

Izjave udeležencev okrogle mize »Izzivi slovenskega zdravstva«

Ljubljana, 19.4.2018

Slovenija postaja narod bolnih ljudi, kar je tudi trend razvitega sveta. Napotitve s primarnega na sekundarni nivo se povečujejo. To pomeni povečevanje stroškov na sekundarnem nivoju in daljšanje čakalnih dob. Stroški dela nekontrolirano naraščajo tudi zaradi pogajanj med vlado in sindikati na katera pa na žalost nimamo vpliva. V javnih zdravstvenih zavodih so še rezerve, predvsem pri obvladovanju procesov tako poslovnih, kakor tudi strokovno medicinskih. V zdravstvenem sistemu primanjkuje finančnih sredstev. Potrebovali bi centraliziran IT sistem. Takšni sistemu že delujejo v Avstriji, Nemčiji itd. Mreža zdravstvenih organizacij na število prebivalcev je preobsežna.



mag. Robert Cugelj
generalni direktor URI - Soča
(Foto vir: www.linkedin.com)



prof. dr. Sergej Hojker, dr. med.
vodja Sekcija za kakovost v zdravstvu pri SZKO
(Foto vir: *Revija Kakovost*)

Pristop k zdravstvenemu sistemu je ostal v zadnjih 30 letih nespremenjen. Posledica je okorelost sistema in vtikanje države v osnovno poslovanje zdravstvenih zavodov, ki bi morali biti v večji meri samostojni in konkurenčni. Boljše delovanje sistema ovira pomanjkanje družinskih zdravnikov in njihova preobremenjenost. Z uvajanjem e-zdravja smo jih dodatno obremenili z administrativnim delom, ker je pristop birokratski in se nihče ne ukvarja s procesi in njihovo optimizacijo.

Eden od postulatov kakovosti je, da naj uporabnik (bolnik) dobi tisto, kar je še ravno dovolj dobro, da ozdravi njegovo bolezen in da se s problemom ukvarja tisti, ki je ravno dovolj usposobljen, da ga reši. V medicini pogosto težimo k idealni obravnavi, torej uporabi preveč in predobrih zdravil, preveč kvalificiranega kadra, tudi kadar za to ni potrebe.

V stomatologiji, ki je tudi medicina, smo na primer sprejeli dejstvo, da se v okviru zdravstvenega zavarovanja plača tisto, kar je dovolj, da se odpravi težava, za dražje opcije se pa bolnik lahko odloči.

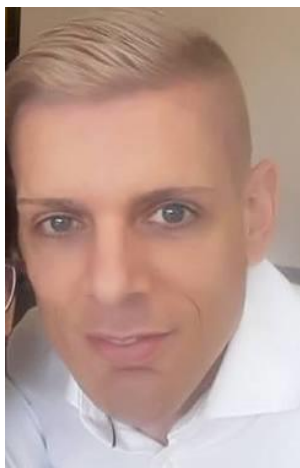
Družinskemu zdravniku ne omogočimo dostopa do kakšnih laboratorijskih preiskav (zaradi načina plačevanja preiskav), na osnovi katerih lahko reši problem, dopuščamo pa, da bolnika napoti k specialistu, ki bo potem naredil med drugim tudi tisto preiskavo, ki je osebni zdravnik ni mogel. Špavimo torej na način, da povečujemo stroške.



prof. dr. Mitja Košnik, dr. med.

predstojnik Katedre za interno medicino, MF, UL

(Foto vir: www.slovenskenovice.si)



dr. Rihard Knafelj, dr. med.

UKC Ljubljana

Storilnost je premajhna. V javnem sistemu, na urgenci ni normativov ali pa so in ni nadzora.

Nagrajevanja ni, zato se marsikdo sprašuje zakaj bi delal več, če nekateri delajo malo pa enako zaslužijo.

Bolniki predolgo ležijo na posteljah in čakajo na izvedbo postopka. To pomeni, da ti niso dorečeni. Ne vemo koliko kaj stane?

Pacienti so tudi razvajeni in veliko zahtevajo. Skupine, ki so nagnjene k rizičnim obnašanjem in niso pripravljene sprejeti življenjskega sloga (kadilci, alkoholiki, ekstremni športniki) bi morali plačevati višjo zdravstveno zavarovalnino.

Nekateri zdravniki, ker jih je premalo, delajo od doma. Žal pa zakonodaja zaradi varnosti podatkov ne dovoli pošiljati izvidov. Ponekod pa je to dovoljeno. Nekatere zadeve se da, druge ne.

Nimamo vpogleda v kartoteke pacientov, ker sistemi IT med seboj niso povezljivi. Na ta način so procesi upočasnjeni. Vse je potrebno povezati.

Še nekaj idej:

- javno zdravstvo mora biti konkurenčno in ne monopolistično. Zdrava tekmovalnost in dvig kakovosti je možen samo v partnerstvu z zasebniki (koncesionarji)
- financirati je potrebno zdravstveno uslugo (storitev) in ne ustanove. Za enak poseg (npr. koronarografijo, holecistektomijo) je potrebno doreči ceno, ki mora biti enaka, ne glede na ustanovo ali izvajalca
- pri sestavi zdravstvene politike je nujno potrebno sodelovanje med zdravstveno stroko in zavarovalnico
- zagotoviti je potrebno stimulatívno delovno okolje za zdravnike in sestre. Trenutno na oddelkih intenzivnih terapij v Sloveniji ni dovolj bolniških postelj in osnovne nujne opreme. V tem hipu potrebujemo še vsaj 50% medicinskih sester.
- veliko sester se umakne na bolniško, saj so izgorele. Država bi privarčevala z dodatnim zaposlovanjem, saj bi se absentizem z razbremenitvijo trenutnega kadra preprosto zmanjšal.
- vzpostaviti je potrebno sistem nagrajevanja. Za več dela in za boljše opravljeno delo mora biti zagotovljena nagrada (možnost izobraževanja, prosti dnevi, dodatek k plači). Pri letnem ocenjevanju zaposlenih večina vodilnih podeli najvišje ocene in si s tem olajšajo ocenjevanje (ne rabijo se poglobiti v dejansko situacijo, izogone se konfliktom na oddelku ipd.)
- centralno urediti nabavo drage opreme (ECMO, koronarografski laboratoriji ipd.). Trenutno so bolniki razpršeni po celi Sloveniji, na ta način se izgublja kakovost dela, saj ni potrebne volumna.

Finance morajo slediti potrebam zdravstva in ekonomskim zmožnostim države. V Sloveniji je povprečno je cca. 20% manj sredstev namenjenih za zdravstvo, kot je to v povprečju EU. V zdravstvu smo odvisni skoraj izključno od priliva iz prispevkov. Nujno bo povečati druge vire. Ker bodo viri za zdravstvo vedno omejeni, bo potrebno tudi v bodoče namenjati stalno skrb za racionalno uporabo razpoložljivih virov. Vse bolj smo odvisni od novih tehnologij in dragih zdravil. Ker se populacija stara, ne moremo pričakovati, da bomo za zdravstvo dajali manj sredstev.

Sistemske zadeve premalo urejene, saj med inštitucijami ni jasnih razmejitev pristojnosti in odgovornosti.

Večkrat sem presenečen kako lahko nekdo odloča o pristojnostih, ki so osnovna domena ZZZS. Tako od uvedbe fiskalnega pravila npr. o porabi povečanih prilivov iz naslova prispevkov (zbranih namensko za zdravstvo) odloča državni zbor. Standardi in normativi za delo v zdravstvu so koristni, lahko pa vodijo v pretirano regulacijo in postanejo neživljenjski. Pogosto smo ujetniki sindikatov, ki standarde predlagajo in pri tem sledijo predvsem pravicam zaposlenih. Standardi se morajo v večji meri prilagajati spremembam v tehnologiji dela. Imamo preveliko mrežo bolnišnic in drugih inštitucij, kar draži poslovanje. Mreža je predmet strateških odločitev, ki bi morale temeljiti na podlagi strokovnih argumentov in ne trenutnih političnih interesov ene ali druge opcije.

Plačnik bi moral imeti vpliv na odločitve z vplivom na stroške zdravstva in v še večji meri izvajati vlogo kupca zdravstvenih storitev.



Marjan Sušelj
generalni direktor ZZZS

(Foto vir: www.delo.si)



mag. Marko Bitenc, dr. med.
direktor Kirurgija Bitenc, d.o.o.

(Foto vir: www.kirurska-ambulanta.si)

Še nikoli nismo preverili kaj so realne cene zdravstvenih programov in kaj so realne potrebe po zdravstvenih programih v zdravstvu. Naš sistem deluje po inerciji. Delamo predvsem po principu nadaljevanja obstoječega, brez prestrukturiranja programov glede na potrebe prebivalstva. Nikakor se nečemo sprijazniti z evropskim dejstvom, da je zdravstvo klasična storitvena gospodarska dejavnost, kjer je bolnik potrošnik. Storitve prevladujoče plačuje ZZZS, ki ni zavarovalnica, del cene, ki znaša od 0 do 90 % pa plačujejo zavarovalnice.

Bolnik kot uporabnik (potrošnik) zdravstvenih storitev v resnici ni v središču zdravstvenega sistema in nima možnosti, da bi svoje želje in potrebe v resnici izražal in konzumiral kot potrošnik, čeprav v resnici le on plačuje v različne blagajne in v resnici je potrošnik. Za tako

razmišljanje moramo doseči mentalni preskok v družbi.

Osnovni problem je po mojem, da 70 % sredstev namenjenih za zdravstvo ne porabljamo dovolj transparentno, saj le nekaj manj kot 30 % zdravstvenih programov ZZZS plačuje kot aktiven kupec. Imamo rigidni sistem, ki je na eni strani hiperreguliran in paradoksnost prav zaradi tega netransparenten.

Moje delo, ker sem zasebnik, določajo etika, strokovnost in nenazadnje ekonomika.

Za vsako operacijo sem razvil stroškovnik, seštevam stroške s pomočjo kodnih čitalcev. Vse se avtomatsko vnaša v informacijski sistem in ob odpustu bolnika natančno vem koliko zaslužim oziroma naredim izgube pri obravnavi vsakega bolnika.

Spremljam številne strokovne in poslovne parametre po vrsti obravnav in po kirurgih. To mi pomaga, da vidim kako kdo dela, ob bistvenih odstopih se pogovarjamo, analiziramo in pripravljamo korektivne ukrepe. Ta sistem se da do popolnosti izpopolniti. Strokovni in poslovni procesi pa morajo biti dobro definirani in poznani vsem članom ekipe.

Že zdavnaj vemo, da bi morali dati menedžerju bolnišnice orodja, ki jih imajo v rokah podjetniki. Žal pa smo še daleč od tega. Spremeniti bi bilo potrebno zgolj zakonodajo o javnih zavodih.

Menedžer pri nas odgovarja kot drugod, odgovornost pa je izjemno razpršena. Bolnišnice bi morale biti stopenjsko razvrščene. Sedaj lahko v vseh bolnišnicah opravljajo vse. Vsi hočejo delati vse. Nobene strokovne ali drugačne hierarhije ni več.

Red bi bilo dobro narediti pri mreži na sekundarni in terciarni ravni. Urgence bi morale biti razporejene po geografskih kriterijih in dostopnosti. Ne potrebujemo dveh urgenc, oddaljenih zgolj 20 km, s tem trošimo po nepotrebnem sredstva, ki jih že tako nimamo dovolj, manjka nam tudi specialistov s tega področja.



prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
direktor UKC Maribor

(Foto vir: www.kirurski-sanatorij.si)



dr. Gordana Kalan Živčec
prokuristka Medico Veritas d.o.o.

(Foto vir: www.medico-veritas.net)

Že desetletja je okoli 80% storitev v zdravstvu opravljenih na primarni ravni in tukaj je potrebno vlaganje za odpravo čakalnih dob. Realno bi bilo 20 odstotkov zbranih sredstev nameniti primarni ravni in ne kot sedaj pod 17 %. Znesek se proporcionalno v odstotkih zmanjšuje.

Mi v slovenskem zdravstvu nismo veseli pacientov, kot je to običajno v svetu, ker opravljene storitve niso plačane v celoti oz. so mnoge podcenjene, še posebej v primarnem zdravstvu. Bolniki tako predstavljajo »le« delo in strošek, ne pa prihodek, kot drugod izven Slovenije. Tudi dostopnost je preširoko zastavljena.

Spremljala sem skozi izobraževanje 25 generacij zdravnikov družinske medicine, kjer smo analizirali razloge za izdane

napotnice in je bil razpon med izdajo napotnic od 5% do 45%. Razlogi za ta razpon so temeljili na okoliščinah, v katerih je deloval zdravnik. V doktoratu sem še dodatno dokazala, da ta razpon ni odvisen le od zdravnika, saj se isti zdravnik, na istem delovnem mestu odloči drugače, ko se njegov čas za obravnavo skrajšuje. Čas za obravnavo družinskega zdravnika je potrebno podaljšati, saj premalo časa za bolnika povzroči, da se hitreje odločamo za napotitev k specialistu klinične stroke.

Ločiti je potrebno tudi socialne pravice od zdravstvenih. Nekoč je bilo to isto ministrstvo. V novi slovenski državi pa sta to dva resorja, ki sta tudi različno financirana. Če želimo zagotavljati zdravstvene pravice in možnost novih zdravljenj in tehnologij, je za socialne pravice potrebno zagotavljati vir izven zdravstvene blagajne.

Za solidarno zbrane prispevke pri ZZZS je potrebno zagotoviti zdravstveno polico, da je jasno, da plačujemo za storitve, ki jih bomo lahko nato uveljavili, ko jih potrebujemo in ne zgolj za »pravico do zdravljenja«, ki jo nato ne moremo prejeti, ko jo dejansko potrebujemo.

Trije direktorji obalnih zdravstvenih domov se leta niso uspeli uskladiti okoli organizacije centralne urgentne službe – CUS -a. Šele z mojo strokovno avtoriteto urgentnega zdravnika, v času vodenja ZD Izola, je ta dolgoletna pobuda, centralna urgentna služba pri SB Izola dejansko zaživela. Za Izolane, ki so sedaj »potrebovali« prevoz od mesta do bolnice, sem zagotovila brezplačen prevoz s taksijem ali kombijem, vendar se je kmalu izkazalo, da ga nihče ne potrebuje. Prav tako ne iz nekaj oddaljenih zaselkov. Veliko se govori o potrebah prebivalcev, brez znanja, kako uspešno razrešiti težave v logistiki in zagotoviti kar najvišjo kakovost obravnave. Način, da ljudje z neposrednim znanjem in dejanskimi izkušnjami pristopijo reševanju določenega problema, bi lahko bil primer za ostale.

Ministrstvo za zdravje pa mora imeti strateško pozicijo, nacionalni koncept, voditi resor, ne le »gasiti« posamezna področja, glede na vpliv posameznih interesnih skupin.