaviti informacijski temelj – v mrežo povezan poslovni bolnišnični informacijski sistem.*
- *Za preobrazbo sistema je potrebna korenita sprememba in ne majhni popravki, saj desetletja ni bilo potrebnih izboljšav, skladnih z razvojem panoge v svetu, posledica česar je entropija sistema. Treba se je zavedati, 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, več let, ob soglasju stroke in politike, na temelju 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 problem niti pacienti s svojimi potrebami niti zdravniki, ki le-te obravnavajo. Niti niso problem politiki s svojimi kadrovskega interesi. Prav tako ne dobavitelji, ki predvidljivo želijo prodati čim več po čim višji ceni. Problem je popolna odsotnost stroke upravljanja, to je uprav in nadzornih svetov, katerih člani 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 ob optimizaciji uporabe virov ter boljšega nadzora porabe vplačanih prispevkov treba zagotoviti tudi dodatna sredstva, zato predlagamo preoblikovanje zdravstvene blagajne v pravo zdravstveno zavarovalnico, ki bo poleg obveznega zavarovanja omogočila tudi dodatno zavarovanje z jasnim opisom kritja zavarovanj glede na potrebe zavarovancev 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 po njihovem zgledu najenostavneje nadgradili obstoječ način našega zdravstvenega zavarovanja.

Veljalo bi razmisliti o uvedbi posebnega zavarovanja za pravice, ki ne bi bile vključene v javni sistem socialnega zavarovanja. To bi bilo posebno zavarovanje, ki bi se sicer financiralo iz zasebnih sredstev zavarovancev, a bi moralo biti skladno z evropsko direktivo o neživiljenjskih zavarovanjih in podvrženo državni regulativi. Zavarovanje bi krilo tveganja za nekatere storitve, ki po svojem značaju niso prioritete za ohranitev ali povrnitev zdravja ljudi in ki tudi ne bi ogrozile zdravstvene varnosti ljudi. Razmejitev med socialnim in tem pogodbenim oziroma javno-zasebnim zavarovanjem bi moral urediti zakon. Bi pa to novo zavarovanje moralo biti obvezno za vse prebivalstvo z izjemo otrok, šolarjev in študentov, za socialno ogrožene oziroma osebe brez dohodka pa bi bila zavarovalec država. To v nobenem primeru ne bi bila neka nova oblika dopolnilnega zavarovanja, ampak posebna oblika vzajemnega

zavarovanja, ki pa bi zavarovancem omogočalo sklepanje pogodb v različnem obsegu in za različno raven pravic. Tako zavarovanje se razlikuje od nekaterih drugih komercialnih zasebnih zavarovanj, saj ga ureja in nadzoruje država. Med njenimi pristojnostmi je tudi določanje premijskega sistema in nadzor nad izvajanjem. Ob tem bi še vedno bila možnost ohranitve ali širitve drugih prostovoljnih zavarovanj za višji standard pravic, večji obseg pravic itd.

V pomoč predlagamo preučitev izkušenj naslednjih primerov:

- *Informacijsko rešitev za več kot 8000 uporabnikov na 26 fakultetah Univerze v Ljubljani, kjer so zaradi zastarelih različnih rešitev po fakultetah nujno potrebovali nov, enoten sistem.* Pogodba je bila podpisana februarja 2019. Junija 2020 so v rektoratu začeli s prvo implementacijo, 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 2024.
- *Nizozemsko zdravstveno reformo.* Leta 2006 so Nizozemci začeli vseobsežno reformo svojega zdravstvenega sistema, ki temeljila na načelih regulirane konkurence. Cilji reforme so bili boljša dostopnost, nižji stroški, večja kakovost in čim večja solidarnost. Vseh niso dosegli, prevladali so finančni interesi.
- *Regijskega združevanja bolnišnic v Avstriji.* 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 sta se povečali tudi kakovost in varnost obravnave pacientov.

- *Danski program zagotavljanja kakovosti* je akreditacijski sistem, ki ga vodi Danski inštitut za kakovost in akreditacijo v zdravstvu IKAS. Razvoj ustreznih akreditacijskih standardov poteka v sodelovanju z zdravstvenim osebjem po vsej državi, tako za javne in kot zasebne bolnišnice, za lekarne, za naloge občin, reševalne službe, za družinske zdravnike in zobozdravnike itd.
- *Sistem primarnega zdravstva na Aljaski* je bil ustvarjen na podeželju Aljaske, začenši v poznih devetdesetih letih 20. stoletja, z namenom izboljšanja zdravstvenih izkušenj avtohtonih prebivalcev južnega osrednjega dela. 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 itd.

NASLEDNJI KORAK: Dolgoročnemu načrtu sledi izdelava letnih načrtov po nivojih zdravstvenega sistema na temelju ključnih dejavnikov uspešnosti. Proces definiranja načrtov gre po nivojih od zgoraj navzdol, kvartalno se poroča načrtovane spremembe in mesečno kazalnike delovanja, slednje po nivojih od spodaj navzgor.

- *Treba prioritizirati tiste ukrepe, ki zagotavljajo maksimalni učinek in jih je še možno udeležiti glede na pričakovan odpor do sprememb.* Nujno je treba upoštevati stroko upravljanja sprememb, saj bo sicer prenos dobre prakse neuspešen, o čemer govori primer neuspešnega prenosa zgleda primarnega zdravstva z Aljaske na Škotsko (objavljeno doktorsko delo).
- *Iskanje ravnovesja med različnimi vidiki zdravstvenega sistema.* Kot pravi Adizes pri upravljanju življenjskega cikla organizacije (4), ne gre za enkraten ukrep, ampak je treba pri upravljanju zdravstvenega sistema stalno sproti iskati ravnovesje med finančnim interesom in

interesom pacienta ter 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.

Naloga države je zagotoviti kakovostno in učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, naloga posameznika pa je skrbeti za svoje osebno zdravje ter dati zgled tudi drugim. 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.

Miro Germ, Janez Remškar, Tomaž Schara, Tina Bregant, Andrej Možina, Bogomir Kovač

Viri:

1. Soin, Sarv Singh (1999). *Total Quality Essentials*. McGraw-Hill.
2. Collins, Jim, in Porras, Jerry I. (1990). *Built to Last*. Jossey-Bass.
3. Žibret, Branko, idr. (2012). *The EUs Public Sector Spending Problem*. AT Kearney.
4. Adizes, Ichak (2020). *Managing Corporate Life Cycle*. Adizes Institute.
5. EFQM Case Studies. <https://efqm.org/case-studies/>

s sodobnimi pristopi upravljanja

O sistemskem vidiku zdravstva



»Če postavimo dobre posameznike proti dobremu sistemu, dober sistem skoraj vedno zmagaja.«
Geary A. Rummler¹⁸

O sistemih. Teorije kompleksnih sistemov poznajo vse vede (seveda vsaka s svojega zornega kota) opazujejo in raziskujejo dogajanja, fenomene, ki niso nujno linearni in ki hkrati niso linearno odvisni od robnih pogojev. To so sistemi, kjer spremembe na njihovih zunanjih dejavnikih lahko privedejo do drastičnih sprememb njihovega delovanja, ali pa nasprotno, velike spremembe okolja skorajda ne vplivajo na delovanje sistema oz. delovanje posameznika v njem. Takšni so na primer družbeni sistemi, torej sistemi, v katerih so dejavni posamezniki, človek s svojim razumom, čustvi in zavestjo ob vplivu vrednot okolja.

Če lahko na makro nivoju v primeru razumevanja celotne družbe in države marsikaj "lineariziramo", pa je to na mikro nivoju, v odnosih med pacienti in zdravniki, mnogo težje, morda celo nemogoče. Posledično je razumevanje, vodenje in upravljanje zdravstvenega sistema trd oreh za vse različne vede, ki ta fenomen raziskujejo in osvetljujejo.

Sistem sestavljajo trije nivoji. Geary A. Rummler in Alan P. Brache delita sistem na tri nivoje (1): *organizacijski, procesni in nivo posameznika*. Za

¹⁸ Geary A. Rummler (1937–2008), pionir v uporabi tehnologij poučevanja in zmogljivosti v organizacijah. Knjiga »Improving Performance« je sprožila

učinkovito delovanje nivoja mora imeti vsak nivo svoje cilje, ustrezno postavitev (design) za njihovo doseganje ter upravljanje vsakega od njih. Za usklajeno delovanje celotnega sistema se organizacijski cilji preslikajo v procesne cilje in ti v cilje posameznikov. Za učinkovito delovanje sistema je treba obvladovati vseh devet elementov sistema, trdita.

Upravljanje organizacijskega nivoja (klinik in bolnišnic ter njihovih oddelkov, podpornih funkcij: nabave, kadrovske, informatike, vzdrževanja itd.), pri čemer velja delitev ciljev na podcilje organizacijskih enot (OE) kot ciljni prispevek posamezne OE k skupnemu cilju. Potrebna sta nadzor nad doseganjem podciljev OE in ustrezno ukrepanje. Glede na skupne cilje organizacije se določi prioritete in temu ustrezno med posamične OE porazdeli ljudi (kader), opremo in finance ter optimizira njihovo sodelovanje.

Upravljanje OE ne pomeni samo preslikave končnega cilja v podcilje posamičnih OE (angl. *Management by Objectives*), pač pa gre tudi za upravljanje učinkovitosti strategij pri približevanju k ciljem (Hoshin Kanri proces načrtovanja – glej priložo) s postavitvijo kazalnikov, njihovim merjenjem in ukrepanjem, z upravljanjem (omejenih) virov, ljudi, opreme in denarja. Vsaka OE ima svoje odjemalce. Če so odjemalci zunanji, je osnovni kriterij *»Kako dobro ponujene storitve pokrivajo njihove potrebe in pričakovanja«*.

Z uporabo EFQM-vprašalnikov »Process Survey Tools«⁽²⁾ lahko objektiviziramo stanje posameznih funkcij in definiramo prioritete, ki bodo vodile do potrebnih izboljšav. Ko govorimo o zdravstvu na nacionalnem nivoju, uporabe virov ni možno optimizirati v okviru posameznih bolnišnic in tako zmanjšati stroške, ampak je treba

revolucijo izboljšanja procesov. To je bil prvi tak pristop, ki je premostil vrzel med organizacijsko strategijo in posameznikom.

bolnišnice, ki skrbijo za zdravje vseh državljanov, povezati funkcionalno, v »Slovensko bolnišnico«. Posamična bolnišnica pa se bo specializirala in tako povečala kakovost in varnost ter učinkovitost ponujenih storitev!

»Ničesar ne verjemite, ne glede na to, kje ste prebrali ali kdo je to rekel – tudi če sem jaz to rekel –, dokler se ne sklada z vašim razmišljanjem in z vašim zdravim razumom.« Buda¹⁹

Upravljanje procesnega nivoja zahteva definicijo podciljev za ključne procesne korake. Ti cilji vodijo cilje funkcij. Procesni modeli zajamejo skico ključnih procesov, dodajanje vrednosti (diagnoza in zdravljenje), strateško načrtovanje in opise podpornih procesov (nabava in skladiščenje materiala, načrtovanje potrebnih kadrov, nagrajevanje in izobraževanje itd.), določitev njihovih skrbnikov in kazalnikov (naloga vodilnih). To omogoča redno spremljanje podatkov o rezultatih procesa, njegovih korakih, daje povratne informacije izvajalcem v procesu, identificira in popravlja procesna odstopanja, posodablja procesne cilje na temelju spremenjenih zahtev odjemalcev in internih omejenih virov. Vsak procesni korak je podprt z ustreznimi človeškimi, materialnimi in finančnimi viri.

Upravljanje nivoja izvajalcev zahteva stalno izpraševanje: Ali izvajalci razumejo ciljni rezultat svojega dela? Standarde, ki jim morajo zadostiti? Imajo zadostne vire? Jasno izražene prioritete? Imajo ustrezna pooblastila? So nagrajeni in informirani za doseganje zahtevanega? Imajo ustrezna znanja in veščine? Imajo potrebne fizične, mentalne in emocionalne sposobnosti? Razumejo pravila obnašanja?

¹⁹ Buda (ok. 5. do 4. stol. pr. n. št.), znan tudi kot Sidarta Gotama ali Sidarta Gautama, je bil filozof, popotni menih, mislec, duhovni učitelj in verski vodja, ki je živel v Indiji. Častijo ga kot ustanovitelja svetovne religije budizma, v večini

Ker je v storitveni dejavnosti kakovost storitve tesno povezana z izvajalcem, je kadrovsko področje ključno! Ocenjevanje kadrovske funkcije je mogoče po desetih kriterijih EFQM-vprašalnika (načrtovanje potrebnih kadrov glede na strategijo organizacije, razvoj zmogljivosti organizacije, kadrovanje, razvoj in vodenje posameznika, nagrajevanje in priznavanje, zdravje in varnost, interne in zunanje sodelovanje, upravljanje s podatki in HR-sistemi).

Okolje sistema. Na postavitve, delovanje in upravljanje sistema v veliki meri vpliva okolje. Pri zdravstvenem sistemu so to: Ministrstvo za zdravje z več vlogami (zakonodajalca in hkrati upravljalca: investitor pri izgradnji in obnovi objektov bolnišnic, občasno investitor v opremo, daje soglasje za člane svetov in potrjuje direktorja itd.), sindikati, stanovske organizacije, dobavitelji, politične stranke, nevladne organizacije, tehnološki trendi, trg delovne sile, zahteve pacientov, sistem vrednot in kulture naroda, ekonomska moč države itd.

Pri nogometu eni določijo pravila nogometne igre, drugi po njih sodijo, tretji pa po njih igrajo. Igranje po pravilih ne zagotavlja rezultata, ampak je ta odvisen od več dejavnikov: kulture kluba, njihovega trenutnega vodstva in trenerja, ki zna postaviti sodoben sistem igre, izbrati ter motivirati igralce, ki potem zmagujejo na nogometnem igrišču. Trg nogometašev pa določa njihovo ceno.

»Kjer vlada moč, nima razum kaj iskati.« Stara slovenska modrost

Zdravljenje na podlagi celovite diagnoze. Če pomislimo na slovenski zdravstveni sistem kot na bolnika, vidimo, da ne gre samo za poznavanje simptomov slabega zdravja (zdravstvenega) sistema, ampak predvsem da

budističnih šol ga častijo kot razsvetljenega, ki je presegel Karmo in ušel iz kroga rojstva in ponovnega rojstva.

ob napačni ali pomanjkljivi diagnozi niti zdravljenje ni ustrezno in ni usmerjeno v odpravo vzrokov za njegove težave.

Za vzgled nam je lahko razrušena, poražena Japonska po drugi svetovni vojni. Takrat so začeli uporabljati različna orodja za odpravljanje vzrokov problemov, kot je npr. diagram vzrokov in posledic, Pareto diagram (80 % posledic ima le 20 % vzrokov), 5-krat »Zakaj« in druge. To je preraslo v sistemski pristop obvladovanja celovite kakovosti, imenovan "Total Quality Management", formaliziran s podelitvijo t. i. Demingove nagrade leta 1951 poimenovane po Američanu dr. Edwardsu Demingu. Po njem se imenuje krog izboljšav PDCA (angl. *Plan-Do-Check-Act*), kot strukturiran pristop k izboljšavam s koraki: Načrtuj, Izvedi, Preveri in Izboljšaj.

Na podlagi raziskav in primerjav produktivnosti v avtomobilski industriji se je izkazalo, da so evropski proizvajalci avtomobilov daleč za Japonsko in ZDA. To je leta 1990 spodbudilo štirinajst vodilnih evropskih podjetij, da so ustanovili Evropski sklad za upravljanje kakovosti – *European Foundation for Quality Management – EFQM* (www.efqm.org) z nalogo razviti pristop oz. model, katerega uporaba bo dvignila konkurenčnost tudi v Evropi. EFQM je ob podpori Evropske organizacije za kakovost (EOQ) in Evropske komisije (EU-DG III) razvil model za »poslovno odličnost«, ki je še danes podlaga nagradi za odličnost EFQM (*EFQM Excellence Award*) in nagradam v državah Evrope in širše. Leta 1992 je bila podeljena prva taka nagrada (3).

Z razvojem modela je bil storjen korak naprej od filozofije zagotavljanja kakovosti k upravljanju celotnega sistema, saj model vsebuje elemente, ki zajemajo celoten sistem, tako dejavnike kot rezultate pri vseh deležnikih. Organizacije lahko objektivno izmerijo, kje so v primerjavi z

evropskim modelom, ki predstavlja idealno stanje »organizacijske odličnosti« v primerjavi z najboljšimi organizacijami, ki uporabljajo model. Rezultati prijaviteljev v pilotnem projektu za javni sektor, tudi zdravstvo, so bili ocenjeni po matriki: do 25 % točk (brez definiranih ciljev), do 50 % (za doseganje definiranih ciljev), do 75 % (če so dosežani cilji primerljivi z najboljšimi), več kot 70 % točk (najboljši rezultati v vseh pogledih). Rezultati so posledica dejavnikov: vodenjstva, strategije ter upravljanja z viri in procesi. Evropsko nagrado za odličnost leta 2024 je prejelo podjetje vamed (www.vamed.org), za upravljanje infrastrukture akademske bolnišnice AKH na Dunaju.

Z namenom ocenjevanja zrelosti sistema je bil razvit *Capability Maturity Model – CMM* (4), ki ocenjuje zrelost glede na stopnjo formaliziranega pristopa k izvajanju aktivnosti. Zrelost razdeli na pet nivojev: začetni oz. »herojski« (rezultati so doseženi s herojskim prizadevanjem in izgorevanjem posameznikov), drugi – »ponovljiv« (za enako bolezen enaka diagnoza in zdravljenje), tretji – »definiran« (klinične poti so zapisane), četrti – »upravljan« (na podlagi kazalnikov upravljanje aktivnosti) in peti nivo – »optimiziran« (optimizacija delovanja na podlagi sistematično zbranih podatkov). Ta model se je razširil predvsem na področju razvoja programske opreme, uporabljali smo ga tudi v najinem podjetju. Sedanji zdravstveni sistem pa se vse bolj zdi, da je iz »ponovljivega modela« prehaja v »herojskega«.

»Norost je vedno znova in znova ponavljati isto stvar in pričakovati drugačne rezultate.« Albert Einstein²⁰

Potreben celovit pristop k izboljšanju sistema z porabo preverjenih pristopov. Pomanjkanje kritičnih kadrov v zdravstvu, zahteve po večji

²⁰ Albert Einstein (1879–1955), teoretični fizik, najbolj znan po razvoju teorije relativnosti.

kakovosti in varnosti ter učinkovitosti zdravstvenih storitev, naraščajoči stroški, staranje prebivalstva itd. kličejo po sistemskem pristopu k izboljšavam, po sodelovanju več strok ter upoštevanju pristopov iz industrije, kjer je cilj »Več za manj« kot drugod v razvitih državah. Ob tem je nujno izpostaviti vidik vrednot, etike in morale, solidarnosti in pravičnosti, kar od zdravstva zahteva ne le prenos principov delovanja v razvitem gospodarstvu, pač pa popolnoma nov, svež razmislek s komponentami sistemov, ki omogočajo gradnjo povsem nove hiše zdravja, s poznanimi gradniki iz drugih sistemov (brkljalnik z vpisom »Sistem Thinking in Health Care« daje vrsto zanimivih prispevkov).

Pristop k izboljševanju delovanja sistema vse prevečkrat sloni na parcialnih poskusih v posameznih oddelkih organizacij. Premalo pozornosti je posvečeno celotnemu pogledu: strategiji za udejanjanje poslanstva, potrebni organizacijski strukturi za doseg ciljev in ustreznim posameznim upravljavskim praksam, ključnim procesom, s katerimi je delo opravljeno, in prizadevanju usposobljenih in motiviranih posameznikov, kot predlaga zgoraj omenjeni evropski model. Upoštevati je treba tudi, da si želimo, da čim več dela opravi družinski zdravnik. To je najbolj ugodno in tudi učinkovito z vidika bolnika, pa tudi z vidika stroškov. Zato je nerazumljiv velik razkorak med porabljenimi sredstvi, ki so pravzaprav sramotno nizka: 200 milijonov letno za primarno v primerjavi z dobrimi 4 milijardami za sekundarno in terciarno raven, ter nivoji nadzora nad porabo sredstev s strani plačnika storitev (ZZZS). Največja racionalizacija porabe je možna tam, kjer je je največ, in to omogočajo zgoraj opisana upravljavska orodja in pristopi ter potrebne celovite informacijske rešitve. Individualni nadzori dela nad posamičnim zdravnikom in ambulantno primarne ravni, kot smo jim priča danes s strani ZZZS, so popolnoma neprimerljivi z nadzorom (in možnim prihrankom) nad delom celotnega oddelka oziroma bolnišnice.

Zaradi pomankanja finančnih sredstev po drugi svetovni vojni so pri Toyoti začeli odpravljati aktivnosti, ki ne dodajajo vrednosti – gre za t. i. načela vitkosti. S časoma so se ta načela razširila na celotno industrijo in tudi na javni sektor. Na pobudo predsednika nadzornega organa, ki je bil hkrati tudi predsednik Danfossa, so izboljšali delovanje v akademski bolnišnici OUH Odense na Danskem. Če vpišete v brkljalnik »EFQM Health Care«, boste dobili številne zglede s področja uporabe EFQM-modela v zdravstvu!

Izobraževanje in nagrajevanje izvajalcev sta odvisna od osnovne lastnosti organizacije. Poznamo štiri vrste: *osredotočenost na posameznika, procesno, hierarhično in mrežno. Trenuten sistem nagrajevanja v javnem sektorju je postavljen za hierarhične organizacije, kot so vojska in banke (usposabljanje IMD, Managing Technology Enterprise).*

Bolnišnice so pretežno procesni tip organizacij z oddelki, ki izvajajo rutinske posege pri pogoju zadostnega števila ponovitev za varnost pacientov (po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije – SZO). Akademski bolnišnici pa sta deloma organizirani kot mrežni organizaciji (kot instituti), po navadi v segmentih, kjer sta financirani iz izobraževalnega in raziskovalnega dela in ne iz zdravstvenega zavarovanja. Pri prvih je poudarek na učinkovitosti, pri drugih na kakovostnem izobraževanju bodočih zdravnikov in vpeljavi novih tehnologij, kliničnih poti v prakso itd. Pri bolnišničnem/kliničnem delu pa je merilo kakovostna in varna obravnava bolnika ter tudi številčnost in teža obravnav. Zato mora biti nagrajevanje (pa tudi razpored dela, razmejitev delovnih nalog in tudi delovnega časa) drugačno in ločeno med seboj. Usklajevanje plačnih razmerij je zato težko, če ne celo nemogoče! Zato je treba ta področja jasno in transparentno razmejiti, kar bi omogočil enoten

informacijski sistem, ki bi dal potrebne podatke za upravljanje, tudi za ustrezno nagrajevanje (projekt eZdravje).

»Če želite voditi orkester, morate množici obrniti hrbet.« Aristotel²¹

Upravljanje sprememb. Mi, pacienti in tudi zdravstveno osebje, si zaslužimo boljši zdravstveni sistem na vseh treh nivojih: primarnem, sekundarnem in terciarnem, in to na temelju izkušenj iz EU (glede pravnoformalne osnove, zavarovalništva, nagrajevanja, fleksibilnega zaposlovanja itd.), kjer bodo bolj jasno določena pravila delovanja (vloge in odgovornosti posameznikov in organizacij, njihove medsebojne obveznosti, stimulatívno nagrajevanje zaposlenih itd.). Vsa ta področja, ki jih v desetletjih od ustanovitve Republike Slovenije nismo uspeli uskladiti s dobrimi praksami v EU (primer: reforma nizozemskega zdravstva), kličejo po spremembah.

»Bolje naredi malo na pravi način kot veliko stvari slabo.« Sokrat²²

Pri spremembah zdravstvenega sistema bi poleg dobrih zgledov veljalo upoštevati priporočila stroke: pomembno je »upravljanje sprememb«, saj se le-teh ne da zaukazati, ampak jih morajo ponotranjiti zaposleni na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema, ob njihovi svobodni odločitvi izbire delodajalca ali ustanovitvi svoje ambulate ob izpolnjevanju zahtevanih pogojev.

Kot mi je pred desetletji povedal pokojni oče – glavni zdravnik (»oberarzt«) v Švici in Nemčiji, je bilo švicarsko zdravstvo po organiziranosti takrat 20 let pred slovenskim. Danes, desetletja kasneje, mi pravijo, da je razkorak še večji. Čas bi že bil, da ga zmanjšamo, posebno ob pomoči slovenskih zdravnikov na vodstvenih položajih, ki delajo ali so delali v razvitih sistemih na vseh treh ravneh.

Miro Germ in Tomaž Schara

Viri:

1. Rummler, Geary A., in Brache, Alan P. (1990). *Improving Performance*. Jossey-Bass.
2. *Process Survey Tool Guide (2004). A guide to using and applying PSTs*. EFQM – Philips.
3. *The EFQM Model*. <https://efqm.org/the-efqm-model/>
4. Paulk, Mark C. (1995). *The Capability Maturity Model*. Addison-Wesley.
5. Adzes, Ichak (2020). *Managing Corporate Lyfe Cycle*. Adizes Institute.
6. *Organizational Lifecycle*. Adizes Institute.
<https://www.adizes.com/organizational-lifecycle>
7. Berwick, Donald M., idr. (2022). *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. Jossey Bass Health Series.
8. Collins, Jim, in Porras, Jerry I. (1990). *Built to Last*. Jossey-Bass.

²¹ Aristotel (384–322 pr. n. št.), starogrški filozof in polihistor. Ustanovitelj filozofske šole v Liceju v Atenah je začel širšo aristotelovsko tradicijo, ki je sledila in ki je postavila temelje za razvoj sodobne znanosti. Njegova dela pokrivajo širok spekter tem, ki zajemajo naravoslovje, filozofijo, jezikoslovje, ekonomijo, politiko, psihologijo in umetnost.

²² Sokrat (470–399), grški filozof. Velja za enega najpomembnejših filozofov saj se z njim začne novo obdobje v antični filozofiji. Njegova zapuščina je najbolje

ohranjena v zapisih Platona – enega od njegovih učencev, ki je kasneje učil Aristotela – in Ksenofonta. Sokrat je v svojih naukih obravnaval vprašanja naravnega delovanja in se ukvarjal z metodičnim spraševanjem. Bil je prvi v zgodovini, ki je v središče raziskovanja postavil definiranje in iskanje pravih pojmov, še posebej resnice. S svojimi teorijami je močno vplival na zahodno filozofijo.

Zdravstvo smo ljudje!



Ker je pri storitvah, tudi zdravstvenih, storitev neločljivo povezana z izvajalcem, je za kakovost, varnost in učinkovitost zdravstvenih storitev vloga kadrovske funkcije nepogrešljiva. Poglejmo si njene ključne naloge (1):

Kadrovska strategija prevede poslovno strategijo v kadrovske cilje in akcijsko načrtovanje ter prispeva k razvoju poslovne strategije. Pri tem je treba zagotoviti maksimalen prispevek kadrovske dejavnosti k uresničevanju poslovnih ciljev. Posledično so vsi ostali kadrovski procesi optimalno usklajeni s poslovnimi cilji. Proces identificira in opredeljuje zahteve glede človeških virov (vidike organizacijske sposobnosti in druge kadrovske procese, npr. zaposlovanje), ki so ključne za uresničevanje poslovnih ciljev, in opredeljuje ukrepe za njihovo reševanje.

Razvoj organizacijskih sposobnosti se osredotoča na razvoj organizacije, da bo sposobna izpolniti strateške poslovne cilje. Organizacijske sposobnosti je mogoče usmerjati z razvojem vodenja, organizacije, kulture in kompetenc. Določeni so cilji in prioritete za druge kadrovske procese (kadrovanje, razvoj zaposlenih, upravljanje talentov, upravljanje uspešnosti ter nagrajevanje in priznanja).

Kadrovanje se začne z določitvijo strateških ciljev in prioritet kadrovanja na temelju kadrovske strategije in razvoja organizacijskih zmogljivosti. Vrzeli med strateškimi prihodnjimi cilji in prednostnimi nalogami ter

trenutnim kadrovskim načrtom bodo podrobneje opredeljene v analizi vrzeli. Analiza vrzeli bo vključevala podrobno napoved dodatnih zaposlitev z zunanjega in/ali notranjega trga dela. Glavne naloge: Razvoj kadrovske politike in orodij. Organizacijske sheme/profiliranje delovnih mest in zahtevane kompetence za nosilce delovnih mest. Razvoj dolgoročnih kadrovskih načrtov (kvantitativno in kvalitativno načrtovanje virov). Razvoj podrobnih kratkoročnih načrtov potrebnih kadrov. Načrtovanje napovedi in pretvorba v potrebe po zaposlovanju. Načrtovanje nasledstva/načrtovanje kariere/načrtovanje napredovanja. Zadrževanje in odpuščanje. Spremljanje procesov in načrtovanje izboljšav.

Razvoj zaposlenih vključuje učenje, načrtovanje razvoja, izvajanje razvojnih načrtov in načrtovanje izboljšav. Proces mora povezati osebno rast s strateško usmeritvijo podjetja z uporabo rezultatov razvoja organizacijskih zmogljivosti in drugih kadrovskih procesov. Drugič, cilj osebne rasti bi moral biti zapolnitev vrzeli med prikazanimi in zahtevanimi kompetencami z uporabo rezultatov procesa upravljanja uspešnosti. Razvoj zaposlenih zahteva, da vodstvo in zaposleni prevzamejo odgovornost za ta proces. Vodje prevzamejo lastništvo nad procesom, ker ga prepoznajo kot ključno orodje za izgradnjo potrebnih zmogljivosti in izvajanje zahtevanih sprememb. Zaposleni prevzame lastništvo, ker prispeva k njegovemu osebnemu razvoju in rasti.

Upravljanje s talenti je specifična oblika razvoja zaposlenih za identificirane ciljne skupine, ki so ključne za uresničevanje sedanjih in prihodnjih ciljev organizacije. Proces upravljanja s talenti je ključen za privabljanje, rekrutiranje, selekcijo, ohranjanje in razvoj talentov za (bodoče) voditelje.

Upravljanje uspešnosti je proces, ki poslovne cilje pretvori v posamezne cilje za prihajajoče definirano obdobje in oceni uspešnost osebe v preteklem obdobju. Proces vključuje vrednotenje prispevkov glede na poslovne cilje in prikazane vrednosti v prejšnjem obdobju. Razlikovanje v zmogljivosti prek kalibriranih ocen. Usklajevanje osebnih ciljev s poslovnimi cilji za prihodnje obdobje. Ocenjevanje zahtevanih kompetenc in vrednot. Prepoznavanje priložnosti za razvoj ljudi. Rezultat procesa upravljanja uspešnosti so na novo opredeljena ključna področja odgovornosti, SMART individualni cilji (angl. *Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) in razvojne potrebe.

Nagrajevanje in priznavanje prispeva k privabljanju, ohranjanju, motiviranju ljudi. Proces nagrajuje zaposlene na podlagi njihovega prispevka in dodane vrednosti organizaciji. Vključuje finančne in nefinančne elemente. Cilji politike nagrajevanja so: Zagotoviti nagrade na podlagi uspešnosti, kar motivira vrhunsko delovanje. Zagotoviti konkurenčno polno nadomestilo, kar pomaga pritegniti in obdržati (najboljše) talente. Cilji so: Zagotoviti konkurenčno plačilo za uspešnost in izjemno plačilo za vrhunsko uspešnost. Vzpostaviti okvir nagrajevanja in priznanja. Olajšati interno mobilnost. Krepiti identiteto podjetja ter ustvarjati preglednost. Zagotavljati pravičnost pri odločitvah o nagradah. Nagrada je izražena predvsem v finančnih sredstvih, medtem ko je priznanje predvsem nefinančno sredstvo.

Zdravje in varnost vključujeta delovne pogoje v širšem smislu. Proces se osredotoča na upravljanje in izboljšanje zdravstvenih in varnostnih postopkov, preprečevanje absentizma in izboljšanje delovnega okolja. Prispeva k temu, da podjetje postane preferenčni delodajalec. Elementi so opisani tako, da predmet vrednotenja ni le vsebina postopkov, ampak tudi način vodenja, merjenja in izboljšanja zdravstvenih in varnostnih postopkov.

Notranji in zunanji odnosi. HR-funkcija upravlja notranje in zunanje odnose ob zavedanju vpliva organizacije na lokalno družbo in okolje. Notranji odnosi se urejajo z zaposlenimi, sveti delavcev in (drugimi) uradnimi predstavniki zaposlenih. Nekateri od teh notranjih odnosov bodo formalizirani v jasnih sporazumih med vpletenimi. Upravljanje zunanjih odnosov je lahko v smeri sindikatov, predstavnikov države, združenj pacientov ali drugih interesnih skupin, združenj delodajalcev itd. Nekatera od teh zunanjih omrežij bodo formalizirana v pogodbah ali sporazumih. Cilj tega področja je ustvarjanje skupnega razumevanja in skupnega interesa za prihodnji uspeh organizacije.

Upravljanje podatkov in kadrovski sistemi vključujejo postopke in sisteme za zbiranje, vzdrževanje, obdelavo in analiziranje HR-podatkov za podporo vsem relevantnim HR-procesom. Proces upravljanja podatkov in kadrovskih sistemov vsebuje: podatke, povezane z zaposlenimi, in dostopnost za uporabo zaposlenih in vodij. Kadrovski sistemi in razpoložljivost podatkov na ravni podjetja omogočajo tudi ekstrakcijo podatkov o uspešnosti procesov. E-osnovana orodja se uporabljajo za povečanje učinkovitost in uspešnost HR-procesov, za odpravo neučinkovitega ravnanja s HR-podatki in izboljšanje njihove hitrosti uporabe. E-osnovane rešitve podpirajo usposabljanje zaposlenih in uvajanje procesov v organizacijo.

Posebno aktualno je področje nagrajevanja, ki kliče po nujni posodobitvi v slovenskem zdravstvu, zato si ga pogledjmo podrobneje:

Sodobno nagrajevanje (2–4). V zadnjih desetletjih je bilo veliko zanimanja tako v gospodarstvu kot v javnem sektorju, tudi zdravstvu, za opustitev tradicionalnih sistemov ocenjevanja delovnih mest s predlogi: Decentralizirajte upravljanje in administracijo nadomestil. Zmanjšajte potrebo po pregledih ponovne klasifikacije in izboljšajte hitrost obdelave.

Zagotovite mehanizem za nagrajevanje zaposlenih za spretnosti in kompetence zunaj procesa priporočanja letne plače. Zagotovite večjo fleksibilnost pri plačilu za novo zaposlene. Pritegnite in obdržite zaposlene na visokokvalificiranih področjih. Ohranite svoj socialni kapital. Dovolite geografske razlike in konkurenčnost na trgu.

Organizacije so zmanjšale stroške in kompleksnost svojih struktur delovnih mest z zmanjšanjem števila ravni od vrha do dna. Neizogibno je, da strukture plač z mnogimi ravnmi vodijo v "lov na razrede", saj ljudje iščejo majhne spremembe v svojih odgovornostih, da bi upravičili razvrstitev v višji razred in s tem povišanje plače. Za te zapletene dogovore je bilo tradicionalno porabljeno preveč časa, zato je privlačnost širokih pasov očitna. Namesto da bi imeli veliko plačnih razredov, lahko preprosto uporabite širokopasovne razrede in tako zaposlenim ponudite možnost, da si povečajo svoje plače, in odpravite ali zmanjšate interes preskakovanja razredov. Na primer, strukturo delovnega mesta, ki je vključevala 20 ali več plačnih razredov (pri nas v javnem sektorju več kot šestdeset), je mogoče opisati v šestih do osmih širokopasovnih ravneh.

Širokopasovni sistem nagrajevanja je struktura plačil, ki se od tradicionalnih metod razlikuje po tem, da ponuja veliko večjo prilagodljivost. Namesto da bi bil poudarek na položaju zaposlenega v podjetju, je večji poudarek na razvoju zaposlenih v smislu njihovih kompetenc. V teoriji to pomeni, da obstaja večja možnost za povečanje plače zaposlenega, saj se večja vrednost pripisuje njihovim spretnostim in znanju kot pa vzponu po karierni lestvici. Ta pristop ponuja jasne prednosti, kot so: Vzdrževanje sistema postane bistveno manj naporno. Zaposleni so manj nagnjeni k izgradnji svoje nepogrešljivosti namesto k pridobivanju kompetenc ali spodbujanju uspešnosti. Upravljanje plačil je radikalno poenostavljeno.

Vendar ima širokopasovno nagrajevanje tudi omejitve. Če organizacija plače svojih zaposlenih razvrsti v majhno število plačnih razredov, je neizogibno, da bodo ti široki – zato se navsezadnje imenujejo »širokopasovni«. Posledično pasovi nimajo ravno podrobnosti, ki bi odražale tržne razlike med poklicnimi skupinami. Primerjalna analiza znotraj in zunaj je zato težka. Poleg tega se zaposleni trudijo ugotoviti, kako lahko napredujejo v smislu svojega razvoja in plačila – koraki med širokopasovnimi povezavami so veliki in napredovanje znotraj te strukture je pogosto nejasno.

Delodajalci so želeli združiti prednosti poenostavljene strukture razvrščanja z nečim, kar olajša robustno upravljanje plač in napredovanje. Podjetja morajo zaposlenim zagotoviti jasen vpogled v njihovo poklicno pot in pravi občutek njihove vrednosti za organizacijo, zato delodajalci vse pogosteje uporabljajo tudi skupine delovnih mest:

Skupina delovnih mest. Zamisel o obravnavanju vlog kot entitete ni nova. Klasifikacije poklicev obstajajo tako dolgo, kot obstaja vrednotenje delovnih mest. Zasuk, zaradi katerega so skupine delovnih mest vse bolj privlačne, je, da lahko delujejo skupaj s poenostavljenimi širokopasovnimi strukturami. Za vsak pas so ustvarjeni široki razponi plač, da se prilagodijo raznolikosti delovnih mest in širokemu razponu vrednosti trga dela za njih. Znotraj vsakega pasu so lahko tri do štiri plačne cone za prepoznavanje delovnih mest z različnimi stopnjami kompleksnosti, odgovornosti in potrebnih spretnosti. ustrezne morajo biti tudi razlike na trgu dela med delovnimi mesti. Treba paziti, da se ohranijo medsebojni odnosi. Zaposlenim zagotovite priložnost za rast znotraj področja, zato je treba usmerjati nadrejenega, da plačo zaposlenega uvrsti v pravi pas glede na trg dela.

Skupine delovnih mest so pogosto sestavljene na osnovi oddelkov, ki sestavljajo vašo organizacijo. Človeški viri so lahko na primer ime družine delovnih mest, ki zajema vse vloge na tem področju; te lahko vključujejo vloge, kot so kadrovske svetovalec, kadrovske pomočnik in kadrovske vodja. Zasnovane so tako, da zaposlenim naredijo karierno lestvico veliko jasnejšo, na drugi strani pa delodajalcem olajšajo razumevanje, koliko sta vredna delovno mesto in odgovornost, ki jo prinaša. To delodajalcem omogoča, da prilagodijo svoj sistem plačnih razredov tudi za različne vodje v različnih oddelkih, namesto da jih preprosto uvrstijo v isti plačni razred. Skupine delovnih mest so skupine, povezane s skupno nalogo ali poklicem. V skladu s tem imajo skupine veliko podobnosti, od katerih se večina neposredno nanaša na kompetence. Delovna mesta v skupini so si podobna v tem, da: zahtevajo podobna znanja, veščine, sposobnosti in odgovornosti; omogočajo kontinuum znanja, veščin in sposobnosti, ki predstavljajo karierno pot od najnižjega do najvišjega delovnega mesta; imajo pridruženo oz. povezano ključno obnašanje; imajo podobne tržno konkurenčne plačilne značilnosti.

- **Prednosti:** Uporaba sodobnejše skupine delovnih mest proti tradicionalni strukturi razredov ima veliko prednosti, kot so: Struktura skupine omogoča, da se lahko vzorci poklicnega napredovanja med različnimi skupinami razlikujejo. Uporabljajo se lahko za načrtovanje poklicnih poti z opredelitvijo potrebnih kompetenc na različnih ravneh in jasnim prikazom, kako lahko poteka napredovanje znotraj skupin. Omogočajo spreminjanje velikosti in hitrosti napredovanja nagrajevanja ter poklicnih sposobnosti. Lahko odražajo plačne stopnje tržnih pregledov za različne skupine.
- **Slabosti:** Čeprav ima uporaba skupine delovnih mest veliko prednosti, lahko ustvari tudi nekaj novih izzivov, ki jih je treba obravnavati: Čeprav je nekatere poklice najbolje obravnavati ločeno,

ker so različni, lahko te strukture povzročijo razdor, saj ustvarjajo različne poklicne „dimnike“ in očitno dajejo prednost nekaterim poklicem. To je mogoče premagati s previdnim razvrščanjem in ne dodeljevanjem pretiranega pomena samo nekaterim skupinam v organizaciji. Skupine delovnih mest lahko spodbujajo karierni razvoj znotraj skupine, vendar lahko zavirajo karierno prožnost med skupinami, saj večina ljudi večino svoje kariere preživi v eni skupini. V odsotnosti skupne strukture ocen, pri čemer ima vsaka ocena enak razpon rezultatov vrednotenja delovnega mesta, je težko zagotoviti enako plačilo za delo enake vrednosti. To je mogoče premagati tako, da skupine del podpremo z vrednotenjem delovnih mest in primerjalno analizo trga dela.

Organizacije v sodobnem zdravstvu imajo razdelano širokopasovno strukturo, ki uporablja nekaj širokih klasifikacij delovnih mest in nima toliko različnih delovnih razredov kot tradicionalne strukture plač, kar zmanjša poudarek na 'statusu' ali hierarhiji in daje večji poudarek stranskemu gibanju posameznika znotraj organizacije. V širokopasovni strukturi je zaposlenega lažje nagraditi za horizontalno kroženje ali razvoj veščin, medtem ko se v tradicionalnih strukturah plač z več razredi napredovanje plačil zgodi predvsem z napredovanjem na delovnem mestu. Tako je širokopasovni dostop bolj prilagodljiv plačni sistem.

Plačilni razredi temeljijo na konkurenčnem plačilu in določajo razpon plač za ustrezna delovna mesta v razredih. Ti pasovi se po navadi nanašajo na večino osebja, medtem ko izvršne funkcije pogosto zasedajo ločeno strukturo plač z individualnimi pogodbami. Struktura nadomestil s širokim razponom dobro deluje pri delodajalcih, pri katerih osebje po navadi ostane v isti organizaciji ter širi svoje sposobnosti in se usposablja, da napreduje znotraj tega pasu. Te organizacije imajo tudi širšo paleto osebja, delovnih mest in veščin. Širokopasovne plačne strukture imajo

pogosto 80- do 300-odstotni razpon med minimalno in najvišjo plačo; zaradi tega so primerne za zdravstvo.

Pri uporabi širokopasovne strukture v zdravstvu je treba upoštevati tudi specifične oz. način dela po nivojih v zdravstvu: osebnega zdravnika – usmerjenost na pacienta, bolnišnic – obravnavanje podobnih primerov (procesni tip organizacije) in akademskih – težki primeri in izobraževanje (mrežni tip organizacije).

Glede na to, da je sistem nagrajevanja v slovenskem javnem sektorju zasnovan na zastarelem hierarhičnem sistemu z več kot šestdesetimi razredi, je skrajni čas, da vlada posodobi tudi ta del zdravstvenega sistema v okviru celotne posodobitve nagrajevanja v javnem sektorju, s pomočjo profesionalcev kadrovske stroke z mednarodnimi referencami na področju nagrajevanja v zdravstvu.

Miro Germ, Tina Bregant, Tomaž Schara, Janez Remškar, Milena Pervanje, Andrej Možina, Bogomir Kovač

Viri:

1. *Process Survey Tool for Human Resources Management* (2004). EFQM-Philips.
2. Rama, Apoorva (2018). *How Are Physicians Paid? Policy Research Perspectives*. AMA Economic and Health Policy Research.
3. *Job Titles*. <https://www.bdireshourcing.com/img-media-hub/blog/nhs-doctor-job-titles-explained/>
4. *NHS Pay Scales*. <https://www.bdireshourcing.com/img-media-hub/blog/nhs-pay-scales-for-doctors/>
5. Adzes, Ichak (2020). *Managing Corporate Lyfe Cycle*. Adizes Institute.
6. *Organizational Lifecycle*. Adizes Institute. <https://www.adizes.com/organizational-lifecycle>

na osnovi izkušenj drugih

Zgledi vlečejo, mar ne?



Za preobrazbo slovenskega zdravstvenega sistema je modro pogledati izkušnje drugih, tako uspešne prakse in tudi vzroke za neuspešne, zato predlagamo podrobnejšo preučitev spodnjih primerov:

Nizozemska zdravstvena reforma

(1). Leta 2006 so Nizozemci začeli vseobsežno reformo svojega zdravstvenega sistema, ki temeljila na načelih regulirane konkurence. Cilji 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 osredotočalo 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 med najnižjimi v Evropi. Zmanjšala se je rast obsega oskrbe, občasno pa se pojavljajo čakalne vrste. Institucije si konkurirajo manj, kot so pričakovali.

Presenetljivo je, da ni bil dosežen cilj "prava oskrba na pravem mestu", ki so ga 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, novi modeli oskrbe, kot so mreže, vendar ni dokazov, da se je izboljšala kakovost oskrbe, kot je bilo napovedano.

Regijsko združevanje avstrijskih bolnišnic (2). Leta 1993 so se štiri koroške bolnišnice izločile iz državne uprave in se združile v skupnega izvajalca zdravstvenih storitev.¹ 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 sta se povečali 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 temeljnimi 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 združenja bolnišnic KABEG. Nova organizacijska struktura se je v veliki meri zgledovala po upravljavskih modelih delniških družb z upravnim odborom in nadzornim svetom. Tako naj bi s preverjenimi upravljavskimi pristopi v največji mogoči meri preprečili politični vpliv na vsakodnevno upravljanje bolnišnic.

²³ Po dvajsetletnim stalnim ocenjevanjem in izboljševanjem delovanja po modelu EFQM, je leta 2022 avstrijsko podjetje VAMED-KMB, upravitelj infrastrukture Akademске bolnišnice na Dunaju, prejelo nagrado EFQM Global Award (<https://efqm.org/the-efqm-model/>). Globalna nagrada EFQM priznava izjemne

Cilj nove organizacije je poslovnoorganizacijska 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 preostali 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 tudi interesi med posameznimi bolnišnicami.

Nekatere bolnišnice in klinike so mednarodno certificirane, kar pomeni, da izvajajo merjenje števila zapletov, kontrolo kakovosti zunanje presoje na 2–3 leta itd. Meritve se izvajajo na ravni oddelka in za zdaj ne na ravni posameznika. Za oddelek je odgovoren predstojnik. Pridobivanje certifikatov poteka po navadi postopoma za posamezne oddelke. Tako si bolnišnica počasi, z leti, ustvarja »dober glas«. *Ker je bolnišnic veliko in si na »trgu bolnikov« nekoliko konkurirajo, gre za neke vrste tekmovanje za bolnike.* Nezgode pri delu se obravnavajo v t. i. CIRS-sistemu (angl. *Critical Incident Report System*). Na oddelku vsak mesec zdravnik, ki je imel zaplet, naredi kratko predavanje o zapletu z namenom, da se izpostavi zaplet kot tak ter da se vsi iz tega kaj naučijo, in ne z namenom, da se posameznika diskriminira.

Upravljanje infrastrukture Akademске bolnišnice AKH na Dunaju (3). Celotno infrastrukturo akademске bolnišnice upravlja za to dejavnost specializirano podjetje.²³ Akademška bolnišnica AKH na Dunaju, mestu z

organizacije po vsem svetu, ki imajo nesporne rezultate pri nenehnem izboljševanju svoje uspešnosti.

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 milijona obrokov na leto. Svoje infrastrukture ne upravlja sama, temveč 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 m² bruto površine.

Ogledali smo si zanimiv interni transport s tekočimi trakovi (kot na letališčih), kar občutno poveča učinkovitost dela medicinskega osebja, ki pri nas opravlja tudi naloge takega transporta! Njihov avtomatični transportni sistem prepelje 98 ton oz. opravi 2500 prevozov na dan! Podlaga za upravljanje so sprotni podatki iz informacijskega sistema. V kontrolni sobi tako s pomočjo IT upravlja energente, celotno električno porabo 163.300 MWh in hlajenje s porabo 72.000 MWh letno. Na temelju pridobljenih podatkov o okvarah jim je sodoben informacijski sistem omogočil, da so z odpravljanja napak – prek preventivnega vzdrževanja – prešli na predvideno vzdrževanje, kar je občutno zmanjšalo stroške vzdrževanja opreme in povečalo njeno neprekinjeno delovanje. Zmanjšali so tudi izpuste glede na zahteve Kjotskega protokola ter nemudoma reševali prijavljene napake s strani njihovih pacientov, so povedali ob našem obisku.

Ker je delovanje bolnišnic bistveno bolj kompleksno kot vzdrževanje industrijskih objektov, se je ta dejavnost leta 1982 izločila iz matične družbe v samostojno podjetje. S povečevanjem tovrstnih potreb širom po svetu je preraslo v globalnega ponudnika za bolnišnice in druge ustanove v zdravstvenem sektorju, na petih celinah, v 98 državah. Tudi pri naših južnih sosedih. Bili so na obisku tudi pri naših dveh ministrih za zdravje, a brez njunega odziva, so omenili. Njihove storitve pokrivajo

celovito potrebe bolnišnic, od idejne zasnove, projektiranja in gradnje na ključ prek vzdrževalnih, tehničnih, komercialnih in infrastrukturnih storitev do celotnega upravljanja zdravstvenih ustanov z več kot 840 strankami z 227.000 posteljami. Poleg AKH upravlja v celoti še 100 bolnišnic s 15.000 posteljami. Lansko leto so za upravljanje infrastrukture akademske bolnišnice AKH na Dunaju prejeli najvišjo evropsko nagrado za odličnost. Ob tej priložnosti smo si njihovo poučno predstavitev ogledali na internetu.

Avstrijski zdravstveni zavarovalni sistem (4). 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 tudi 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 opredeljene vloge. Zvezno ministrstvo za delo in socialne zadeve je zvezni vidik, njegova vloga 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 upravljanje 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.

Delovno razmerje zdravnikov v Avstriji. Zdravnik v Avstriji lahko dela največ 48 ur na teden. To ureja paragraf § 3 Abs. 5 AZV – Bund. Če zdravnik podpiše t. i. *opt-out*, lahko dela največ 55 ur na teden (v povprečju, kar pomeni, da kak teden manj, kak teden več). So oddelki, kjer lahko *opt-out* obsega do 72 ur na teden, vendar so redki. Zdravnik kirurg ne more operirati v nobeni ustanovi zunaj svoje matične bolnišnice, kjer je zaposlen redno. Lahko ima (teoretično neomejeno) število zasebnih posvetovalnih ordinacij (kjer določa cenik sam) in te (zasebne) bolnike nato operira v svoji bolnišnici. Obstajajo pa tudi prosti zdravniki specialisti, ki nimajo redne pogodbe z bolnišnico oz. niso redno zaposleni v ustanovi. Takšni svobodni oz. samostojni (*»niedergelassen«*) specialisti pa lahko operirajo v več ustanovah, če imajo z njimi seveda sklenjene pogodbe.

Nagrajevanje je urejeno prek t. i. sistema nadstandardnega zavarovanja (*»Sonderklasse«*). Ta delež lahko znaša do 30 % zdravniške plače. Osnova za ta sredstva so nadstandardno zavarovani pacienti (na avstrijskem Koroškem npr. obvezno vsi zdravniki, pravniki nekateri uredniki itd.). Predstojnik oddelka naredi ključ razdelitve teh sredstev glede na *»pridnost«*, motivacijo in angažiranost sodelavcev. Predstojnikova vloga je zato pomembna in tudi zaradi teh odločitev ima več *»moči«* oz. vpliva. Za podaljševanje licence skrbi organizacija DFP (nem. *Diplom-Fortbildungsprogramm*), ki ima podeljen mandat s strani deželnih zdravniških zbornic. Beleženje izobraževanj poteka avtomatsko, elektronsko ob prijavi izobraževanja z osebno številko člana zdravniške

zbornice. Zaposleni imajo pravico do plačanega dopusta v trajanju 25 delovnih dni za petdnevni teden (ali 30 delovnih dni za šestdnevni teden) za vsako delovno leto.

Danski program zagotavljanja kakovosti v zdravstvu (5). V centru aktivnosti 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, tako za javne in kot zasebne bolnišnice, za lekarne, za naloge občin, reševalne službe, za družinske zdravnike in zobozdravnike itd.** Njihov namen je zagotoviti čim bolj varno in kakovostno oskrbo pacientov, kar izvajalci zagotavljajo 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 (tj. s procesi in strukturami). Združuje in uporablja že obstoječe podatke, zbrane v danskem zdravstvenem sistemu, npr. nacionalne zbirke podatkov o kakovosti, o varnosti pacientov (DPSD), nacionalnih kazalnikov in nacionalne raziskave zadovoljstva pacientov ter zaposlenih.

Projekt izgradnje nove akademske bolnišnice ob mestni obvoznici na Danskem (6). Akademska bolnišnico in kampus so iz centra mesta preselili ob obvoznico. Nova akademska bolnišnica UOH Odense, občine z 200.000 prebivalci, je ena največjih njihovih novih bolnišnic s svojimi

250.000 m² na 780.000 m² 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 dnevnih bolnišnicah. Enako kot v Ljubljani (in drugod po Evropi) je bila stara bolnišnica sestavljena iz stavb 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 meddisciplinarno sodelovanje in večkratno uporabo novih tehnologij pri organizaciji delovnih procesov.

Stavbe bodo tesno povezane z lokalno univerzo. Univerzitetni kampus sprejme okoli 21.000 študentov in ima 3300 zaposlenih. Več kot 20 % je gozdne površine. 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 nalagata sodobna praksa in standard o projektne vodenju.

Nagrajeni sistem primarnega zdravstva na Aljaski (7). Sistem zdravstvenega varstva Nuka je bil ustvarjen na podeželju Aljask, začeti v poznih devetdesetih letih 20. stoletja, z namenom izboljšanja zdravstvenih izkušenj avtohtonih prebivalcev južnega osrednjega dela; pomembno je, da je bil ustvarjen v povezavi z ljudmi, ki jim bo 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 demedikalizacije 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 sta namenjena enako spoštovanje in odgovornost. Zdravnik po navadi vidi bolnika le, ko obstaja nova zahteva po zdravstvenem varstvu, in ne vsakič, ko obišče zdravstveni center. Zmanjšali so se obiski bolnišnične A&E za 42 %, bolnišnični dnevi za 36 %, specialna oskrba za 58 % in rutinski obiski 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 – deluje tudi v partnerstvu s socialnimi storitvami, najemodajalci prostorov, izobraževalnimi ustanovami idr.

Primer Aljask 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, skrajšali čakalne dobe, dosegli nižje stroške in boljše storitve za osebje in bolnike. Seveda so morali za to spremeniti vloge zdravnikov in medicinskih sester – spremeniti so morali način dela, tudi kako so si oni zamišljali svoje vloge oz. 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 nadzorom nad stroški. Pogoji je premik v medsebojnih odnosih – od nadzora do partnerstva in od vloge strokovnjaka do vloge mentorja. Skratka, splošni zdravniki so se morali prilagoditi in sprejeti te spremembe. Treba se je zavedati, da je bilo

potrebnih skoraj 30 let, da so razvili svoj uspešen sistem; šlo je za celovito preobrazbo in za ne hitre rešitve trenutnih težav.

Informacijska rešitev Univerze v Ljubljani (8, 9). Univerza v Ljubljani je največja izobraževalna ustanova v Sloveniji. Po številu zaposlenih in letnih prihodkih spada med 10 največjih organizacij v državi. Letno ustvari okoli 440 milijonov evrov prihodkov. Januarja 2023 je zaposlovala 6347 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 je uporabnikov sistema že 8200, skupaj z zunanjimi sodelavci, delno zaposlenimi ali študenti na delu. ***Na Univerzi so zaradi zastarelih različnih rešitev po fakultetah nujno potrebovali nov, enoten sistem.*** Pogodba je bila podpisana februarja 2019. Junija 2020 so v rektoratu začeli s prvo implementacijo, 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 2024.

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 odgovorijo na vsa vprašanja, koliko oseb je na celotni Univerzi in kakšna je kadrovska sestava. Finančno poslovanje in finančno poročanje univerze je bistveno poenostavljeno. Zagotovili so večjo varnost podatkov. Z enotnimi pravicami in načeli dostopa je tudi lažje in bolj smotrno upravljati prostore z dragoceno opremo. Podatki so koristni za optimizacijo in planiranje parkirišč in prostorov, tudi pri načrtovanju novih gradenj itd.

Miro Germ, Janez Remškar, Tina Bregant, Tomaž Schara, Jurij Gorjanc

Viri:

1. *Healthcare reform in the Netherlands: After 15 years of regulated competition (2024)*. Cambridge University Press.
2. *KABEG 25 (2018)*. State Hospital Operating Company – KABEG.
3. *EFQM Webinar hosted by 2022 Global Award Winner: VAMED-KBM*. EFQM. <https://vimeo.com/799535557/d050ff67d9>
4. *Healthcare in Austria*. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Austria.
5. *Gradnja bolnišnice prihodnosti* (Google prevod). Odense University Hospital. <https://ouh.dk/til-samarbejdspartnere/det-nye-ouh>
6. *The Danish Healthcare Quality Program (DDKM)*. HealthManagement.org. <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-danish-healthcare-quality-programme-ddkm>
7. Mahal, Dawn (2017). *Resistance to change in primary care: an exploration of the role of professional identity*. University of Stirling Management School.
8. *Rešitev za več kot 8.000 uporabnikov na 26 fakultetah*. ŠPICA. <https://www.spica.si/baza-znanja/studija-primer-a-univerza-v-ljubljani>
9. *Vzpostavitev osrednega poslovnega sistema na Univerzi v Ljubljani (2024)*. Srečanje IT-klubov.

z novim zagonom

Pobuda izgradnje novega UKC-ja ob obvoznici



»Stori vse, za kar misliš ali sanjaš, da je v tvojih močeh. V drznosti se skrivajo genialnost, moč in čarobnost.« Goethe

Zastarela infrastruktura otežuje kakovostno in učinkovito delo ter je neprijazna do osebja in pacientov. Univerzitetni klinični

center v Ljubljani je največja zdravstvena ustanova nacionalnega pomena v državi z več kot 8000 zaposlenimi. Je velika ustanova, z izjemno pomembnim družbenim poslanstvom in številnimi izzivi. Ob običajnem kliničnem delu, obravnavi najzahtevnejših bolnikov je njegov pomemben del tudi raziskovalno-pedagoška dejavnost in uvajanje novih metod zdravljenja v domači prostor. Verjamemo, da je želja plačnikov zdravstvenih storitev izgradnja novega lahko dostopnega centra ob obvoznici, enako kot pri mladih zdravnikih specializantih v ustanovi, da bodo dočakali sodobne delovne pogoje. Od politike pričakujemo, da poleg reševanja urgentnih problemov začne tudi ta strateški projekt.

»Prvič, imeti določen, jasen praktični cilj. Drugič, imeti potrebna sredstva za doseganje svojih ciljev: modrost, denar, materiale in metode. Tretjič, usmeriti vsa sredstva v izbrani cilj.« Aristotel

Sedanja ustanova ima pred seboj številne izzive. V velikem delu so rezultat zastarele zakonodaje, tako z vidika upravljanja, financiranja in opravljanja pedagoško-raziskovalne dejavnosti ter so hkrati odmik od sodobnih načel avtonomije in upravljanja akademskih bolnišnic v

razvitem svetu, kar se kaže v vedno večjih zaostankih v razvoju v primerjavi z njimi. Še posebej bode v oči neposredna odvisnost od trenutne politike, ki je praviloma osredotočena le na svoj, 4-letni mandat. Praviloma nova politika opusti (celo dobre) zamisli prejšnje, kar povzroča stopicanje na mestu!

Delovno okolje ni stimulativno, saj je celotna infrastruktura zastarela: od funkcionalnosti stavb, strojnih in elektroinštalacij, načina ogrevanja in prezračevanja (potrebno večkrat na dan, da ni okužb), telekomunikacij, osvetlitve, hrupa, slabega dostopa za paciente itd. Od samega začetka se ustanova sooča z dozidavami, adaptacijami in vedno novimi bolnišnicami, ki spadajo k njej. Marsikatero gradnjo so bile v preteklosti na očeh javnosti zaradi sporne drage gradnje oz. korupcijskih škandalov, kar močno bremeni njeno osnovno poslanstvo. Gradnje se še vedno vrstijo in načrtujejo ena za drugo in jim ni videti konca. Na drugi strani se že odpirajo vprašanja o njihovi funkcionalni zastarelosti in morebitni prisotnosti rimskih ostankov, ki bi izvedbo projektov upočasnili. Ni se moč izogniti prepričanju, da se zadnjih 15 let vrtimo v začaranem krogu nedokončane akademske bolnišnice, hkrati že z znaki njene zastarelosti (saj bo UKC-jeva glavna stavba kmalu stara pol stoletja) in tudi stalnimi neuresničenimi razmišljanji o povsem novi akademski bolnišnici ob obvoznici, kar je bilo izpostavljeno (in žal spregledano) na posvetovanjih SAZU.

Ljubljana ima privilegij, da se akademska bolnišnica nahaja prav v glavnem mestu, hkrati pa je v slabšem položaju zaradi objektivno slabše dostopnosti prebivalcev regije do njenih uslug od slovenskega povprečja. Ustanova mora uresničiti dodeljeni program oskrbe pacientov, ki v veliki meri pomeni obravnavo najtežjih, najbolj zapletenih primerov. S tem je dostopnost za manj zahtevne, a za posameznega bolnika nič manj pomembne obravnave, izjemno zmanjšana! Njena

preobremenjenost je velika in posledično moteča ne le za Ljubljankinje in Ljubljance, pač pa tudi za kakovost klinično-raziskovalnega in pedagoškega dela. Ob tem ne gre zanemariti dejstva, da je sedanja osrednja slovenska zdravstvena ustanova prometno težko dostopna in funkcionalno zastarela. Moteč za bližnje prebivalce in tudi paciente je tudi hrup helikopterja. Pogovori o nujnosti regionalne bolnišnice v glavnem mestu potekajo že vsaj 20 let, brez resnejšega odziva države oz. politike. Samo po sebi se postavlja vprašanje: Nadaljevati večne dozidave/novogradnje v sklopu obstoječega kompleksa ali začeti z izgradnjo nove bolnišnice ob obvoznici, z možnostjo dostopa tudi s primestnim vlakom, in tako Ljubljani omogočiti možnost pridobitve regionalne bolnišnice, kot kažejo primeri drugod?

Akademsko bolnišnico in kampus so iz centra mesta preselili ob obvoznici. Nova akademska bolnišnica OUH Odense na Danskem, občine z 200.000 prebivalci, je ena največjih njihovih novih bolnišnic s svojimi 250.000 m² na 780.000 m² 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 stavb iz različnih obdobij 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 pri organizaciji bolnišnice. Stavbe bodo tesno povezane z lokalno univerzo. Univerzitetni kampus sprejme

okoli 21.000 študentov in 3300 zaposlenih. Več kot 20 % je gozdne površine 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 nalagata sodobna praksa in standard o projektnem vodenju.

»Življenje je kot vožnja s kolesom. Da bi ohranil ravnotežje, se moraš premikati.« Albert Einstein

O namenu gradnje nove akademske bolnišnice ob obvoznici, ki je bila prejšnje leto predana uporabi, sta nas pred desetimi leti na predavanju o izboljšanju procesov zdravljenja in posledično finančnih prihrankov s pomočjo principov vitkosti informirala dva strokovnjaka iz oddelka njihove akademske bolnišnice.

Na Danskem so potrebovali deset let od razpisa prek idejne zasnove in izgradnje do predaje naročniku. Pri nas je verjetno potrebno še več časa, zato je čim prej treba začeti s tem projektom.

»Nič ni nemogoče za tiste, ki verjamejo.« Aleksander Veliki²⁴

Od besed k dejanjem. Klinični center (oz. številne stavbe, ki spadajo vanj) je nastal pred drugo svetovno vojno, ko ta predel mesta še ni bil »center«. Njegova lega je bila izbrana zaradi bližine železniške postaje.

²⁴ Aleksander Veliki oz. Aleksander III. Makedonski (356 pr. n. št.–323 pr. n. št.), makedonski kralj in vojskovodja, znan kot eden najboljših antičnih vojskovodij in eden najbolj zaslužnih za razvoj grške kulture po tedaj znanem svetu.

Danes je ta lokacija v samem središču mesta, posledica česar ni le težji dostop za reševalna vozila, paciente in sorodnike iz Ljubljane in regije, ampak zaradi nekaterih več kot sto let starih nefunkcionalnih stavb z zastarelo infrastrukturo in njihove razdrobljenosti tudi ne omogoča več učinkovitega in kakovostnega dela medicinskega osebja, vpliva pa tudi na varnost in počutje pacientov. V novem centru v urejenem okolju, skladnim s sodobnimi okolijskimi in energetskimi standardi, urejenim dostopom in logistiko po stavbi ter gospodarnim upravljanjem materialnih osnovnih sredstev, bi se lahko srečevali pacienti s svojimi zdravstvenimi težavami z zdravniki, ki nam bodo lahko lažje pomagali v optimalnem delovnem okolju.

Zato Vladi RS predlagamo, da takoj začne s projektom izgradnje nove akademske bolnišnice s kampusom ob obvoznici, saj gre za večdesetletni projekt za naše potomce, infrastrukturo obstoječe pa prepusti v upravljanje specializiranemu podjetju za to vrsto dejavnosti, upoštevajoč izkušnje obeh zgoraj opisanih primerov. Vlada naj imenuje strokovno projektno skupino za pripravo obeh razpisov, skupaj s zunanjim partnerjem (svetovalec naročnika), za upravljanje infrastrukture obstoječe ter za izgradnjo nove ob obvoznici. Pri razpisu naj povabijo, kot pri arhitekturnih razpisih, le tiste, ki imajo vsaj eno referenco izgradnje ali upravljanja primerljive akademske bolnišnice, da ne bo nepotrebnih pritožb in podaljšanja izvedbe projekta.

Projektno skupino naj skladno s standardom za projektno vodenje in praksami na tem področju sestavljajo strokovnjaki, ki bodo pravilno definirali zdravstvene zahteve (število potrebnih postelj, operacijskih dvoran itd.), tehnične zahteve za objekte, njihove strojne instalacije (ogrevanje/hlajenje z aktiviranjem gradbene mase za dobro počutje pacientov itd.), telekomunikacijske in programske zahteve (zamenjavo obstoječih več kot stotih različnih nepovezanih informacijskih rešitev,

problem, ki je znan že dalj časa), ocenijo prometno dostopnost ter pripravijo potrebno finančno konstrukcijo (s pomočjo evropskih sredstev ali koncesije) itd. Izvajalec naj dobavi projekt na ključ, od zasnove do prevzema nove ob obvoznici, ki bo enako hitro dostopna vsem pacientom v državi. Prvi preprost korak je dopis vlade, kot ustanovitelja, mestnemu oddelku za urejanje prostora, da začne postopek spremembe ustreznega prostorskega akta, da ne bo zmanjkalo primernih zemljišč ob obvoznici.

Verjamemo, da bi izgradnja novega UKC-ja ob obvoznici dala zdravstveni stroki nov potreben zagon v dobrobit nas pacientov, s funkcionalno zasnovanimi stavbami na temelju sodobnih procesov zdravljenja, s sodobno opremo, informacijsko podprtimi procesi zdravljenja in upravljanja takega centra. Upamo, da bodo zgoraj opisani primeri prispevali k celovitemu pristopu k projektu.

Andrej Možina, Miro Germ, Janez Remškar, Tina Bregant

Viri:

1. *The Connected Zone of The New OUH - UK SUB.* <https://youtu.be/3moKXOyq-UU>
2. *Odense University Hospital (april 2020).* <https://www.youtube.com/watch?v=mgW-P3iG7T4>
3. *Odense University Hospital (september 2020).* https://www.youtube.com/watch?v=WF_u5D6OG7E
4. *Aurora - New Odense University Hospital (New OUH) and Faculty of Health Sciences.* <https://www.youtube.com/watch?v=NuMaDbWNICK>
5. *Denmark University Hospitals.* <https://www.cfmoller.com/p/Aarhus-University-Hospital-AUH-i2310.html>
6. *Building of the Future Design Concept.* <https://youtu.be/chL-NNwLCIA>
7. *What is a Smart Hospital?* <https://youtu.be/nHH1TzDRiqc>
8. *Advantech Intelligent Hospital Solution.* https://youtu.be/LlafbX_JXHE
9. *Inside The Hospital Room of The Future.* <https://youtu.be/JlICZCOZJkk>
10. *How to Build Hospital.* https://youtu.be/bd_hl-qRI8s

s takojšnjimi ukrepi za izboljšanje stanja

Zdravje zahteva zdrav zdravstveni sistem!



V Slovenija poteka široka in poglobljena javna razprava o delovanju zdravstvenega sistema. Zdravje kot temeljno vrednoto smo zapisali v ustavo in izbrali himno, Zdravljico. Ko skrbimo za svoje zdravje in še posebej ko je le to ogroženo, potrebujemo učinkovit,

strokoven in pravičen zdravstveni sistem v katerem se srečujemo pacienti in zdravniki.

Skrb za zdravje posameznika in družbe je kompleksen sistem kot ga opisujejo mnoge vede, znanosti in stroke. Avtorja sva se o kompleksnih sistemih izobraževala pri študiju matematike na Univerzi v Ljubljani in na poslovnih šolah doma in v tujini. Izkušnje sva pridobila z praktičnim delom in raziskavami v multinacionalnih podjetjih v tujini in v srednjih in malih organizacijah javnega in zasebnega sektorja v Sloveniji in sva bila za svoje delo tudi nagrajena.

Članek je poljudno napisan strokoven prispevek javni razpravi v teku, na ozkem področju vodenja in upravljanja organizacij. Članek ne posega v

razpravo o političnih odločitvah, pravnih podlagah in makroekonomskih učinkih delovanja zdravstvenega sistema. Je poskus preseganja mitov o zdravstvenih sistemih kot jih opisuje prof. Minzberg.²⁵ Drži se vloge posameznikov pri vodenju organizacij, v katerih se srečujejo pacienti in zdravniki.

Centralno planski model obvladovanja zdravstvenega sistema primeren takratnemu času in podedovan iz prejšnje države smo 30 let korakoma prilagajali zahtevam demokratične socialne države Republike Slovenije. Vmes je prišlo do spremenjene starostne strukture, napredka medicinskih znanosti in klinične stroke, družba se je odprla v trg dela v EU in razmerju med javnim in zasebnim zdravstvom nekako 80 : 20, ki je del kulture EU, ter napredku vodenje in upravljanje ki ima nova orodja temelječa na starih resnicah.

Zdravstveni domovi in bolnišnice kot tudi drugi javni in zasebni zavodi v zdravstvenem sistemu so visokotehnološke organizacije z vrhunsko izobraženimi posamezniki, ki s svojim znanjem nudijo pomoč pacientom, ki so pri tem praviloma v stiski. Njihovo strokovno in človeški pomoč je potrebno razbremeniti administrativnih upravljaljskih del, saj to lahko učinkovito opravijo za to usposobljeni.

Meniva, da napredek pri kakovosti, varnosti in učinkovitosti delovanja zavodov in njihovih storitev dosežemo s strukturo nadzornih svetov in uprav zavodov, z uvedbo odborov za ključne vidike delovanja, ki imajo jasno definirane in v pravnih aktih zapisane zadolžitve in odgovornosti. Tako opisane zadolžitve in odgovornosti organov zavodov so osnova za opis nalog in odgovornosti posameznikov ki lahko in zmorejo navedene

²⁵ Henry Mintzberg (1939), kanadski akademik in avtor del o poslovanju in upravljanju, trenutno profesor na Fakulteti za upravljanje Desautels Univerze McGill v Montrealu, Quebec, Kanada, kjer poučuje od leta 1968.

naloge tudi izpolnjevati. Zato vodenje in upravljanje zavodov zahteva od izbranih vodij znanje, usposobljenost, izkušnje, osebnostne lastnosti in visoko stopnjo zavesti po Adizes²⁶ in Kegan.²⁷ ***Svet in uprava sta strokovni funkciji zavoda, ki služita politiki skupščine ustanovitelja zavoda.***

Kot je povedal svetovno poznana nogometna trenerska legenda sir. Alex Ferguson, ko so ga vprašali, zakaj je bil tako uspešen, je odgovoril: ***“Skozi celotno mojo kariero smo igrali isti sistem nogometne igre 4-3-3 (s štirimi obrambni igralci, tremi vezisti in tremi napadalci) ter iskali primerne igralce, da popolnijo te vloge v postavitvi ob upoštevanju seveda kulture kluba.”***

PRVI KORAK: Definirati strukturo sveta zavoda (z optimalno 7 do 9 članov, pravi stroka)

Svet zavoda ima naloge in odgovornosti, ki jih opravlja skladno z zakoni RS in statutom zavoda. Naloge člani sveta opravljajo v posameznih odborih v katere so imenovani (3 do 5 članov) skladno s poslovníkom delovanja odbora. Imenovani v odbore so izbrani tako, da so sposobni in usposobljeni, imajo strokovno znanje, izkušnje in nivo zavesti potrebne za delovanje v posameznem odboru. Odbor pripravi mnenja o katerih potem odloča celoten svet zavoda.

²⁶ Ichak Kalderon Adizes (1937), svetovalec za globalno upravljanje, akademik in avtor, znan po tem, da prispeva k organizacijskemu razvoju in življenjskemu ciklu podjetij. Ta pristop je bil uporabljen v različnih organizacijah, od zagonskih podjetij do multinacionalnih korporacij, da bi olajšali hitre spremembe brez destruktivnih konfliktov in optimizirali uspešnost.

²⁷ Robert Kegan (1946), ameriški razvojni psiholog. Je licencirani psiholog in praktični terapevt, predava strokovni in laični javnosti ter svetuje na področju

Svet zavoda v odborih pripravi in na svetu poskrbi, da ima ustanova definiran sistem uravnoteženih kazalnikov vodenja in upravljanja, zapisan v strateških in operativnih dokumentih. Na predlog odborov, svet redno kvartalno in letno pregleduje poročila vodstva, ukrepa ob odstopanjih in zahteva izboljšave sistema vodenja in upravljanja na podlagi doseženega ali nedoseženega. Za primer, eden od mnogih, lahko vzamemo EFQM/Phillips vprašalnik za (samo)ocenjevanje poslovnih funkcij (2):

Odbor za strategijo in upravljanje s človeškimi viri zahteva od vodstva:

- da ima vodstvo definirane strateške in operativne načrte,
- da jih vodstvo kvartalno in letno pregleduje,
- da vodstvo ukrepa ob odstopanjih in izvaja izboljšave strateške in operativne načrte,
- da vodstvo predlaga svetu izboljšave sistema vodenja in upravljanja na podlagi doseženega ali nedoseženega in odobrene izboljšave tudi izpelje.

O teh aktivnostih vodstvo poroča svetu. Svet potrjuje načrte, rezultate in načrtovane spremembe o katerih poroča in jih predlaga vodstvo. Svet zahteva da vodstvo stalno spremlja in analizira razkorak med strateškimi cilji in prioritetami ter obstoječim stanjem in poskrbi za neprestano in postopno zmanjšanje razkorakov s tem ko uprava zagotavlja da:

strokovnega razvoja in organizacijskega razvoja. Konstruktivni razvojni okvir (CDF) je teoretični okvir za epistemološko in psihološko oceno odraslih. Temelji na empiričnih razvojnih raziskavah, ki kažejo, da je posameznikovo dojemanje resničnosti aktivno zgrajen »lasten svet«, ki je edinstven zanj in ki ga razvija skozi svojo življenjsko dobo.

Odbor za kakovost in varnost ter učinkovitost nadzira kakovost in učinkovitost storitev ter varnost pacientov s tem ko nadzoruje kako vodstvo:

- poskrbi za definicijo ključnih procesov in politik ter delovnih navodil pri obravnavi pacientov, kot tudi vseh preostalih podpornih procesov, s pomočjo sodobne informacijske tehnologije za njihovo stalno izboljševanje,
- obravnava poročila o internih in zunanjih presojah in ocenjevanjih, ter načrtuje in nadzira izboljšave ključni procesov,
- obravnava pohvale in pritožbe pacientov in nadzira odpravo njihovih vzrokov in izvedbo izboljšav,
- obravnava kvartalna poročila o neljubih dogodkih in nadzira odpravo njihovih vzrokov in izvedbo izboljšav,
- nadzira postopke certifikacije in akreditacije

Odbor za gospodarnost uporabe finančnih in materialnih virov zahteva in preverja da vodstvo ravna gospodarno:

- logistika ponudbe zdravstvenih storitev javnega zdravstva zavarovancem v javnem zdravstvu je sistematičen načrt in pristop za doseganje tako kratkoročnih kot dolgoročnih ciljev zdravstvene politike,
- elementi strategije vključujejo osnovno strukturo dobave zdravstvenih storitev, dobavo konkretnih zdravstvenih storitev, pogodbe z plačniki storitev, razvoj za opravljanje dogovorjenih storitev potrebnih zdravstvenih delavcev in zunanjih dobaviteljev sistemu zdravstva.
- strategija združuje različne elemente stroškov in investicij v izvedljiv načrt s časovnimi roki, računovodskimi digitaliziranimi sposobnostmi

merjenja vseh elementov izvajanja storitev in investicij ter doseženih pričakovanj uspešnosti,

- optimizacija dobave je neprestan postopek določanja števila in najustreznejših dobaviteljev. Dobavitelje je treba razvrstiti v številne kategorije kot so komercialne, prednostne in partnerske. Tako se osredotoči na najpomembnejše dobavitelje, določijo ustrezne prednostne naloge in upravljajo vsakega dobavitelja glede na njegov pomen za poslovanje,
- strateško upravljanje stroškov vključuje dejavnosti kupca/dobavitelja za opredelitev in prednostno določanje stroškov in stroškovnih gonilnikov, oblikovanje strategij za izboljšanje, ki vplivajo tako na stroškovne gonilnike kot tudi stroške, ter za doseganje zmanjšanja stroškov v celotni dobavni verigi.

Vprašanje razmerja med javnim in zasebnim je immanentno politična odločitev. Ne glede na to odločitev je za vodenje in upravljanje obeh podsistemov zdravstvenega sistema nujno in ključno uskladiti prehajanje pacientov in zdravnikov s sodelavci iz enega podsistema v drugega in nazaj.

DRUGI KORAK: Iskanje primernih kandidatov za odbore (glede na zgoraj opisane naloge odborov z definiranjem idealnega profila po načelih sodobne kadrovske stroke):

Predsednik sveta naj bo ugleden in uspešen voditelj z izkušnjami pri upravljanju po velikosti primerljive družbe iz gospodarstva ali javnega zavoda, kot kaže primer Univerzitetne akademske bolnišnice OUH Odense iz Danske, kjer je bi predsednik nadzornega organa predsednik multinacionalke Danfos, ki je ravno takrat vpeljevala »principe vitkosti«, kar je od njih zahteval svetovni trg. Bil je bil iniciator tega pristopa tudi v akademski bolnišnici, ki jo je nadziral. Ugled je prvi pogoj, da ti drugi

sledijo, saj se spremembe ne dajo zaukazati! Morebitni strah in očitki, da je namesto pacienta profit na prvem mestu, so v takem primeru neosnovani.

Predsednik Odbora za strategijo in upravljanje s človeškimi viri naj bo kadrovski direktor iz uglednega primerljivega podjetja ali zavoda, primarij z znanjem in izkušnjami na kadrovskem področju, ali direktor z opravljenim MBA in izkušnjami z načrtovanjem v večjem uglednem podjetju ali zavodu.

Predsednik odbora za kakovost in učinkovitost ter varnost pacientov naj bo idealno direktor kakovosti po velikosti primerljivega podjetja ali zavoda, s člani, ki pokrivajo kakovost in varnosti pacientov, procesov in poslovne informatike, iz po velikosti primerljivih uglednih podjetij in zavodov.

Predsednik Odbora za gospodarnost uporabe finančnih in materialnih virov naj bo finančni direktor s člani, ki pokrivajo nabavo, vzdrževanje, iz po velikosti primerljivih uglednih podjetij ali zavodov.

NASLEDNJI KORAK: Imenovanje vodstva in članov uprave s strani sveta na osnovi njihovih zapisanih ključnih nalog in meril.

Kot primer strukture uprave predlagava ogled »Kritičnih dejavnikov poslovanja« (neljubi dogodki) in »Ključnih dejavnikov uspešnosti« (varne, kakovostne in učinkovite storitve) po zgledu TQM-sistem korporacije Hewlett-Packard (1).

V Avstriji je praksa, da bolnišnico vodi ugleden in izkušen zdravnik s pomočnikom za podporne funkcije (CEO in COO, kot v gospodarstvu), da podjetje vodi predsednik z osnovno izobrazbo iz tega področja, ki se je izobraževal iz poslovnih ved ter nabiral izkušnje s horizontalnim kroženjem in vertikalnim napredovanjem v okviru procesa izbire vodilnih kadrov.

Pri kadrovskem profilu generalnega direktorja, primeri profilov so vidni v vsakem mednarodnem razpisu za direktorja mreže kliničnih centrov objavljenih na spletu, je potrebno upoštevati različno poslanstvo akademskih in splošnih bolnišnic. Akademске so izobraževalne in raziskovalne institucije ter izvajajo najtežje posege (mrežni tip organizacije), medtem ko so splošne bolnišnice osredotočene na izvajanje vrhunskih storitev v svojem okolju (procesni tip organizacije), kar pomeni različne poudarke pri njihovem vodenju in upravljanju. Npr. akademsko AKH na Dunaju v Avstriji, vodi ugled zdravnik z znanjem in izkušnjami iz vodenja in upravljanje, infrastrukturo v celoti pa izvaja za to dejavnost specializirano podjetje vamed, medtem ko vodi dansko OUH Odense direktor z desetletnimi izkušnjami vodenja primerljivih organizacij javnega sektorja pri zelo samostojnih enotah.

Tehnologija bolnišnice je medicinska doktrina, zato mora biti strokovni direktor ugleden zdravnik skupaj s predstavnico nege, ki sta skupaj odgovorna za kakovost in varnost storitev, s pomočjo direktorja zadolženega za procese in informatiko pa tudi za njihovo učinkovitost. Za primerno motiviranost in usposobljenost in razvoj osebja skrbi kadrovska direktorica, za ustrezno razmerje med kakovostjo in ceno potrebnega materiala in opreme skrbi direktor nabave, direktor vzdrževanja skrbi da stavba in njena oprema služi osnovnemu procesu diagnoze in zdravljenja (pametna bolnišnica). Naloge, kot primer, so podrobno zapisane v EFQM/Phillips vprašalnikih za ocenjevanje funkcij in so lahko orodje za ocenjevanje uspešnosti direktorjev!

ZAKLJUČEK. Iz zapisanega generičnega teksta o izboljšanju delovanja svetov in uprav zavodov in agencij javnega in zasebnega zdravstva je v obliki statutow, pravilnikov in delovnih navodil potrebno:

- natančno zapisati vsebine za delo svetov in uprav v konkretnih tipih javnih zavodov kot so zdravstveni domovi, splošne bolnišnice,

terciarno raziskovalni klinični centri in državne agencije tipa ZZS, NIJZ in druge agencije,

- natančno zapisati vrednote, kriterije, cilje, naloge in izvedbe postopkov izbora članov svetov in uprav javnih zavodov in agencij tistim, ki jim zakon podeljuje mandat, da izbirajo in imenujejo člane svetov in uprav,
- natančno zapisati zahtevana znanje, usposobljenost, izkušnje, osebnostne lastnosti in stopnjo zavesti za kandidate za člane svetov in uprav med katerimi lahko izbirajo mandatarji in jim podelijo jasno zapisane odgovornosti in pooblastila.

Politika delovanja zdravstvenega sistema je predmet odločitev državljanov, državnega zbora in državnega sveta ter vlade Republike Slovenija, posledično skupščin zavodov. Z razvojem in spremembami zakonov, ki jih bo prinesla javna razprava o zdravstveni politiki, se ustrezno razvija in nadgrajuje tudi statute in pravilnike delovanja svetov in uprav kot strokovnih organov vodenja in upravljanja v zavodih in agencijah.

Tomaž Schara in Miro Germ

Viri:

1. Soin, Sarv Singh (1999). *Total Quality Essentials*. McGraw-Hill.
2. Adzes, Ichak (2020). *Managing Corporate Lyfe Cycle*. Adizes Institute.
3. *Organizational Lifecycle*. Adizes Institute.
<https://www.adizes.com/organizational-lifecycle>
4. *EFQM Case Studies*. <https://efqm.org/case-studies/>

²⁸ Opis celovitega pristopa k razreševanju problemov zdravstva lahko najdemo v knjigi »Curing Health Care« (1990), ki razlaga cilje, organizacijo in zasnove Nacionalnega demonstracijskega projekta (NDP). Pomemben ameriški eksperiment se je v zlati dobi upravljanja kakovosti začel, ko je skupina več kot

ZDRAVLJENJE²⁸ po fazah življenjskega cikla



Ker želimo spodbuditi strukturiran pristop k zdravstveni reformi, Vladi RS predlagamo, da le-to zasnuje kot strateški projekt, ki naj ga vodi strateška pisarna v skladu z definiranim življenjskim ciklom, kot je to običajno pri tako kompleksnih in pomembnih projektih.

»Preprosto ne razumemo, da je slovenski zdravstveni sistem v prvi vrsti organizacijsko-poslovni problem in ne samo zagotavljanje zdravstvenega funkcionalizma.« Bogomir Kovač

Prehod od ad hoc odpravljanja posameznih akutnih problemov do ustreznih celovitih načrtov za odpravljanje njihovih vzrokov. Če želimo rešiti akutno krizo slovenskega zdravstva, potrebujemo sistemske spremembe, dobro usklajen dolgoročni načrt ter skrbno vodenje in upravljanje sprememb za izvedbo načrtov. Sedanjih razmer ne moremo popraviti z delnimi politikami, začasnimi ukrepi in improviziranimi rešitvami.

Če boli koleno, je to simptom, da je nekaj narobe. Po navadi se posameznik najprej posvetuje z znanci in prijatelji o simptomu. Če ne najde vzroka in bolečine ne zmore blažiti s preprostimi ukrepi, postane to problem, ki mu sledi obisk pri zdravniku. Osebni zdravnik opravi pregled

100 zdravnikov pod vodstvom harvardskega profesorja pediatrije Donalda M. Berwicka in vodstvenih delavcev v zdravstvu ter strokovnjakov za nadzor kakovosti v industriji septembra 1987 organizirala sestanek o izboljšanju kakovosti v zdravstvu. NDP je nato združil 21 strokovnjakov za upravljanje

in pacienta glede na izsledke pošlje k specialistu za prepoznani problem. Pogovor (anamneza), z ustrezno opremo, praviloma pokaže na vzrok, ki se zdravi skladno z medicinsko doktrino. Redna analiza celotnega procesa zdravljenja – neuspešnih in uspešnih posegov, s povratno zanko do osebnega zdravnika – omogoča izboljšave zdravstvenih storitev.

Kot pri zgoraj opisanih običajnih fazah zdravljenja pacienta in glede na svoje izkušnje pri kompleksnih projektih predlagamo opis **življenjskega cikla strateškega projekta »Reforma zdravstva«** po modelu »slapa« (»waterfall«). Gre za linearni in zaporedni pristop, pri katerem je treba vsako fazo zaključiti, preden se premaknete na naslednjo.

A) DEFINICIJA ZAHTEV – Od SIMPTOMOV do PROBLEMOV (Ministrstvo za zdravje ob sodelovanju vseh deležnikov)

Če želimo napredovati od mnenj posameznikov o »bolezenskih simptomih« slovenskega zdravstva k celovitemu razumevanju problemov zdravstvenega sistema, predlagamo **strokovno vodeno večdnevno delavnico SWOT-analize z interesno in številčno uravnoteženo zasedbo**.

To je po navadi najboljša pot za prepoznavanje notranjih in zunanjih dejavnikov, ki so za doseganje zastavljenih ciljev strateškega projekta ugodni ali neugodni.

Predlagamo strukturirano sestavo deležnikov kot predstavnikov različnih interesnih skupin. V imenu države oziroma političnih nosilcev bi sodelovali predstavniki Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje, Nacionalnega instituta za javno zdravje in Urada za nadzor,

kakovost in investicije v zdravstvu. Predstavniki zdravstvenega osebja so z vseh treh sistemskih ravni, javnega in zasebnega dela (vseh reprezentativnih stanovskih zbornic in društev). Tu so tudi *predstavniki pacientov* (Zveza pacientov – ZOPS, zastopniki pacientovih pravic), predstavniki delodajalcev (različne gospodarske zbornice Slovenije) in *predstavniki upravljalstev strokovnih skupin*, reprezentativnih združenj (Združenja zdravstvenih zavodov, Društva ekonomistov v zdravstvu, Slovenskega društva za medicinsko informatiko, Slovenskega združenja za kakovost in odličnost) ter raziskovalno-izobraževalnih institucij (osrednjih treh javnih univerz in drugih akademskih strokovnih skupin s področja zdravstva).

Le tako široko zastavljena interesno in strokovno uravnotežena reprezentativna udeležba na delavnici, organizirana s strani Ministrstva za zdravje, bo dala na strokovno vodeni večdnevni delavnici verodostojne rezultate.

Rezultat faze: Seznam problemov pri delovanju zdravstvenega sistema reprezentativnega telesa.

B) STRATEŠKA PISARNA²⁹ – Od PROBLEMOV do odpravljanja njihovih VZROKOV

Glavna naloga strateške pisarne je **pretvorba strateških načrtov v izvedbo**, kar vključuje nadzor nad izvajanjem načrtovanih strategij in aktivnosti. Strateška pisarna preprosto skrbi, da so načrtovane spremembe usklajene s cilji preobrazbe zdravstva. Spremembe spremlja in upravlja s pomočjo ključnih kazalnikov uspešnosti (KPI) ter redno

kakovosti iz večjih ameriških proizvodnih podjetij, univerz in svetovalnih podjetij ter jih povezal z vodstvenimi ekipami enaindvajsetih zdravstvenih organizacij. To je kasneje vodilo v reorganizacijo zdravstva, pri čemer je bil poudarek posebej na javnozdravstvenih vsebinah.

²⁹ Canadian Blood Services, glavni ponudnik krvnih storitev v Kanadi z letnim proračunom 900 milijonov kanadskih dolarjev, več kot 4000 zaposlenimi in 17.000 prostovoljci, je odličen primer organizacije, ki je ustanovila strateško pisarno na začetku svoje razvojne poti. Strateška osredotočenost je bistveni element končnega uspeha.

pregleduje napredek in terja odgovornost za odstopanja. Učinkovito izvajanje strategije razvojnih sprememb zahteva sodelovanje in usklajeno prizadevanje med različnimi ministrstvi. Proaktivno prilagaja strategije glede na spremenjene okoliščine, tudi zaradi odporov na spremembe. Spodbuja ustvarjalno reševanje problemov ter podpira pobude izvajalcev načrtov.

Strateška pisarna (1) vodi strateške projekte po jasno opredeljenem življenjskem ciklu:

1. faza: ZASNOVA PROJEKTA – Organizacijska STRUKTURA in KADRI

Organizacijska struktura: sponzor projekta – ministrica/minister za zdravje, strateška pisarna s podpornimi funkcijami, svet strateškega projekta, izvršni direktor, vodje za posamezne vsebinske sklope problemov in njihove ekspertne delovne skupine

Imenovanje vodstva: Strateška pisarna v imenu Vlade RS s pomočjo kadrovske organizacije (vladne ali zunanje) definira primeren profil predsednika sveta projekta in njegovih članov glede delovnih nalog, potrebnih kompetenc in pripadajočih zavarovanj ter nagrajevanja. Definiranje nalog izhaja iz vsakokratne vladne koalicijske pogodbe, iz rezultata SWOT-delavnice – s skrbno zbrano listo realnih nakopičenih problemov ter premišljenih, kakovostnih in realno prilagojenih domačih in tujih trendov ter iz izkušenj uspešnih preobrazb primerljivih zdravstvenih sistemov. Nekaj smo jih opisali v brošuri in dobro je, če ima svet projekta mednarodno zasedbo. Naročnik je ministrica/minister) za zdravje, ki sodeluje pri sestavi sveta in ima kot odgovoren možnost veta na predloge strateške pisane. Svet projekta potem imenuje direktorja. Ta izbira projektne vodje, ki sodelujejo pri izbiri članov projektnih skupih. Takšna je običajna pot kadrovskega strukturiranja projekta.

Potrebne kompetence: To je ena ključnih presoj, ki obsega *formalne kriterije* (stopnja in smer izobrazbe, delovne izkušnje), *strokovno usposobljenost* (delovanje in poznavanje enega ali več področij zdravstvenega sistema, poslovnih strategij in modelov, finančne in aktuarske analize, upravljanja tveganj ipd.). Pomembna je *strateška naravnost* vodstvenih kadrov (upravljanje s spremembami, razvojne usmeritve družbe, kadrovska politika) in *operativnovodstvena sposobnost* (vodstveni stil, motiviranje sodelavcev – metode in uspešnost, skrb za razvoj zaposlenih, pomen in vzdrževanje pozitivne organizacijske klime, obvladovanje konfliktov, spoštovanje različnosti). *Organizacijske in osebnostne kompetence* (delovni stil in postavljanje prioritet, delegiranje in nadzor dela, odprtost, empatija, osebna integriteta) so ključne za končni uspeh vodenja sprememb.

Postopek kadrovanja: Kadrovanje je zaradi sistematične politizacije izbire kandidatov ena od najšibkejših strani naše družbe. Lahko poteka na več načinov, z neposrednim vabilom kandidatu/-om, ki jih je kot relevantne prepoznal že naročnik ali kadrovska organizacija, prek oglaševanja v relevantnih medijih in dodatnimi predlogi iz obstoječih podatkovnih kadrovske baz. Toda pomembna je strokovna kadrovska obdelava kandidatov glede na potrebne kompetence, ki ji sledi predlog izbora, podan v presojo naročniku. Končni izbor je narejen po enem ali več pogovorov, na katerih preverijo informacije iz kadrovske obdelave in lahko presojajo tudi osebnostne in komunikacijske lastnosti kandidatov. Vsi postopki morajo temeljiti na najvišjih etičnih standardih obravnave in stroge zaupnosti.

Rezultat faze: Izdelan je organogram z vodstvom in izvajalci po sklopih problemov.

2. faza: DIAGNOZA PROBLEMOV – Glavni PROBLEMI in njihovi VZROKI

Identifikacija glavnih problemov: Slavno Paretovo¹ načelo poudarja, da 80 odstotkov posledic izvira iz 20 odstotkov vzrokov. Torej se je treba osredotočiti na te vzroke. Vzemimo preprost primer. Med osrednje vzroke slabega nadzora nad stroški, kakovostjo in varnostjo storitev spada spoznanje, da zdravstvo nima v skupno mrežo povezanega sodobnega poslovnega informacijskega sistema. Zato imamo težave z izračunom trenutno nerealnih cen storitev, neustreznim nagrajevanjem ter kakovostnim vodenjem zdravstvenih organizacij na podlagi ciljev in kazalnikov. Lahko bi figurativno rekli, da zdravstveni sistem preprosto nima ustreznega poslovnega živčevja.

Diagnoza vzrokov problemov: Po navadi se analize vzrokov problemov lotimo z diagramom vzrokov-posledic¹ (diagram v obliki ribje kosti), ki razdeli vzroke problemov na glavne kategorije: *človeški dejavnik, postopki, materiali in oprema, delovno okolje ipd.*

Vzemimo kot primer *problem velikega števila padcev pacientov med nočno izmeno, kar ogroža njihovo varnost in kakovost nege*. Med vzroke štejemo *postopke* (neupoštevanje varnostnih navodil, neustrezna navodila za urgentno ukrepanje, slabo poznavanje pacientov itd.), *človeški dejavnik* (neustrezno razmerje med številom pacientov in številom osebja, nezadosten obseg usposabljanja, slaba komunikacija itd.), *oprema* (neustrezni pripomočki za varnost pacientov, nezadostna osvetljenost, stikalo za klic v sili itd.), *delovno okolje* (spolzka tla, slaba funkcionalnost sob, pragoi itd.).

Rezultat faze: Izdelani so diagrami vzrokov in posledic za ključne probleme zdravstvenega sistema, vse ravni zdravstva in osrednje akterje tako javnega kot tudi tržnega dela.

3. faza: NAČRT TERAPIJ – Izdelava STRATEŠKEGA in LETNIH prebojnih načrtov (2)

Nujni pogoj za preobrazbo zdravstvenega sistema **je opredelitev celovitega dolgoročnega načrta na osnovi POTREB prebivalstva**, ki je del prostorsko-tehničnega, ekonomsko-finančnega in kadrovske-organizacijskega načrtovanja. Izhajati mora iz potreb prebivalstva, upoštevati mora demografsko strukturo in razvoj medicinske stroke. Vse to mora biti v skladu z javnozdravstvenimi prioritetami in zmožnostmi države. Vsebina mora biti usklajena med vsemi sodelujočimi v zdravstveni dejavnosti, pri čemer je treba upoštevati kriterije, potrebne za kakovostno in varno obravnavo pacientov. Strukturiran razmislek po korakih je nujen za skladen in celovit dolgoročni načrt, ki omogoča uspešno posodobitev zdravstvenega sistema.

Koraki strateškega načrtovanja: Prvi korak je opis *namena, poslanstva, vizije in skupnih vrednot* zdravstvenega sistema, nato pa določitev *dolgoročnih ciljev* za njihovo udejanjanje. Sledijo opis *dejavnikov uspešnosti in groženj za neuspešnost, segmentacija prebivalstva ter opis njihovih potreb* po zdravstvenih storitvah skozi celotni življenjski cikel ljudi oziroma pacientov. To pomeni od rojstva (skrb za nosečnico, presejalni programi, varen porod, skrb za zaplete in njihovo pravočasno reševanje) prek predšolskega obdobja (preventivni/sistematični pregledi, ki vključujejo tudi presejalne teste, cepljenje in skrb za zdrav celostni razvoj, skrb za kurativo), šolskega obdobja in obdobja adolescence (podobno kot v predšolskem obdobju, vendar z večjo avtonomijo pacienta in obsežnejšo preventivo) pa vse do dolgotrajne nege ter paliativne oskrbe. Pri tem je treba upoštevati razpoložljive vire ter oceniti finančne prilive in odlive iz zdravstvene blagajne, kar daje podlago za odločitve glede obsega obveznega osnovnega in potrebnega dodatnega zdravstvenega zavarovanja, tudi zasebnih oblik zavarovanj (različne košarice pravic, javnozdravstvene prioritete).

Strateškemu načrtu sledi izdelava letnih načrtov. Za letno načrtovanje predlagamo uporabo Hoshin Kanri (»kompas«) tabel za načrtovanje, implementacijo in pregled.¹ Proces definiranja načrtov gre po nivojih od zgoraj navzdol, kvartalno pa se poroča od spodaj navzgor. Postavke, za katere je potreben večji obseg dela, naj se vodijo po ustreznem projektnem življenjskem ciklu.

Rezultat faze: *Izdelani so strateški načrt in Hoshin Kanri tabele prebojnih letnih načrtov, razširjenih skozi zdravstveni sistem za njegovo uresničenje; projektni načrti za večje postavke v implementacijskih načrtih; karte vrednostne ponudbe glede segmentacije potreb prebivalstva; krovni procesni model sistema s skico odnosov med izvajalci s KPI-ji.*

4. faza: IZVEDBA TERAPIJ – Od ZASTAVLJENEGA do USPEŠNE IZVEDBE

Upravljanje sprememb (3): Upravljanje in vodenje sprememb v organizaciji vključuje podporo posameznikom, skupinam in vodjem pri vpeljevanju večjih organizacijskih in poslovnih premikov. Najpomembneje je, da *ustvarimo občutek nujnosti sprememb*. Namesto preproste predstavitve sprememb potrebujemo predstavitev priložnosti, ki izhaja iz potreb po spremembi ter želje po njihovi uresničitvi. Naslednji korak zahteva *oblikovanje »koalicije predanih«*. Ti predani ljudje na vseh ravneh so osrednji nosilci, ki pomagajo voditi spremembo, seveda ne brez ustreznih spodbud in pobud. Sledi *oblikovanje strateške vizije*, ki vključuje jasno predstavo, kako bo videti življenje po načrtovani in izvedeni spremembi. Pomagajte vsem, da vidijo smer, v katero greste, in hrepenijo po njej, namesto da se kratkovidno osredotočajo na korake, ki so trenutno pred njimi. Za učinkovito izvajanje sprememb boste potrebovali izjemno veliko podporo v celotni organizaciji. Zato je pomembna *»podpora prostovoljcev«*. *Omogočite ukrepanje z odstranitvijo ovir*. Spoznajte, kje se zaposleni soočajo z izzivi pri izvajanju sprememb zaradi strukturnih težav, kot so slaba komunikacija ali pa neučinkoviti procesi.

Razčlenite vzroke ovir, da olajšate napredek. Pomembno je *ustvariti pogoje za hitre zmage*. Načrtovani uspehi ohranjajo zagon in motivacijo za dodatne spremembe. Prepoznavanje zgodnjih uspehov je najboljša spodbuda sprememb. Še naprej prepoznajte in praznujte majhne zmage, da bodo vsi napolnjeni z energijo in da se bodo zavedali svojega napredka. *Ohranite pospešek*, ki temelji na postopnih uspehih in majhnih zmagah. Uporabite te uspehe kot odskočno desko za hitrejšo napredovanje. Zaposlene morate motivirati z materialnimi in nematerialnimi spodbudami. Končni uspeh vodenja sprememb je njihovo *formaliziranje*. Zato velja preprosto *končno pravilo*: Praznujte rezultate uspešnih sprememb.

Rezultat faze: Načrti so izvedeni v roku glede na časovnico in v okviru načrtovanih virov.

5. faza: ZAKLJUČEK z ANALIZO POTEKA – Analiza izvedbe strateškega projekta s strani naročnika in izvajalcev

Po zaključku projekta je treba poročati o izvedbi celotnega projekta naročniku, poleg rednega sprotne poročanja. Izkušnje, pridobljene pri tem projektu, so pomembne za naslednje strateške projekte države glede na načrtovani obseg, cilje in porabljene vire itd.

Rezultat faze: *Sklepno poročilo o izvedbi projekta obravnava odgovorni državni organ – naročnik strateškega projekta.*

ZAKLJUČEK. *Za uspešno zdravljenje zdravstva je nujen strukturiran pristop*, zato Vladi RS predlagamo, da ustanovi strateško pisarno, ki bo definirala življenjski cikel za strateški projekt »Reforma zdravstva« v skladu z mednarodnimi dobrimi praksami. Najširše zastavljeno reprezentativno telo naj določi seznam problemov zdravstva na strokovno vodeni delavnici. Strateška pisarna, s soglasjem ministrice za zdravje, naj imenuje vodstvo strateškega projekta ob pomoči državnega

organa za kadrovanje (kot bivši Kadrovsko-akreditacijski svet – KAS) ali ugledne kadrovske agencije. Vodstvo projekta imenuje direktorja, ki izbere projektne vodje, ti pa imenujejo člane projektних ekspertnih skupin. Te bodo z uporabo sodobnih upravljavskih orodij ugotovile vzroke glavnih problemov ter izdelale ustrezne načrte za odpravo le-teh. Načrte bodo potem udeležili odgovorni v organih države ob upoštevanju priporočil stroke glede upravljanja sprememb. Vodstvo projekta bo redno poročalo strateški pisarni, ki bo nadzirala učinkovitost izvedbe in tudi redno mesečno poročala Vladi RS. Ob koncu bo naredila analizo uspešnosti in jo predala naročniku v pregled in za izboljšanje procesa.

»Zdravstvena politika in zdravstvena stroka morata ob vse večjem zaostrovanju financiranja zdravstva zadržati naše dobre rešitve in sprejemati dobre rešitve v svetu. »Rešitve nakopičenih problemov niso možne v enem letu in z njimi se morata strinjati tako politika kot stroka!« Janez Remškar

*Miro Germ, dr. Tina Bregant, dr. Tomaž Schara, mag. Katja Hleb, prim.
Janez Remškar, dr. Jurij Gorjanc, dr. Bogomir Kovač, idr.*

Viri:

1. Kaplan, Robert S., in Norton, David P. (2005), *Creating the Office of Strategy Management*. <https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/05-071.pdf>
2. Soin, Sarv Singh (1999). *Total Quality Essentials*. McGraw-Hill.
3. Kotter, John. *The 8 Steps for Leading Change*.
<https://www.kotterinc.com/methodology/8-steps/>



DODATKI³⁰

Spisek glavnih terapij

»Nekoč je živel izčrpan podiralec drevja, ki je zapravljaj čas in energijo, ker je udarjal s topo sekiro. Kajti, kot je rekel, ni imel časa, da bi se ustavil in nabrusil rezilo.« Anthony de Mello³¹



Uravnotežen sistem kazalnikov za tekoče uravnoteženo upravljanje organizacije. Upošteva njene štiri vidike delovanja: finančni, odjemalce, ključne procese ter učenje in rast. Na vsakem od teh področij meri in spremlja kazalnike, ki so ključnega pomena za uspešnost organizacije.

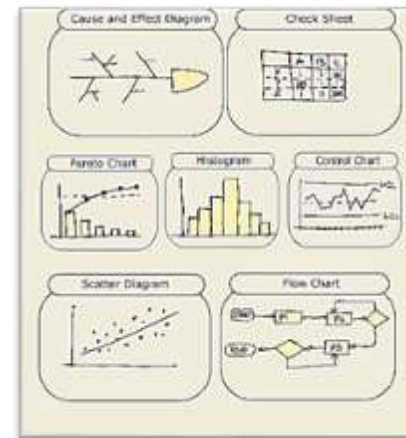
Hoshin Kanri letno prebojno načrtovanje za udejanjanje strateških ciljev. Izvira iz povojne Japonske; "Hoshin" v prevodu pomeni »kompas«, torej gre za upravljanje smeri, za razliko od upravljanja s cilji. Gre za kaskadni proces, kjer se namere s cilji in strategije z merili razvijejo po nivojih organizacije ter tako poenotijo prizadevanja.

PDCA-krog za stalno izboljševanje.³² Z njegovo uporabo lahko organizacije prepoznajo težave, določijo cilje, udejanjajo rešitve, merijo njihove rezultate in po potrebi izvajajo prilagoditve (Plan: načrtuj, Do: izvedi, Check: preveri, Act: ukrepaj).

Benchmarking za primerjavo različnih vidikov delovanja organizacije z najboljšo prakso drugih, običajno znotraj skupine, opredeljene za primerjavo. Odpravljanje ugotovljenih pomanjkljivosti, izboljša njihovo delovanje in s tem njihovo konkurenčnost za trajnostno doseganje rezultatov.

Osnovna orodja kakovosti za odpravljanje težav izdelkov in storitev povezanih s kakovostjo.

- **Pareto analiza:** Metoda za ugotavljanje pomembnih dejavnikov, ki prispevajo k težavi, pri čemer se osredotoča na najpomembnejše vzroke (princip 80 % posledic ima 20 % vzrokov).
- **Histogram:** Grafični prikaz porazdelitve podatkov, ki pomaga razumeti razširjenost in razpon variabilnosti v procesu.
- **Diagram vzrokov-posledic** (Diagram ribje kosti): Orodje za prepoznavanje vzrokov težav, razdeljenih na glavne kategorije, kot so ljudje, metode, materiali, oprema, okolje in meritve itd.
- **Kontrolni list:** Preprosto orodje za zbiranje podatkov, kjer se podatki zabeležijo in nato analizirajo za ugotavljanje vzorcev.
- **Kontrolna karta:** Grafični prikaz podatkov skozi čas, ki pomaga spremljati stabilnost procesa in odkrivati morebitne nenavadne variacije.
- **Diagram razpršenosti:** Grafični prikaz odnosov med dvema spremenljivkama, ki pomaga razumeti morebitne povezave ali korelacije.
- **Histogram ali stolpčni diagram** je vrsta grafikona, ki se uporablja v statistiki za prikaz porazdelitve določene statistične spremenljivke.



³⁰ Uredil Miro Germ.

³¹ Anthony "Tony" de Mello (1931–1987) indijski jezuitski duhovnik, znan po svojem zapisovanju zgodb, ki jih je črpal iz različnih tradicij Vzhoda in Zahoda.

³² Obstajajo različne opredelitve, ki jih ponujajo mednarodne organizacije za standardizacijo ISO, ameriško združenje za kakovost ASQ in akademski viri.

Sistemi vodenja kakovosti za dosledno zagotavljajo kakovosti izdelkov in storitev. ISO 9001 je svetovno priznan standard za sisteme vodenja kakovosti, ki organizacijam, vseh velikosti in vseh sektorjev, zagotavlja okvir za vzpostavitev, izvajanje, vzdrževanje in nenehno izboljševanje sistema vodenja kakovosti.

Upravljanje življenjskega cikla organizacije za obvladovanje rasti in preprečevanju njenega zatona. Organizacije, velike in male, gredo skozi življenjski cikel, skozi stopnje rasti in stopnje zatona: *dvorjenje, otroštvo, dajmo-dajmo, adolescence, zrelo obdobje, znaki staranja, aristokracija, obtoževanje, birokracija in smrt*. Če prepoznate znake stopnje vaše organizacije, lahko upoštevate nasvete za preskok na naslednjo stopnjo, ali preprečite njen zaton.

Upravljanje vitkosti za odpravljanje neproduktivnih dejavnosti in nepotrebnih aktivnosti v celotni organizaciji, z namenom povečanja kakovosti in učinkovitosti z odpravo zapravljenih virov, kot so čas, denar in trud. Namen je ponuditi le najboljše in najdragocenejše storitve ali izdelke za svoje odjemalce po primerni ceni. Izhaja iz proizvodnega sistema Toyote.

Metoda KJ (metoda Kawakita Jiro) je japonska organizacijska tehnika, še posebej uporabna za kategorizacijo in prednostno razvrščanje idej.

- **Ustvarjanje idej:** Udeleženci posamično zapišejo svoje ideje na kartice ali samolepilne listke.
- **Tiho združevanje:** Brez razprave člani skupine tiho združijo podobne zamisli na veliki površini, kot je stena ali miza.
- **Označevanje kategorij:** Ko so vse zamisli združene, vsaka skupina dobi oznako, ki povzema njeno krovno temo.
- **Razprava in ureditev:** Ekipa razpravlja o kategoriziranih idejah, po potrebi preureja in izpopolnjuje skupine.
- **Prepoznavanje vzorcev in odnosov:** Z razpravo udeleženci prepoznajo vzorce, odnose in teme med skupinami.
- **Določanje prednostnih nalog in odločanje:** Skupina daje prednost kategorijam na podlagi ustreznosti, nujnosti ali drugih meril, ki so pomembna za cilje seje.

SWOT-analiza za pomoč osebi ali organizaciji pri prepoznavanju prednosti, slabosti, priložnosti in groženj, povezanih s konkurenco ali načrtovanjem projekta. Namenjena je prepoznavanju notranjih in zunanjih dejavnikov, ki so ugodni ali neugodni za doseganje zastavljenih ciljev.

Notranji dejavniki

- **Prednosti** so tisto, v čemer se organizacija ali posameznik odlikuje, da ima prednosti pred drugimi: npr. poslovna kultura in organizacija, znanje in tehnologija, kakovost proizvodov in storitev, učinkovitost procesov itd.
- **Slabosti** so dejavniki, ki jih mora organizacija ali posameznik izboljšati, če želi ostati primerljiv in konkurenčen glede na druge: npr. slabo upravljanje stroškov in financ, omejeni človeški in materialne viri, neustrezna tehnologija, slaba organiziranost, nemotiviranost zaposlenih itd.

Zunanji dejavniki

- **Priložnosti** so dejavniki, ki jih lahko organizacija ali posameznik izkoristi za doseg svojih ciljev: npr. pridobitev novih odjemalcev, posodobitev ponudbe, hiter odziv na nove trende, uporaba novih tehnologij in novih poslovnih modelov itd.
- **Grožnje** povzemajo tveganja, ki spremljajo spremembe in negativno vplivajo na sposobnost organizacije ali posameznika pri doseganju želenih ciljev: npr. splošna gospodarska in finančna kriza, državna regulativa, novi konkurenti, spremembe zahtev odjemalcev itd.

Vodenje projektov je disciplina načrtovanja, izvajanja in nadzorovanja projektov za doseganje ciljev v okviru omejitev, kot so čas, proračun in viri. Vključuje: določanje namena/obsega projekta ter organizacijske strukture, izbiro življenjskega cikla projekta ter podporne programske opreme, načrtovanje potrebnih aktivnosti z roki in nosilci ter potrebnimi viri, upravljanje virov, spremljanje napredka in poročanje, obvladovanje tveganj, učinkovito komunikacijo med skupinami ter analizo izvedbe po zaključku.

Model upravljanja sprememb³³ pomaga organizacijam učinkovito krmariti spremembe z vključevanjem zaposlenih, ustvarjanjem občutka nujnosti ter vključitvijo novih praks v organizacijsko kulturo za trajni uspeh. Faze modela:

- **Ustvariti:** Ta prvi korak poudarja pomen ustvarjanja prepričljivega argumenta za spremembe, da bi spodbudili motivacijo med zaposlenimi in zainteresiranimi stranmi. *Ključne dejavnosti:* Prepoznajte in poudarite potencialne grožnje in priložnosti. Trendi delniškega trga in konkurenčne analize, ki kažejo potrebo po spremembah. Spodbujajte odprte in iskrene razprave, da ustvarite zagon.
- **Graditi:** Ključnega pomena je sestaviti skupino vplivnih voditeljev in zainteresiranih strani, ki bodo spodbujali prizadevanja za spremembe. *Ključne dejavnosti:* Prepoznajte ključne voditelje in deležnike, ki imajo moč vplivati na druge. Zgradite koalicijo z raznolikim naborom spretnosti in perspektiv. Spodbujajte timsko delo in razvijte skupno zavezanost pobudi za spremembe.
- **Formulirati:** Jasna in prepričljiva vizija vodi prizadevanja za spremembo in pomaga uskladiti prizadevanja za skupne cilje. *Ključne dejavnosti:* Razvijte preprosto, razumljivo vizijo, ki zajema želeno prihodnje stanje.
- **Ustvarite strategije za doseganje vizije.** Poskrbite, da je vizija sporočena učinkovito in pogosto.
- **Sprožiti:** Pogosta in pregledna komunikacija pomaga vključiti vizijo v kulturo organizacije. *Ključne dejavnosti:* Uporabite vse možne kanale za sporočanje vizije in strategij. Obravnavajte pomisleke in povratne informacije odkrito in pošteno. Vodite z zgledom in pokažite vedenje, ki je usklajeno z vizijo.
- **Omogočiti:** Prepoznavanje in odpravljanje ovir za spremembe je bistvenega pomena za napredek. *Ključne dejavnosti:* Opredelite procese, strukture ali vedenja, ki ovirajo spremembe. Omogočite zaposlenim, da ukrepajo in izvajajo spremembe. Zagotovite potrebne vire in podporo za premagovanje ovir.

- **Osredotočiti se:** Doseganje in praznovanje majhnih zmag pomaga ustvariti zagon in okrepiti prizadevanja za spremembe. *Ključne dejavnosti:* Postavite kratkoročne, dosegljive cilje, usklajene s splošno vizijo. Prepoznajte in nagradite posameznike in ekipe za doseganje teh ciljev. Uporabite uspehe za motiviranje in navdih za nadaljnja prizadevanja.
 - **Ohraniti:** Ohranjanje zagona zahteva gradnjo na zgodnjih uspehih, da bi spodbudili globlje in obsežnejše spremembe. *Ključne dejavnosti:* Po vsaki kratkoročni zmagi analizirajte, kaj je šlo prav in kaj je treba izboljšati. Postavite nove, bolj ambiciozne cilje, da bo proces sprememb aktiven. Okrepite vedenje in procese, ki so pripeljali do uspeha.
 - **Institucionalizirati:** Da bi zagotovili dolgoročni uspeh, je treba v kulturo organizacije vključiti nova vedenja in prakse. *Ključne dejavnosti:* Artikulirajte povezave med novim vedenjem in organizacijskim uspehom. Razvijte in izvajajte politike, postopke in programe usposabljanja, ki podpirajo nov način dela. Nenehno krepite pomen sprememb z vodstvenimi ukrepi in kulturnimi pobudami.
- Strateška pisarna** je namenska skupina, ki je odgovorna za strateško načrtovanje, izvajanje in upravljanje uspešnosti v celotni organizaciji. Je ključnega pomena za uspeh preobrazbe vsake organizacije, saj služi kot središče za nadzor in izvajanje strateških pobud. Za postavitev uspešne pisarne je pomembno začeti z jasno opredelitvijo njenega namena, ciljev in obsega. To bo zagotovilo usklajenost s splošnimi strateškimi cilji organizacije. Poleg tega je bistvenega pomena sestaviti ekipo izkušenih strokovnjakov z različnimi veščinami, ki lahko učinkovito sodelujejo pri strateškem odločanju in izvajanju. Ekipa mora imeti mešanico strateških mislecev, vodij projektov, podatkovnih analitikov in strokovnjakov za komunikacijo, da se zagotovi celovita pokritost vseh vidikov strateškega upravljanja.

³³ John Kotter, priznani profesor na Harvard Business School, je razvil vpliven model upravljanja sprememb, znan kot Kotterjev model sprememb v 8 korakih. Ta okvir,

predstavljen v njegovi knjigi iz leta 1996 "Vodenje sprememb", opisuje celovit pristop k vodenju organizacijskih transformacij.

Razvoj nagrad za TQM. Japonska je že v petdesetih letih 20. stoletja razvila svoj sistemski pristop celovitega obvladovanja kakovosti (Total Quality Management – TQM) v industriji in pozneje tudi na področju storitev ter ga formalizirala leta 1951 s podelitvijo prve nagrade za kakovost, t. i. *Demingove nagrade* (po Američanu dr. W. Edwards Demingu). Kot odgovor so v ZDA v začetku šestdesetih let v avtomobilski in oboroževalni industriji intenzivno začeli pripravljati zahteve za ustrezen sistem zagotavljanja kakovosti na podlagi posebnih vprašalnikov ter tako prišli tudi do prvih oblik standardov. V osemdesetih letih so ZDA dopolnile japonski model TQM in ga prilagodile ameriškim razmeram ter leta 1988 podelile tudi prvo nagrado za kakovost, t. i. *Malcolm Baldridge National Quality Award*.

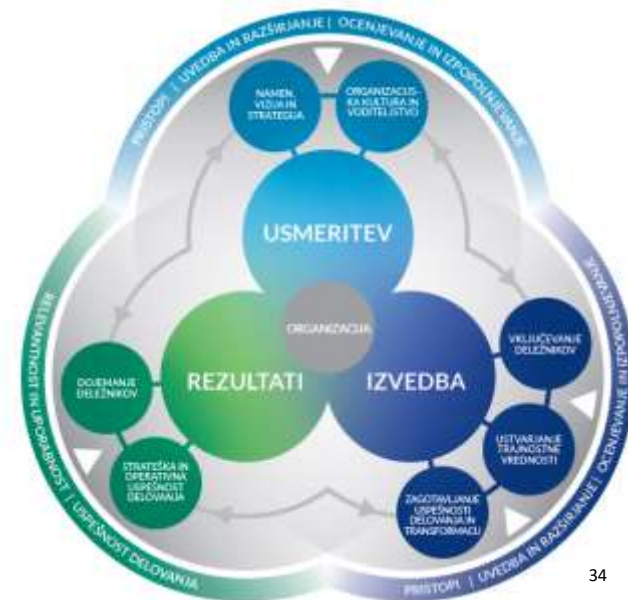
Zahodna Evropa je bila v tem času zaznamovana s prvimi izdajami standardov serije ISO 9000 in hitrim vzponom števila certificiranih sistemov kakovosti. Kljub temu pa se je na podlagi raziskav produktivnosti v avtomobilski industriji izkazalo, da so evropski proizvajalci avtomobilov daleč za Japonsko in ZDA. To je leta 1990 spodbudilo štirinajst vodilnih evropskih podjetij, da so ustanovila Evropski sklad za upravljanje kakovosti (*European Foundation for Quality Management* – EFQM www.efqm.org) z nalogo razviti okvir, katerega uporaba bo dvignila konkurenčnost tudi v Evropi. EFQM je ob podpori Evropske organizacije za kakovost (EOQ) in Evropske komisije (EU-DG III) razvil model za doseganje odličnosti, ki je podlaga nagradi EFQM za odličnost (EFQM Excellence Award). Leta 1992 je bila podeljena prva taka nagrada, ki je osnova za veliko nacionalnih nagrad. Tudi žal ukinjenega priznanja RS za poslovno odličnost – PRSPO.³⁴

Model EFQM³⁵ je globalno priznan okvir, ki pomaga organizacijam doseči trajnostni uspeh s celovitim sistemom upravljanja. Že več desetletij ga uporablja na tisoče organizacij po vsem svetu, v zasebnem in javnem sektorju. Novi model EFQM 2025 uvaja pomembne spremembe, s poudarkom na trajnosti, inovacijah in tehnologiji.

³⁴ Nagrado EFQM Excellence Award, preimenovano v EFQM Global Award, je leta 1991 ustanovila Evropska fundacija za upravljanje kakovosti (EFQM). Nagrajenci so organizacije z "odličnimi in trajnostnimi rezultati" na vseh področjih modela. Postopek ocenjevanja je

Njegova struktura temelji na treh sklopih vprašanj:

- ⊕ **USMERITEV** – Zakaj ta organizacija obstaja? Kakšen namen izpolnjuje?
- ⊕ **IZVEDBA** – Kako namerava udejanjiti svoj namen in svojo strategijo?
- ⊕ **REZULTATI** – Kaj je dosegla do danes? Kaj namerava doseči jutri?



34

Razlogi uporabe modela so različni: primerjava uspešnosti z drugimi, krepitev pripravljenosti organizacije na spremembe, spodbujanje programov preobrazbe, razumevanje organizacijske zrelosti, ocena sposobnosti in "primernosti" dobaviteljev, zunanja ocena uspešnosti in pridobitev priznanja itd.

eden najbolj natančnih od vseh nagrad, saj skupina neodvisnih ocenjevalcev v povprečju porabi 500 ur na prosilca za pregled dokumentacije in pogovore na kraju samem.

³⁵ Model poslovne odličnosti EFQM odslej še učinkovitejši (25. 10. 2019). Spirit Slovenija.

Pripomočki (24)

...za Letno prebojno načrtovanje

Tabela letnega prebojnega načrta – primer

Pripravi: Miro Germ Preveril: Upravni odbor Odobril: Generalni direktor		Datum: 30. 9. 2025 Verzija: 2	Načrt za leto: 2026	Organizacija: ZZZS	Organizacijska raven: Vodstvo
SITUACIJA: ZZZS je zdravstvena blagajna in ne zdravstvena zavarovalnica: zavarovanci nimajo sklenjene zavarovalne police; potrebe zavarovancev niso razdeljene v osnovne in dodatne za stabilno financiranje; ne nadzira kakovosti in varnosti ter učinkovitosti storitev, ki jih plačuje; načrtuje finančna sredstva na podlagi kapacitet izvajalcev in ne na podlagi potreb zavarovancev; kriteriji za sklepanje pogodb oz. programov niso transparentni; plačila izvajalcem so odvisna od prilivov v blagajno; bolnišnice nimajo sodobnega, v mrežo povezanega poslovnega informacijskega sistema, zato je učinkovito razporejanje finančnih sredstev s strani zavoda oteženo; pravnoformalna osnova kliče po posodobitvi.					
NAMERA	ŠT.	STRATEGIJA (Lastnik)	MERILO USPEŠNOSTI		
1. Izboljšati kakovost in varnost zdravstvenih storitev ter gospodarnost porabe denarja zavarovancev v bolnišnicah kot največjem porabniku teh sredstev. CILJI: #1 Postavitev sistema uravnoteženih kazalnikov (rok: do polletja) #2 Postavitev mrežnega poslovno-strokovnega informacijskega sistema (rok: tender do konca leta)	1.1	Razširitev vodstva z mestom direktorja za finance in kontroling (odgovoren: generalni direktor)	- Imenovanje skupaj z generalnim direktorjem (takoj) - Enoten statut bolnišnic z odbori za kakovost in varnost, gospodarnost ter strategijo in kadre (rok imenovanja polletje 2025) - Poleg pravilnosti računa preverba kakovosti, varnosti in učinkovitosti opravljenih zdravstvenih storitev (polletje 2025) - Redno posodabljanje cen in redno plačevanje opravljenih storitev izvajalcem (kvartalno) - Mesečno poročilo projekta (doseganje časovnice)		
	1.2	Pridobitev pravne podlage za imenovanje tretjine članov v svete bolnišnic (odgovoren: generalni direktor)			
	1.3	Pridobitev pravne podlage za nadzor kakovosti, varnosti in učinkovitosti opravljenih storitev bolnišnic (odgovoren: generalni direktor)			
	1.4	Ustanovitev delovnega telesa za redno posodabljanje cen zdravstvenih storitev in njihovo primerjavo z referenčnimi (odgovoren: namestnik generalnega direktorja)			
	1.5	Vodenje projekta digitalizacije in informatizacije slovenskih bolnišnic, na podlagi izkušenj Univerze v Ljubljani (odgovoren: direktor informatike)			

Tabela za udejanjanje letnega prebojnega načrta³⁶ – primer

Pripravi: Miro Germ Preveril: Upravni odbor Odobril: Generalni direktor			Datum: 30. 9. 2025 Verzija: 2		Načrt za leto: 2026		Organizacija: ZZS		Organizacijska raven: Vodstvo						
Št.	STRATEGIJA	PODROBNOSTI	MESEC												LASTNIK
			Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sept	Okt	Nov	Dec	
1.5	Vodenje projekta informatizacije slovenskih bolnišnic na podlagi izkušenj Univerze v Ljubljani	⚙ Postavitev organizacijske strukture projekta (usmerjevalni odbor, direktor projekta, projektni vodje...) ⚙ Seznaitvev s postopkom, naročanja, izbire in implementacije poslovne rešitve Univerze v Ljubljani ⚙ Seznaitvev z izkušnjami postavitve mrežnega poslovno-strokovnega informacijskega združenja bolnišnic avstrijske Štajerske KAGES	X												Generalni direktor
			X												Direktor informatike
				X											Direktor informatike
	Merilo uspešnosti: Izdelan tender (do konca leta)														

³⁶ Tabela letnega prebojnega načrta, tabela za njegovo udejanjanje in tabela za kvartalni pregled, sledijo logiki PDCA kroga.

Tabela kvartalnega pregleda uresničevanja letnega načrta – primer

Pripravi: Miro Germ Preveril: Upravni odbor Odobril: Generalni direktor		Datum: 30. 9. 2025 Verzija: 2	Načrt za leto: 2026	Organizacija: ZZZS	Organizacijska raven: Vodstvo
NAMERA / STRATEGIJA (Plan)	DEJANSKA USPEŠNOST / OMEJITVE (Do)	T/S/Z	ANALIZA ODPSTOPANJ (Check)	POSLEDICE za PRIHODNOST (Act)	
Namera: 1. Izboljšati gospodarnost porabe denarja zavarovancev v bolnišnicah, kot največjemu porabniku.	Cilji: #1 Postavitev sistema uravnoveženih kazalnikov (rok: do polletja) #2 Postavitev mrežnega poslovno-strokovnega informacijskega sistema (rok: tender do konca leta) Dejansko:	Za vsako postavko ocena S/T/Z	<i>Katere so glavne ugotovitve odstopanj?</i> (Povzetek spodnjega)	<i>Kakšne so posledice za prihodnost?</i> (Povzetek spodnjega)	
Strategija: 1.1 Razširitev vodstva z mestom direktorja za finance in kontroling 1.2 Pridobitev pravne podlage za imenovanje tretjine članov v svete bolnišnic. 1.3 Pridobitev pravne podlage za nadzor kakovosti, varnosti in učinkovitosti opravljenih storitev bolnišnic. 1.4 Ustanovitev delovnega telesa za redno posodabljanje cen zdravstvenih storitev in njihovo primerjavo z referenčnimi. 1.5 Vodenje projekta digitalizacije in informatizacije slovenskih bolnišnic na podlagi izkušenj Univerze v Ljubljani.	Merilo uspešnosti • Imenovanje skupaj z generalnim direktorjem (takoj) • Enoten statut bolnišnic z odbori za kakovost in varnost, gospodarnost ter strategijo in kadre (rok imenovanja polletje 2025) • Poleg pravilnosti računa preverba kakovosti, varnosti in učinkovitosti opravljenih zdravstvenih storitev (polletje 2025) • Redno posodabljanje cen in redno plačevanje opravljenih storitev izvajalcem (kvartalno) • Mesečno poročilo projekta (doseganje časovnice)		Vzroki za ugotovljene razlike med načrtovanim in dejanskim so analizirani. Za ugotovljena odstopanja je ključno razumeti osnovni vzrok – vprašajte se 5krat Zakaj? Analizirajte oboje, uspešno in neuspešno. Postavite si vprašanja: • Od kod odstopanja? • Zakaj smo nad/pod načrtovanim? • Ali so strategija, metrike in cilji ustrezni?	Rezultat ugotovitev bo vplival na naslednji načrt, v naslednjem obdobju načrtovanja, letnem ali kvartalnem. • Kateri so takojšnji ukrepi ? • Kako bomo odpravili osnovni vzrok? • Kakšne so posledice za naslednje načrtovanje? • Kako bo to vplivalo na naslednje aktivnosti? • Kako bodo ukrepi standardizirani in predstavljeni? • Ali je treba načrt spremeniti? • Kakšne spremembe potrebuje? • Kakšne spremembe ciljev potrebuje? • Katere so glavne skrbi?	

Trend: Naraščajoč  Padajoč  Konstanten 

Stanje: Po načrtu  Opozorilo  Pod načrtom  Cilj, strategija ali metrika je NAPAČEN/-NA 

Zaskrbljenost: V (Visoka) S (Srednja) N (Nizka)

... za Sistem uravnoteženih kazalnikov – BSC

Strateška karta je vizualna predstavitev strategije na eni strani. Opisuje poslanstvo, strateške cilje organizacije in vzročno-posledična razmerja med njimi. Predstavitev strategije v jasni in preprosti vizualni obliki vsem v organizaciji

olajša razumevanje ciljev in njihove vloge pri njihovem doseganju. Za razliko od dolgih predstavitev ali zapletenih dokumentov jo je lažje razumeti in predstavljati.

Osredotoča se na štiri vidike, ključne za udejanjanje poslanstva organizacije:

- *Vidik odjemalcev* – zadovoljevanje sedanjih in bodočih potreb pacientov, svojcev, osebnih zdravnikov ter zavarovalnic (pripomoček Platno vrednostne ponudbe³⁷)
- *Interni vidik* – procesi načrtovanja, diagnoze/zdravljenja ter njihovi podporni procesi (pripomoček Procesni model³⁸)
- *Kadrovski vidik* – potrebno število/razmerje zaposlenih, njihova sposobnost in usposobljenost
- *Finančni vidik* – potrebni finančni viri in optimalna uporaba razpoložljivih za tekoče delovanje in razvoj

Največja vrednost, ki jo strategija zagotavlja organizaciji, izhaja iz razprav in razmišljanja, ki nastanejo med postopkom njenega oblikovanja. Ko je strateška karta definirana, se osredotočimo na korake, ki jih moramo narediti, da jo udejanjimo. Pri tem nam pomagajo naslednje tabele:

STRATEŠKA KARTA BOLNIŠNICE – primer						
POSLANSTVO : Zagotavljamo kakovostno zdravstveno varstvo, zdravstveno vzgojo in javno zdravje s storitvami, ki bodo naši skupnosti omogočile, da postane bolj zdrava.						
Doseganje potreb in pričakovanj PACIENTOV	Nudimo odzivne, varne in dostopne storitve.	Nudimo spoštljive obravnave in storitve.	Podprimo uspešna zdravljenja.	FINANČNI VIDIK	Povečajmo prihodke.	Načrtujmo ustrezno in upravljajmo vire učinkovito.
INTERNI VIDIK	IZGRADIMO UGLED ODLIČNOSTI.	IZBOLJŠAJMO PARTNERSTVA in SODELOVANJA.		BODIMO OSREDOTOČENI na PACIENTA.	UPRAVLJAJMO POSLOVANJE.	
	Promovirajmo se kot vodilni ponudnik zdravstvenih storitev.	Sodelujmo z vsemi deležniki skupnosti.		Izboljšajmo rezultate zdravljenja.	Izboljšajmo upravljanje z viri.	
	Spodbujajmo in opremimo prebivalce za boljše upravljanje svojega zdravja.			Izboljšajmo in razširimo dostopnost do naših storitev.	Izboljšajmo administrativne procese.	
				Omočimo pacientu enostaven dostop do dokumentacije zdravljenja.	Stalno se izboljšujemo z uporabo sodobnih upravljaljskih orodij na osnovi zbranih podatkov.	
UČENJE in RAST	Zaposlimo prave ljudi pravočasno.		Razvijmo kompetence zaposlenih.		Bodimo etični, transparentni in odgovorni.	

³⁷ Platno vrednostne ponudbe (»Value Proposition Canvas«) je pripomoček, ki organizacijam pomaga uskladiti svoje izdelke ali storitve s potrebami in vrednotami odjemalcev ter tako omogoča boljše prilagajanje njihovim željam in pričakovanjem.

³⁸ Procesni model je vizualni prikaz toka dela in nalog za določene cilje. Procesni modeli imajo pogosto grafične oblike in po navadi prikazujejo poteke dela, ki jih organizacije večkrat opravijo.

Kazalniki v zdravstvu³⁹. Sistem uravnoveženih kazalnikov se kot pripomoček za učinkovito upravljanje pogosto uporablja v uspešnem zdravstvu, saj pomaga, da bolnišnice pacientom zagotavljajo visoko kakovostno oskrbo učinkovito.

ODJEMALCI

Merjenje zadovoljstva pacientov je ključnega pomena za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva, ki kaže uspešnost organizacije za izpolnjevanje pričakovanj pacientov. Te ocene vključujejo bolnike glede njihovega doživetja vidikov, kot so zaupanje v ponudnike, jasnost danih informacij, čas čakanja, udobje in spoštovanje, ki jim je zagotovljeno, s čimer organizacijam pomagajo sprejeti sistem zagotavljanja oskrbe, osredotočen na pacienta.

Dostopnost in čakalne dobe. Boljši dostop do oskrbe in krajše čakalne dobe so ključnega pomena za povečanje zadovoljstva bolnikov. Čim krajša čakalna doba zmanjšuje zaplete in zagotavlja boljše zdravstvene rezultate. BSC lahko to učinkovito spremeni s sledenjem čakalnih dob oddelka za nujne primere, povprečnega čakalnega časa za sestanke in časa do posvetovanja po prihodu.

*Varnostni dogodki*⁴⁰ so incidenti, ki vplivajo na varnost bolnikov, kot so bolnišnične okužbe, neželeni učinki zdravil, napake pri zdravljenju itd. Učinkovito sledenje teh meritev pomaga organizaciji zmanjšati tveganja in izboljšati varnostne standarde in oskrbo bolnikov. Programska podpora BSC je dragocena, ker lahko ekipe spremljajo incidente, ko se zgodijo, skozi čas in razvijejo ukrepe za zmanjšanje takšnih incidentov v prihodnosti.

INTERNI vidik

Bolnišnična pridobljena stanja lahko opredelimo kot zaplete ali okužbe, ki jih bolnik dobi med hospitalizacijo. Njihovo znižanje je ključnega pomena za ohranjanje varnosti pacientov, operativne učinkovitosti in kakovosti oskrbe. S sledenjem spoštovanja higienskih protokolov, stopenj okužb, pridobljenih v bolnišnicah, in skladnosti kirurške varnosti BSC pomaga odgovornim spremljati trende pojavljanja tega kazalnika po oddelkih.

Klinični rezultati neposredno vplivajo na celotno oskrbo bolnikov, medicinske posege in zdravljenje. Programska oprema ima pri tem pomembno vlogo pri sledenju metrik kliničnih rezultatov, kot so čas okrevanja bolnikov, stopnja umrljivosti, stopnja okužb in stopnja ponovnega sprejema. Pomaga določiti merila in cilje za zelene rezultate.

Skladnost procesov v zdravstvu je upoštevanje regulativnih zahtev, smernic in standardiziranih protokolov v operativnih postopkih in oskrbi bolnikov. Pomembno je slediti tej metriki, saj zagotavlja, da izvajalci sledijo smernicam za najboljšo prakso in izpolnjujejo zahteve za skladnost in akreditacijo.

Postopki odpusta vključujejo zadovoljstvo pacientov z bolnišničnimi zmogljivostmi. Učinkoviti postopki razrešnice omogočajo izobraževanje o načrtih zdravil, navodilih po oskrbi in nadaljnjih sestankih. Če je postopek odpusta učinkovit, sprosti tudi več prostora v bolnišnici za namestitve drugih bolnikov, poveča bolnišnične vire in zmanjša čakalne dobe bolnikov. Za to BSC spremlja stopnjo dokončanja izobraževanja bolnikov, čas od odpusta do dejanskega odpusta in tako naprej. Z identifikacijo zamujenih korakov skrbniki sprejemajo odločitve na podlagi podatkov za izboljšanje procesa.

UČENJE in RAST

Motiviranost in fluktuacija osebja neposredno vplivata na operativne stroške, oskrbo bolnikov in kontinuiteto. Visoka stopnja fluktuacije zaposlenih zmanjšuje kakovost oskrbe in moti dinamiko ekipe. Po drugi strani pa nižja motiviranost osebja povzroča nezadovoljstvo bolnikov. Organizacija lahko v tem kontekstu uporabi BSC za povečanje zadrževanja in produktivnosti. BSC omogoča strukturirano upravljanje uspešnosti, s katerim lahko odgovorni določijo specifične cilje in izvajajo intervencije, kot sta povečana podpora in dodatno usposabljanje.

FINANCE

Kazalnik uporabe virov omogoča zdravstveni ustanovi učinkovito in optimalno uporabo virov, vključno s človeškimi viri, opremo in prostori. Programska oprema za dodeljevanje virov lahko zmanjša odpadke in nadzoruje stroške z uskladitvijo s finančnimi in preostalimi cilji. Funkcije BSC, ki zagotavljajo podatke v realnem času in zgodovinske podatke, olajšajo stvari v prihodnosti.

Stroški na pacienta so še en pomemben vidik, saj se nanašajo na obseg denarja, porabljenega za pacienta. Prikazuje, kako ustanova upravlja poslovanje, vire in stroške ter posledično vpliva na ceno oskrbe in finančno stabilnost institucije. BSC si prizadeva znižati stroške brez znižanja kakovosti oskrbe. Združuje meritve stroškov in rezultate bolnikov na eni nadzorni plošči, pomaga pri ustvarjanju priložnosti za zmanjšanje stroškov in prepoznavo nepotrebne visoke vrednosti v določenih oddelkih in zdravljenjih.

³⁹ <https://leandatapoint.com/blog/quality-metrics-in-healthcare>
<https://goaudits.com/blog/quality-metrics-in-healthcare/>

⁴⁰ Varnostni dogodki: škodljiv dogodek, opozorilni nevarni dogodek, skorajšnja napaka, aktivna napaka, latentna napaka.

Tabela⁴¹ letnega nabora kazalnikov za merjenje – primer⁴²

Pripravi: Miro Germ Preveril: Svet zavoda Odobril: Direktor zavoda		Datum: 14. 9. 2025 Verzija: 1	Načrt za leto: 2026	Organizacija: Bolnišnica	Organizacijska raven: Vodstvo
NAMERE	KAZALNIKI	CILJI in OMEJITVE 	FREKVENCA PREGLEDA	VIR PODATKOV	LASTNIK
ODJEMALCI • Odzivne, varne in dostopne storitve • Spoštljive obravnave in storitve • Enostaven dostop do dokumentov zdravljenja	Zadovoljstvo pacientov Število pritožb pacientov Število varnostnih dogodkov Število osebja/ pacienta	CILJI: Vsak kazalnik naj ima svoj cilj, ki naj odraža pričakovanja konec leta, ali nivo sprotnih zahtev. OMEJITVE: so maksimalne in minimalne, še sprejemljive vrednosti, povezane s ciljem posameznega kazalnika.	Frekvenca pregleda, po navadi kvartalno ali mesečno	Bolnišnični poslovno-strokovni informacijski sistem	Odgovorna oseba za rezultat merjenja, ali dogovorna oseba, ki poroča o rezultatu merjenja
INTERNI vidik • Izboljšajmo klinične rezultate zdravljenja. • Izboljšajmo administrativne procese. • Izboljšajmo dostopnost do naših storitev.	Skladnost s protokoli Povprečni čas sprejema in odpusta Število zavrženih računov zavarovalnic Čakalne vrste			Bolnišnični poslovno-strokovni informacijski sistem	
UČENJE in RAST • Zaposlimo prave ljudi pravočasno. • Razvijmo kompetence zaposlenih. • Zmanjšajmo fluktuacijo zaposlenih. • Nagradimo uspešna zdravljenja.	Skladnost z načrtovanim Pokritost letnih razgovorov Zadovoljstvo zaposlenih Količina izobraževanja/ zaposlenega			Bolnišnični poslovno-strokovni informacijski sistem	
FINANCE • Poslujemo v okviru načrtovanega. • Izboljšajmo upravljanje z viri. • Zmanjšajmo stroške na pacienta.	Skladnost z načrtovanim Izkoristek opreme Izkoristek postelj Stroški na zaposlenega Stroški zdravljenja na pacienta			Bolnišnični poslovno-strokovni informacijski sistem	

⁴¹ Tabele z uravnoteženimi kazalniki so učinkovit pripomoček za upravljanje rutinskih procesov z enostavnim odkrivanjem abnormalnosti in odstopanj, kar preprečuje njihovo ponavljanje. Pokrijejo kategorije, kot so: rezultat procesov, stroški, kakovost, usposabljanje ter kontrolne meje, ki jih označujejo barve semaforja. Zeleno pomeni, da je kazalnik pod nadzorom in da dosegamo svoje cilje. Rumeno pokaže, da kazalnik uhaja izpod nadzora, in je zgodnje opozorilo. Rdeče kaže, da je kazalnik zunaj nadzora. Včasih ima kazalnik samo zgornjo in spodnjo mejo, zato rumena ni potrebna. Ključna je povezava med kazalniki tabel in kazalniki ključnih procesov.

⁴² <https://insightsoftware.com/blog/16-top-hospital-kpis-for-reporting/>

Tabela za tekoče spremljanje uspešnosti⁴³ – primer

Pripravi: Miro Germ Preveril: Svet zavoda Odobril: Direktor zavoda		Datum: 14. 9. 2025 Verzija: 1	Načrt za leto: 2026			Organizacija: Bolnišnica					Organizacijska raven: Vodstvo						
P	NAMERE	KAZALNIKI	CILJI in OMEJITVE			MESEC											
						Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
ODJEMALCI	• Odzivne, varne in dostopne storitve • Spoštljive obravnave in storitve • Enostaven dostop do dokumentov zdravljenja	Zadovoljstvo pacientov Število pritožb pacientov Število varnostnih dogodkov Število osebja na pacienta															
INTERNI vidik	• Izboljšajmo klinične rezultate zdravljenja. • Izboljšajmo administrativne procese. • Izboljšajmo dostopnost do naših storitev.	Skladnost s protokoli Povprečni čas sprejema in odpusta Število zavrženih računov zavarovalnic Čakalne vrste															
UČENJE in RAST	• Zaposlimo prave ljudi pravočasno. • Razvijmo kompetence zaposlenih. • Zmanjšajmo fluktuacijo zaposlenih. • Nagradimo uspešna zdravljenja.	Skladnost z načrtovanim Pokritost letnih razgovorov Zadovoljstvo zaposlenih Količina izobraževanja na zaposlenega Dodatek na uspešnost															
FINANCE	• Poslujmo v okviru načrtovanega. • Izboljšajmo upravljanje z viri. • Zmanjšajmo stroške na pacienta.	Skladnost z načrtovanim Izkoristek opreme Izkoristek postelj Stroški na zaposlenega Stroški zdravljenja na pacienta															
USPEŠNOST CELOTNE ORGANIZACIJE		STATUS:															

⁴³ Ključni kazalniki, ki jih je treba redno nadzirati za nemoteno poslovanje in stalno izboljševanje.

Tabela za kvartalni pregled doseganja zastavljenih ciljev – primer

Pripravi! Miro Germ Preveril: Svet zavoda Odobril: Direktor zavoda		Datum: 14. 9. 2025 Verzija: 1	Načrt za leto: 2026			Organizacija: Bolnišnica		Organizacijska raven: Vodstvo
P	NAMERE (Plan)	KAZALNIKI (Do)	CILJI in OMEJITVE 			S/T/Z ZNAK	POVZETEK ANALIZE ODSTOPANJ (Check)	POSLEDICE za PRIHODNOST (Act)
ODJEMALCI	• Odzivne, varne in dostopne storitve • Spoštljive obravnave in storitve • Enostaven dostop do dokumentov zdravljenja	Zadovoljstvo pacientov Pritožbe pacientov Število varnostnih dogodkov Število osebja na pacienta				Za vsak kazalnik ocena S/T/Z	Katere so glavne ugotovitve odstopanj? (Povzetek spodnjega)	Kakšne so posledice za prihodnost? (Povzetek spodnjega)
INTERNI vidik	• Izboljšajmo klinične rezultate zdravljenja. • Izboljšajmo administrativne procese. • Izboljšajmo dostopnost do naših storitev.	Skladnost s protokoli Povprečni čas sprejema in odpusta Število zavrženih računov zavarovalnic Čakalne vrste					Vzroki za ugotovljene razlike med načrtovanim in dejanskim so analizirani. Za ugotovljena odstopanja je ključno razumeti osnovni vzrok – vprašajte se Skrat Zakaj? Analizirajte oboje, uspešno in neuspešno. Postavite si vprašanja: • Od kod odstopanja? • Zakaj smo nad/pod načrtovanim? • Ali so strategija, metrike in cilji ustrezni? Potrebno opraviti za vse štiri vidike!	Rezultat ugotovitev bo vplival na naslednji načrt, v naslednjem obdobju načrtovanja, letnem ali kvartalnem. • Kateri so takojšnji ukrepi ? • Kako bomo odpravili osnovni vzrok? • Kakšne so posledice za naslednje načrtovanje? • Kako bo to vplivalo na naslednje aktivnosti? • Kako bodo ukrepi standardizirani in predstavljeni? • Ali je treba načrt spremeniti? • Kakšne spremembe potrebuje? • Kakšne spremembe ciljev potrebuje? • Katere so glavne skrbi? Potrebno opraviti za vse štiri vidike!
UČENJE in RAST	• Zaposlimo prave ljudi pravočasno. • Razvijmo kompetence zaposlenih. • Zmanjšajmo fluktuacijo zaposlenih. • Nagradimo uspešna zdravljenja.	Skladnost z načrtovanim Pokritost letnih razgovorov Zadovoljstvo zaposlenih Količina izobraževanja na zaposlenega Dodatek na uspešnost						
FINANCE	• Poslujemo v okviru načrtovanega. • Izboljšajmo upravljanje z viri. • Zmanjšajmo stroške na pacienta.	Skladnost z načrtovanim Izkoristek opreme Izkoristek postelj Stroški na zaposlenega Stroški zdravljenja na pacienta						

Trend: Naraščajoč Padajoč Konstanten

Stanje: Po načrtu Opozorilo Pod načrtom Cilj, strategija ali metrika je NAPAČEN/-NA

Zaskrbljenost: V (Visoka) S (Srednja) N (Nizka)

Viri

1. Adzes, Ichak (2020). *Managing Corporate Lyfe Cycle*. Adizes Institute.
2. *Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019*. The Lancet Global Health. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00429-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00429-6/fulltext)⁴⁴
3. Berwick, Donald M., idr. (2022). *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. Jossey Bass Health Series.
4. Collins, Jim, in Porras, Jerry I. (1990). *Built to Last*. Jossey-Bass.
5. *Danish Healthcare Quality Program (DDKM)*. HealthManagement.org. <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-danish-healthcare-quality-programme-ddkm>
6. *Denmark University Hospitals*. <https://www.cfmoller.com/p/Aarhus-University-Hospital-AUH-i2310.html>
7. *Difference Between Profit and Non-Profit Organization*. <https://keydifferences.com/difference-between-profit-and-non-profit-organisation.html>
8. *Gradnja bolnišnice prihodnosti (Google prevod)*. Odense University Hospital. <https://ouh.dk/til-samarbejdspartnere/det-nye-ouh>
9. *KABEG 25 (2018)*. State Hospital Operating Company – KABEG.
10. Kaplan, S. Robert, in Norton, David (2000). *Uravnoveženi sistem kazalnikov*. Gospodarski vestnik.
11. Kaplan, Robert S., in Norton, David P. (2005), *Creating the Office of Strategy Management*. <https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/05-071.pdf>
12. Kotter, John. *The 8 Steps for Leading Change*. <https://www.kotterinc.com/methodology/8-steps/>
13. *Health at a Glance: Europe 2024*. European Commission. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2024_en
14. *Health care expenditure by financing scheme*. Eurostat. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_157485_73/default/table?lang=en
15. *Healthcare in Austria*. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Austria
16. *Healthcare reform in the Netherlands: After 15 years of regulated competition (2024)*. Published online by Cambridge University Press.
17. *Job Titles*. <https://www.bdireshourcing.com/img-media-hub/blog/nhs-doctor-job-titles-explained/>
18. *NHS Pay Scales*. <https://www.bdireshourcing.com/img-media-hub/blog/nhs-pay-scales-for-doctors/>
19. Mahal, Dawn (2017). *Resistance to change in primary care: an exploration of the role of professional identity*. University of Stirling Management School.
20. *Model poslovne odličnosti EFQM odslej še učinkovitejši (25. 10. 2019)*. Spirit Slovenija.
21. *Organizational Lifecycle*. Adizes Institute. <https://www.adizes.com/organizational-lifecycle>
22. *Pojmovnik s področja kakovosti (2017)*. Slovensko združenje za kakovost in odličnost SZKO.
23. *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji (2023)*. Ministrstvo za zdravje.
24. *Process Survey Tool Guide (2004)*. A guide to using and applying PSTs. EFQM – Philips.
25. *Process Survey Tool for Human Resources Management (2004)*. EFQM-Philips.
26. *Rama, Apoorva (2018). How Are Physicians Paid? Policy Research Perspectives*. AMA Economic and Health Policy Research.
27. *Rešitev za več kot 8.000 uporabnikov na 26 fakultetah*. ŠPICA. <https://www.spica.si/baza-znanja/studija-primer-a-univerza-v-ljubljani>
28. Robida, Andrej (2013). *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov*. Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave.
29. Robida, Andrej (2009). *Pot do odlične zdravstvene obravnave*. Planet GV.
30. Rummler, Geary A., in Brache, Alan P. (1990). *Improving Performance*. Jossey-Bass.
31. Soin, Sarv Singh (1999). *Total Quality Essentials*. McGraw-Hill.
32. *The EFQM Model*. <https://efqm.org/the-efqm-model/>
33. *Vzpostavitev osrednega poslovnega sistema na Univerzi v Ljubljani (2024)*. Srečanje IT-klubov.
34. Žibret, Branko, idr. (2012). *The EUs Public Sector Spending Problem*. AT Kearney.

⁴⁴ Pri dostopu navedenih spletnih stranih brez datuma je ta enak datumu prve izdaje.

O avtorjih

Smo raznovrstna neformalna skupina posameznikov, z različno izobrazbo, z različno specializacijo, z različnimi izkušnjami, z različnim izrazoslovjem in z različnimi političnimi usmeritvami, kar nas ne moti preveč. Nekateri smo se spoznali v okviru pobude za izgradnjo akademske bolnišnice ob obvoznici na osnovi pobude Slovenske akademije znanosti in umetnosti, nekateri pa sodelujemo že od prej.



Z zapisanimi trditvami v publikaciji se v večini strinjamo.

Na problematiko pa gledamo različno,⁴⁵ nekateri predvsem z zdravniškega vidika, drugi predvsem iz upravljalškega vidika, glede na različno osnovno izobrazbo (medicina, matematika, ekonomija, psihologija), različno specializacijo (medicina, ekonomija, upravljanje, kadrovanje) in različne izkušnje v lokalnem in mednarodnem okolju. Vrstni red avtorjev je načeloma odvisen od njihovega prispevka k nastanku članka, včasih tudi od ciljnega občinstva

Naši predlogi v brošuri niso končni izdelek. So primeri, ki potrebujejo dodelavo ustreznih strokovnih skupin na projekten način s sodelovanjem ključnih deležnikov v zdravstvenem sistemu in tudi strokovnjakov različnih strok zunaj njega.

Pri pripravi brošure sodelovali:

Miro Germ, koordinator skupine, diplomirani inženir tehnične matematike. Desetletje direktor kakovosti v podjetju za razvoj programske opreme, vpetem v mednarodno poslovno okolje, zadolžen za razvoj sistema upravljanja na osnovi TQM-pristopa. O tej poti imel odmevno predavanje na konferenci Evropskega združenja za kakovost EOQ v Berlinu. Usposabljal se na domačih in mednarodnih poslovnih šolah, v korporaciji Hewlett-Packard ter pri Evropski fundaciji za poslovno odličnost EFQM v Bruslju. Imenovan za ocenjevalca velikih podjetij ter vodilnega ocenjevalca za mala podjetja v okviru EFQM evropske nagrade za odličnost. Razsodnik priznanj RS za poslovno odličnost – PRSPO. Prejemnik več domačih in mednarodnih priznanj, enako kot podjetje. Član svet zdravstvenega zavoda en mandat, razsodnik pri ocenjevanju UKC LJ v okviru priznanj RS za poslovno odličnost.

Prim. Janez Remškar, zdravnik specialist internist-pulmolog. Opravljal različne vodstvene funkcije v zdravstvu, generalni in strokovni direktor regijske bolnišnice, generalni direktor terciarne bolnišnice, direktor direktorata na Ministrstvu za zdravje, svetovalec vodstva UKC LJ. Opravi usposabljanje iz vodenja na GEA College, trimesečno usposabljanje »Delovanje in organizacija intenzivnih oddelkov« v ZDA ter se udeležil dvotedenske predstavitve kanadskega zdravstvenega sistema. Je aktiven v polemikah o problemih in rešitvah v zdravstvu v medijih. Je politično aktiven, bil poslanec prvega državnega zbora.

⁴⁵ *Rašomon* je japonski film iz leta 1950, ki ga je režiral Akira Kurosava. Film je znan po načinu podajanja zgodbe, pri katerem več likov poda svojo subjektivno, alternativno, koristoljubno, nasprotujočo si različico istega dogodka.

Dr. Tomaž Schara, diplomirani inženir tehnične matematike. Pridobil naziv MBA na EDC - Bled poslovni šoli, kjer je tudi doktoriral. Svojo kariero začel kot ustanovni partner podjetja za razvoj programske opreme in ga skupaj z institucionalnimi vlagatelji prodal. Delal kot svetovalec za upravljanje, finančni direktor, izvršni direktor in član upravnega odbora v različnih projektih, podjetjih in panogah. Imenovan za ocenjevalca velikih podjetij v okviru evropske nagrade za odličnost EFQM. Svetovalec pri Zvezi organizacij pacientov Slovenije ZOPS za področje kakovosti ter njen član v delovni skupini za pripravo Zakona o kakovosti v zdravstvu na Ministrstvu za zdravje.

Dr. Tina Bregant, zdravnica specialistka pediatrije ter fizikalne in rehabilitacijske medicine. Doktorirala je leta 2013 s področja neonatalne encefalopatije. Zaposlena je v ambulantni javnega zavoda kot pediatrinja in fiziaterinja. Bila državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje. Predava na ljubljanski Medicinski fakulteti, Pedagoški fakulteti, Fakulteti Sigmunda Freuda in Fakulteti za zdravstvo. Je poslanka pri Zdravniški zbornici Slovenije. Je svetnica Mestne občine Ljubljana v svetniškem klubu samostojnih svetnikov.

Prof. dr. Bogomir Kovač, ekonomist, redni profesor na Ekonomski fakulteti v Ljubljani, Katedra za ekonomijo (redni član), Katedra za mednarodno ekonomijo in poslovanje (pridruženi član), Katedra za podjetništvo (pridruženi član). Predsednik treh in član dveh nadzornih svetov podjetij. Bil član reformne skupine dveh jugoslovanskih vlad, prvi predsednik Ekonomskega sveta vlade RS, član prvega FS in predsednik Kadrovske-akreditacijskega sveta (KAS). Član delovne skupine za akreditacijo in nominacijo pri SAZU. Vodil številne delavnice v podjetjih za pripravo strateških načrtov. Avtor osmih knjig, več kot 4500 strokovnih člankov in publicističnih objav. V javnosti prepoznaven kot kolumnist o političnoekonomskih, poslovnopodjetniških temah in nastopih v medijih.

Mag. Katja Katarina Hleb, MSc., diplomirana psihologinja, z večdesetletnimi izkušnjami s področja izbire in selekcije kadrov v mednarodnem podjetju, s poudarkom na selekciji in razvoju najvišjih vodilnih. Koordinatorica delovne skupine za akreditacijo in nominacijo pri SAZU. Je doktorska kandidatka iz meddisciplinarnega področja vodenja in razvojne psihologije, certificirana članica nadzornih svetov in certificirana mediatorica pri Okrajnem sodišču v Ljubljani.

Doc. dr. Jurij Gorjanc, dr. med, kirurg in predavatelj na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po 12 letih dela v slovenskem zdravstvenem sistemu že 15 let zaposlen v Avstriji kot abdominalni kirurg z izkušnjo v javni zdravstveni mreži (KABEG) kot tudi v koncesionarskem zdravstvenem sistemu (Barmherzige Brüder & Elisabethinen). Ima večletno izkušnjo vodenja zdravniške ekipe, 25 let izkušenj kot zdravnik letalec na različnih helikopterskih službah v Sloveniji in Avstriji. Je član Gorske reševalne zveze Slovenije ter 8 mednarodnih kirurških združenj in organizator zdravniških strokovnih izobraževanj v Sloveniji in tujini. Na Harvardu zaključil dodatni študij iz vodenja kirurških timov.

Milenka Pervanje, diplomirana ekonomistka, z večdesetletnimi izkušnjami s področja izbire in selekcije kadrov v mednarodnem podjetju kot direktorica kadrovskega svetovnega projekta. Bila je strokovna sodelavka Kadrovske-akreditacijskega sveta KAS ter članica akreditacijske komisije pri Agenciji za upravljanje kapitalnih naložb AUKN.

Prim. Andrej Možina, zdravnik specialist ginekologije in porodništva. Opravljal različne vodstvene funkcije v zdravstvu. Med drugim je bil predsednik zdravniške zbornice, kjer je usklajeval različne poglede za preobrazbo zdravstva.

Hvala za prispevek tudi preostalim.



Kmet, čigar žito je vsako leto prejelo prvo nagrado na državnem sejmu, je imel navado, da je delil svoje najboljše seme z vsemi kmeti v sosedstvu. Ko so ga vprašali zakaj, je odgovoril:

“Pravzaprav zaradi lastne koristi. Veter dviga cvetni prah in ga odnaša s polja na polje. Če torej moji sosede gojijo slabše žito, bo križna oprasitev znižala tudi kakovost mojega žita. Zato skrbim, da sejejo samo najboljše seme.” Anthony de Mello

ZDRAVLJENJE ZDRAVSTVA – Od simptomov do uspešnega zdravljenja

Avtorji: Miro Germ, Janez Remškar, Tomaž Schara, Tina Bregant, Bogomir Kovač, Andrej Možina, Katja Hleb, Milena Pervanje, Jurij Gorjanc

Ideja za brošuro: Tomaž Schara

Uredil in oblikoval: Miro Germ

Uredniški odbor: Miro Germ, Janez Remškar, Tomaž Schara, Tina Bregant, Bogomir Kovač

Jezikovni pregled: Tine Logar

Vnos popravkov: Miro Germ

Fotografije: <https://pixabay.com/photos/>

Tehnična ureditev: Zera Design

Brošura izšla v samozaložbi.

E-brošura dostopna na:

- spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije URL: <https://www.zdravniskazbornica.si>

- socialnem omrežju LinkedIn URL: <https://si.linkedin.com/in/tomazschara> in ResearchGate URL: <https://www.researchgate.net/profile/Tomaz-Schara>

Format: pdf

Hvala vsem za prispevek.

»Vreména bodo Kranjcem se zjasnile ...« **France Prešeren**

»Vsak naj zorje svojo brazdo in njiva bo zorana,« **pravi modrost.**

»Da lahko zdravi, mora medicina raziskati bolezen.« **Plutarh**

»Nepravično je, da bi celotna družba prispevala k izdatkom, katerih korist je omejena na del družbe.« **Adam Smith**

»Ni dovolj vedeti, ni dovolj želeči, moraš tudi storiti.« **Goethe**

»Če postavimo dobre posameznike proti dobremu sistemu, dober sistem skoraj vedno zmaga.« **Geary A. Rummler**

»Ničesar ne verjemite, ne glede na to, kje ste prebrali ali kdo je to rekel – tudi če sem jaz to rekel –, dokler se ne sklada z vašim razmišljanjem in z vašim zdravim razumom.« **Buda**

»Če želite voditi orkester, morate množici obrniti hrbet.« **Aristotel**

»Norost je vedno znova in znova ponavljati isto stvar in pričakovati drugačne rezultate.« **Albert Einstein**

»Bolje naredi malo na pravi način kot veliko stvari slabo.« **Sokrat**

»Prvič, imeti določen, jasen praktični cilj. Drugič, imeti potrebna sredstva za doseganje svojih ciljev: modrost, denar, materiale in metode. Tretjič, usmeriti vsa sredstva v izbrani cilj.« **Aristotel**

»Življenje je kot vožnja s kolesom. Da bi ohranil ravnotežje, se moraš premikati.« **Albert Einstein**

»Nič ni nemogoče za tiste, ki verjamejo.« **Aleksander Veliki**

»Nekoč je živel izčrpan podiralec drevja, ki je zapravljaj čas in energijo, ker je udarjal s topo sekuro. Kajti, kot je rekel, ni imel časa, da bi se ustavil in nabrusil rezilo.« **Anthony de Mello**

Kmet, čigar žito je vsako leto prejelo prvo nagrado na državnem sejmu, je imel navado, da je delil svoje najboljše seme z vsemi kmeti v sosedstvu. Ko so ga vprašali zakaj, je odgovoril: »Pravzaprav zaradi lastne koristi. Veter dviga cvetni prah in ga odnaša s polja na polje. Če torej moji sosedje gojijo slabše žito, bo križna oprašitev znižala tudi kakovost mojega žita. Zato skrbim, da sejejo samo najboljše seme.« **Anthony de Mello**

