

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA SISTEMOV MERJENJA UČINKOVITOSTI V  
ZDRAVSTVU V IZBRANIH EVROPSKIH DRŽAVAH**

Ljubljana, julij 2016

KATARINA PERNUŠ

## IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Katarina Pernuš, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu v izbranih evropskih državah, pripravljene v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Adriano Rejc Buhovac,

### IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne \_\_\_\_\_

Podpis študentke: \_\_\_\_\_

# KAZALO

<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 UČINKOVITOST V ZDRAVSTVU</b> .....	<b>3</b>
1.1 Metodologije za merjenje učinkovitosti v zdravstvu.....	8
1.1.1 Analiza učinkovitosti na podlagi primerjave kazalnikov .....	9
1.1.2 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi ocenjevanja funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo, z metodo najmanjših kvadratov .....	10
1.1.3 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi indeksov celotne factorske produktivnosti.....	11
1.1.4 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi ekonometričnega ocenjevanja robnih funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo .....	12
1.1.5 Analiza ekonomske učinkovitosti z metodo ovojnice podatkov .....	12
1.2 Kazalci za merjenje učinkovitosti v zdravstvu .....	13
<b>2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V EVROPSKIH DRŽAVAH</b> .....	<b>16</b>
2.1 Modeli financiranja zdravstva .....	17
2.2 Pregled financiranja zdravstva v Evropski uniji.....	17
2.3 Cilji sistema zdravstvenega varstva.....	19
<b>3 USPEŠNOST ZDRAVSTVA V IZBRANIH EVROPSKIH DRŽAVAH</b> .....	<b>21</b>
3.1 Slovenija .....	24
3.1.1 Organiziranost zdravstva .....	24
3.1.2 Sistem merjenja učinkovitosti .....	30
3.1.2.1 Finančni kazalniki.....	32
3.1.2.2 Kazalniki obremenjenosti kadra .....	32
3.1.2.3 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme .....	33
3.1.2.4 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov .....	34
3.1.2.5 Drugi kazalniki poslovne učinkovitosti .....	35
3.1.3 Uspešnost zdravstva .....	37
3.2 Italija.....	38
3.2.1 Organiziranost zdravstva .....	38
3.2.2 Sistem merjenja učinkovitosti .....	43
3.2.2.1 Kazalniki klinične učinkovitosti .....	49
3.2.2.2 Kazalniki učinkovitosti poslovanja: .....	49
3.2.3 Uspešnost zdravstva .....	49
3.3 Avstrija .....	50
3.3.1 Organiziranost zdravstva .....	50
3.3.2 Sistem merjenja učinkovitosti .....	53
3.3.3 Uspešnost zdravstva .....	60

3.4 Nizozemska .....	60
3.4.1 Organiziranost zdravstva .....	60
3.4.2 Sistem merjenja učinkovitosti .....	65
3.4.2.1 Kazalniki učinkovitosti na makro ravni.....	71
3.4.2.2 Kazalniki učinkovitosti na srednji ravni .....	71
3.4.2.3 Kazalniki dinamične učinkovitosti oziroma stopnje inovativnosti.....	72
3.4.3 Uspešnost zdravstva .....	72
<b>4 PRIMERJAVA SISTEMOV MERJENJA UČINKOVITOSTI V ZDRAVSTVU IN USPEŠNOSTI ZDRAVSTVA .....</b>	<b>73</b>
<b>SKLEP .....</b>	<b>79</b>
<b>LITERATURA IN VIRI .....</b>	<b>81</b>
<b>PRILOGA</b>	

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Prikaz različnih kazalnikov v zdravstvu.....	9
Tabela 2: Predpostavke in slabosti izbranih kazalcev učinkovitosti .....	15
Tabela 3: Finančni kazalniki .....	32
Tabela 4: Kazalniki obremenjenosti kadra.....	33
Tabela 5: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme .....	33
Tabela 6: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov.....	35
Tabela 7: Odstotek kazalnikov, ki omogočajo primerjavo med državami, v času in s predpisanimi standardi.....	69
Tabela 8: Primerjava sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu.....	74

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Vir prihodkov za financiranje javnega zdravstva v letu 2010.....	18
Slika 2: Prepletenost ciljev javnega sistema zdravstvenega varstva in ciljev njegovega financiranja .....	20
Slika 3: Šest dimenzij sistema »Performance Evaluation System oziroma PES«.....	45
Slika 4: Ocenjevalno drevo kazalnika pokritosti cepljenj .....	47
Slika 5: Primera ciljnih diagramov lokalnih zdravstvenih oblasti.....	47
Slika 6: Konceptualno ogrodje uspešnosti zdravstvenega sistema.....	68
Slika 7: Uvrstitve posameznih zdravstvenih sistemov na lestvici uspešnosti EHCI v obdobju 2005–2015 .....	78

## UVOD

Učinkovito zdravstvo je tisto, ki razpoložljiva finančna in druga sredstva uporabi z največjim možnim izplnom za zdravje ljudi oziroma javno zdravstvo. Države, ki imajo učinkovito zdravstvo, na enoto finančnega vložka dosežejo primerljivo največji izplen zdravstvenih storitev. V ekonomski teoriji učinkovitost opredeljujemo s Paretovimi pravili (Tajnikar, 2003, str. 42–49). Omenjena pravila opredeljujejo učinkovitost tako na ravni celega gospodarstva kot z vidika posameznega potrošnika in posameznega podjetja. V okviru Paretovih pravil učinkovitosti se učinkovitost pojavlja v proizvodnji, v menjavi in v povezavi med proizvodnjo in menjavo. S Paretovimi pravili učinkovitosti so formalno določeni pogoji za učinkovito razporeditev ali alokacijo blaga in storitev med potrošniki, pogoji za učinkovito razporeditev ali alokacijo proizvodnih dejavnikov med vse proizvajalce v gospodarstvu in pogoji za učinkovito razporeditev ali alokacijo proizvedenih različnih vrst blaga in storitev med proizvajalce določenega gospodarstva (Tajnikar, 2003, str. 42–49).

Če opazujemo posamezno podjetje, je alokacijska učinkovitost opredeljena z minimiziranjem stroškov, ki izhaja iz kombiniranja proizvodnih dejavnikov glede na njihove cene. Ob alokacijski učinkovitosti poznamo na ravni podjetja tudi tehnično učinkovitost. Ta je odnos med vložki in izložki. Podjetje je tehnično učinkovito, če dani izložek proizvede s čim manjšo količino vložkov. Vsoto tehnične in alokacijske učinkovitosti pa imenujemo stroškovna učinkovitost. Tehnična, alokacijska in stroškovna učinkovitost so torej lastnosti podjetja (Tajnikar, 2003, str. 42–49).

Po podatkih Organizacije za ekonomsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, v nadaljevanju OECD) Health Data 2010 je Slovenija v letu 2010 za zdravstvo namenila 1.998 evrov (v nadaljevanju EUR) na prebivalca in imela skupaj 19.279 operativnih posegov oziroma 9 operativnih posegov na 1.000 prebivalcev. Primerjalno je Avstrija v letu 2010 za zdravstvo namenila 3.407 EUR na prebivalca in imela skupaj 248.482 operativnih posegov oziroma 29 operativnih posegov na 1.000 prebivalcev. Iz navedenih podatkov je razvidno, da je Avstrija namenila 1,7 krat več sredstev za zdravstvo na prebivalca, število operacij na prebivalca pa je bilo 3,2 krat večje. Iz podatka bi lahko sklepali, da je Avstrija sredstva učinkoviteje uporabila.

Problematika neučinkovitosti se kaže tudi v nakupih dražjih naprav, ki nudijo enako zdravstveno oskrbo kot ugodnejše naprave. Neučinkovitost je lahko razvidna prav tako v nepravilni organizaciji mreže zdravstvenih storitev – posledica tega so npr. čakalne vrste. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije (2014, str. 3) se je v Sloveniji v letih 2010–2014 v zdravstvenem sistemu izgubilo od 300 do 400 mio EUR, in to kljub temu, da se je cena storitev izvajalcem znižala v obdobju od 2010 do 2013 za 16 %, v strukturi cene pa se je amortizacija znižala že dvakrat po 20 %. Zaradi nepravilne organizacije mreže zdravstvenih storitev se čakalne vrste podaljšujejo, ponekod tudi za 22 % (Zdravniška

zbornica Slovenije, 2014, str. 3). Za bolj učinkovito javno naročanje so predlagali vrsto ukrepov, med njimi, da naj Ministrstvo za zdravje pripravi register medicinskih pripomočkov in negativno listo ponudnikov, strokovni sveti pa standarde vgradnih in potrošnih materialov v medicini, ter da naj se cene 100 najpogostejših in primerljivih materialov in opreme spremljajo kontinuirano in javno za vso državo na portalu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) oziroma Ministrstva za zdravje (Zdravniška zbornica Slovenije, 2014, str. 9).

Država lahko za zdravje na prebivalca nameni zelo visok delež bruto domačega proizvoda (v nadaljevanju BDP), vendar je lahko ta denar neučinkovito uporabljen. Neučinkovitost največkrat pomeni tudi slabšo kakovost in tako lahko sklepamo, da za vložen denar prebivalec posamezne države ne dobi najboljše možne oskrbe. Delež BDP, namenjen za zdravstvo v Sloveniji, je v letu 2012 znašal 9 %; v Avstriji 10 %, v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) pa 16 % (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012). ZDA namenjajo daleč največ sredstev za zdravstvo, vendar ne, ker imajo večje prihodke, starejšo populacijo ali večjo ponudbo in rabo bolnišnic in zdravnikov, temveč zaradi višjih cen, večje rabe tehnologije in prekomerne teže prebivalstva (Squires, 2012, str. 10).

Delež BDP za zdravstvo tako ne odraža učinkovitosti zdravstva. V poslovni teoriji in praksi je moč najti veliko načinov merjenja učinkovitosti. Tudi v zdravstvu rabimo transparenten prikaz stanja oziroma dinamike učinkovitosti. Z izbranimi kazalci učinkovitosti lahko spremljamo delovanje zdravstvenega sistema, poleg tega pa razpolagamo z izhodišči za odločitve o prihodnjih vlaganjih in razvoju zdravstva.

Evropski ekonomsko-socialni odbor (2014, str. 2) v svojem dokumentu »Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih« navaja, da bo merjenje učinkovitosti v zdravstvu čedalje pomembnejše ter da so sistemi merjenja učinkovitosti še v začetni fazi. Nedopustno je, da na ravni Evropske unije (v nadaljevanju EU) ni primerljivih podatkov v zvezi z zdravstvenimi storitvami. Brez pravih in ustreznih podatkov ni možno napredovati in imeti na voljo enotnih kazalnikov, s katerimi bi podprli odločitve in omogočili znanstveno analizo. Evropsko komisijo in države članice EU tako poziva, naj pospešijo sprejetje sistema zanesljivih kazalnikov, ki omogočajo analizo ter uvedbo ukrepov na ravni EU.

**Cilj** magistrskega dela je prikazati različne sisteme merjenja učinkovitosti v zdravstvu ter vpliv tega merjenja na uspešnost zdravstva v izbranih evropskih državah. Temeljno raziskovalno vprašanje je: »Ali države, ki imajo bolj razvit sistem merjenja učinkovitosti v zdravstvu, bolj uspešno dosegajo cilje?«

Stroka v zdravstvu uporablja izraz »učinkovitost zdravstvenih sistemov« zelo široko. V kontekst učinkovitosti zajema tudi vidik kakovosti in uspešnosti zdravstvenih sistemov.

Čeprav je to neobičajno za stroko merjenja uspešnosti in managerske kontrole (angl. *performance measurement and management control*) (glej npr. Simons, 2000), mednarodna in evropsko sprejeta načela v zdravstvu vključujejo učinkovitost in uspešnost v vidik kakovosti (Ministrstvo za zdravje, 2010a, str. 3; World health organization, 2006b, str. 9). Tako lahko najdemo različno poimenovanje posameznih sistemov za spremljanje poslovanja zdravstvene organizacije, največkrat gre za poročila o kakovosti (v sklopu katerih se uporabljajo tudi kazalci učinkovitosti) ali poročila o uspešnosti (v sklopu katerih se prav tako uporabljajo kazalci učinkovitosti).

**Namen** magistrskega dela je osvetliti problematiko spremljanja učinkovitosti v zdravstvu ter prikazati, da lahko z načinom merjenja učinkovitosti vplivamo na politične odločitve v zdravstvu. Izsledki magistrskega dela bodo uporabni za upravljalce javnih financ, zdravstveno in ekonomsko stroko ter za uporabnike storitev zdravstvenega sistema. Z magistrskim delom želim prispevati k vzpostavitvi primerne sistema merjenja učinkovitosti v slovenskem zdravstvu, ki bo poleg transparentnega prikaza poslovanja skupaj s kazalci tudi orodje za uspešno upravljanje ekonomike v zdravstvu.

Za postavitev raziskave bom uporabila znanstveno in strokovno literaturo z zadevnega področja. Sekundarne podatke bom uporabila za teoretičen prikaz in analizo stanja v posameznih državah ter s primerjalno analizo presodila, katera država ima bolj razvit sistem merjenja učinkovitosti v zdravstvu. Za dodatno osvetlitev problematike bom izvedla polstrukturirane intervjuje z izbranimi strokovnjaki s področja zdravstva, da bodo podali kritično oceno o sistemih merjenja učinkovitosti v zdravstvu.

Struktura magistrskega dela je naslednja: v prvem poglavju opišem učinkovitost v zdravstvu na splošno, to je različno možno metodologijo ter kazalce za merjenje učinkovitosti. V drugem poglavju prikažem financiranje zdravstva v evropskih državah ter cilje sistemov zdravstvenega varstva. V tretjem poglavju so za vsako izbrano državo posebej prikazani zdravstveni sistemi ter sistemi za merjenje učinkovitosti le-teh ter na koncu še umestitev zdravstvenih sistemov na lestvici uspešnosti z vidika uporabnikov. V zadnjem, četrtem poglavju, sledi analiza med predstavljenimi zdravstvenimi sistemi in sistemi za merjenje učinkovitosti. V sklepu povzamem bistvene ugotovitve magistrskega dela.

## **1 UČINKOVITOST V ZDRAVSTVU**

Zadnjih nekaj let se večina držav članic Evropske unije sooča z enako problematiko – s potrebo zagotoviti kakovostno zdravstveno varstvo, ki bo prilagojeno potrebam prebivalstva in dostopno vsem, in se hkrati spopadati z vse večjimi izdatki v zdravstvu ob omejenih javnih financah. Javna sredstva, ki pokrivajo večino zdravstvenih izdatkov, so povsod skrčena. Zato so države članice začele z reformami svojih sistemov zdravstvenega varstva (Garel, 2010, str. 71).

Zakon o zavodih (Ur.l. RS, št. 12/1991) v prvem členu navaja naslednjo definicijo: »Zavodi so organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička«. Cilj poslovanja bolnišnic torej ni dobiček, temveč je cilj opravljanje dejavnosti, za katero so bili ustanovljeni. Iz tega lahko sklepamo, da običajni kazalniki učinkovitosti vezani na poslovni izid niso vedno pravi pokazatelj uspešnosti poslovanja bolnišnic. Česen (1998) je mnenja, da morajo vsi organizacijski sistemi pri svojem delovanju dosegati maksimalne učinke pri minimalni porabi virov, to je upoštevati načelo gospodarjenja. V nadaljevanju navaja dve pomembni razliki med gospodarstvom in negospodarstvom, kot posledica izpeljave omenjenega načela (Česen, 1998, str. 18):

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

Tudi pri bolnišnicah bi lahko uporabili načelo enakega učinka pri čim manjši porabi virov, in sicer kot racionalizacijo, katere cilj je znižanje stroškov ob zagotavljanju enakega nivoja zdravstvenih storitev (Stariha, 2010, str. 82).

Zdravstveni sistem je v vsaki družbi organiziran zato, da zagotavlja zdravstveno varstvo. Sistem mora zagotoviti pravočasno, vsem dostopno in učinkovito zdravstveno varstvo. Sistem je sestavljen iz številnih podenot, vsaka se ukvarja z nekim specifičnim problemom. Znotraj teh enot delajo strokovnjaki, ki svoje področje detajlno poznajo. Vsi ti strokovnjaki natanko vedo, kaj je na njihovem področju najboljši pristop in kako je stvari potrebno organizirati, da je učinek največji (Vlahović, 2013).

Z učinkovitostjo v zdravstvu dosegamo najboljši možni rezultat zdravljenja pri danih virih, kar pomeni, da je zdravstvo učinkovito takrat, ko s svojimi zdravstvenimi storitvami zagotovi pacientom največjo možno stopnjo zdravja. Merjenje učinkovitosti in uspešnosti je v javnem sektorju zelo oteženo; ugotovljena uspešnost in učinkovitost javnega zavoda pa je nadzor in merilo k večji racionalnosti (Kuhar 2007, str. 36).

Sodobne poslovne razmere tako v javnem kot v zasebnem sektorju povečujejo zahtevo po natančnih, zanesljivih in pravočasnih informacijah, ki so pogoj za pozitivno poslovanje organizacije. Pri tem pa je potrebno upoštevati učinkovitost in uspešnost poslovanja (Kavčič 2005, str. 7).



V zadnjih letih je poslovanje javnega sektorja čedalje bolj pod drobnogledom. Zaradi čedalje večjega pritiska po učinkovitem poslovanju je v ospredju tudi želja po vzpostavitvi sistema za merjenje uspešnosti izvajanja nalog javnega sektorja.

Uspešnost v javnih zdravstvenih zavodih je vezano na njihovo poslanstvo in zadovoljevanje potreb uporabnikov. Uspešnost javnega zdravstvenega zavoda lahko merimo z vidika medicinske stroke (zdravstveno storitev izvedemo ne glede na porabo virov) in z računovodskega vidika (uspešnost gospodarjenja z viri) (Kavčič 2005, str. 7).

Kakovost in količina storitev, ki jih opravi zavod, sta osnovni merili za ugotavljanje uspešnosti poslovanja javnega zavoda. Javni zavod lahko vpliva le na obseg stroškov, ne sme pa zmanjševati obsega, kakovosti in cene storitev. To pomeni, da lahko z učinkovitim izvajanjem svojih storitev zmanjša stroške, potrebne za izvedbo določene storitve (Trojer, 2009, str. 1).

Merilo za merjenje uspešnosti v javnih zdravstvenih zavodih je vezano na njihovo poslanstvo, katerega končni cilj je praviloma zadovoljevanje potreb uporabnikov (Kavčič, 2005, str. 7). V javnem zdravstvenem zavodu je zaradi narave dela merjenje rezultatov močno oteženo. V primeru javnega zdravstvenega zavoda gre za storitveno dejavnost, pri kateri je težko ovrednotiti kaj so inputi in kaj so outputi (Dema, 2009, str. 27). Mednarodno sprejeta načela kakovosti v zdravstvu so (Ministrstvo za zdravje, 2010a, str. 3):

- uspešnost zdravstvenih posegov,
- varnost pacientov,
- pravočasnost zdravstvene oskrbe,
- učinkovitost,
- enakost v obravnavi,
- osredotočenje na pacienta.

Bolnišnice so veliki sistemi, ki ponujajo veliko različnih storitev s področja zdravljenja in zaradi tega lahko pri njihovi analizi uporabimo splošna ekonomska načela. Analiza učinkovitosti v zdravstvu je lahko zelo obsežna, saj jo lahko izvedemo ne le po različnih segmentih, temveč tudi po različnih ravneh. Tehnična neučinkovitost pomeni, da bolnišnica z danimi vložki ne doseže maksimalne ravni storitev, alokacijska neučinkovitost pa pomeni, da uporabljeni vložki niso razporejeni primerno glede na njihove cene. Pomembno je, da v ekonomiki zdravstvenega varstva ne zamenjujemo naslednjih pojmov: učinkovita proizvodnja storitev (pomemben je končni izdelek, npr. določeni zdravstveni postopek), učinkovita preskrba s storitvami (pomemben je končni izdelek, npr. kakovost življenja), učinkovitost in produktivnost. V zdravstvu je izrednega pomena, da se ne osredotočamo na znižanje stroškov, ampak je precej pomembnejše izboljšanje vrednosti in posledično zdravja pacientov (Kaljanac, 2006, str. 5).

Tehnična in ekonomska (ne)učinkovitost odgovarja na vprašanje ali izvajalci izvajajo dejavnost tako, da so stroški pri tem čim manjši in jo je mogoče izračunati na podlagi empiričnih analiz. Tehnično opredeljena učinkovitost pomeni, da ima bolnišnica:

- kakovostne storitve (s čim manj napakami pri zdravljenju),
- kratke čakalne vrste,
- čim manj možnosti okužb.

Ekonomska učinkovitost pa npr. pomeni (Kuhar, 2007, str. 37):

- bolnišnice ne poslujejo z izgubo,
- dobra izkoriščenost osnovnih sredstev in opreme,
- ustrezno izobražen in učinkovit kader,
- ni prevelikih zalog zdravil,
- pravočasno poravnane obveznosti do dobaviteljev.

V državah EU so zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti in s tem tudi učinkovitosti zdravstvene oskrbe obravnavane kot prednostne. Upoštevati je potrebno mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, torej širše cilje z vplivom na družbo. To so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost in enakost. Zato mora ob odsotnosti zunanjih spodbud (zakonitosti trga) izboljševanje kakovosti v javni sektor vnesti lastnik. Pričakovani rezultati morajo odražati pričakovanja uporabnikov in drugih udeležencev v posameznem podsistemu javnega sektorja (Ministrstvo za zdravje, 2006, str. 7).

Po mnenju Krambergerja (2006, str. 48) so današnje reforme javnega sektorja napačno zasnovane, ker oponašajo tržne cilje. Zavzemajo se za večjo ekonomsko učinkovitost (podobno kot to velja za tržni podsistem) in večjo socialno varnost javno-upravnih podsistemov (med njimi tudi zdravstva). Za tržne organizacije in ljudi, ki so v njih zaposleni, so lahko to le izvorni cilji. Kramberger je nadalje mnenja, da država ni podjetje, katerega cilj je parcialna ekonomska učinkovitost, ampak je predvsem kolektivna združba, v kateri so združeni številni družbeni okvirji, znotraj katerih najdemo tržne organizacije, poklicne in interesne skupine ter gospodinjstva. V nasprotju s trgom naj bi se država zavzemala za večjo socialno učinkovitost in ekonomsko varnost.

Zdravstveni sektor ne deluje po tržnem principu kot drugi sektorji znotraj gospodarstva, vendar je njegove dele vseeno možno organizirati tako, da bodo redki uporabljeni viri (naravni in proizvodni delovni viri, oprema, denar, vodstvene sposobnosti itd.) dosegli maksimalni možni izplen oziroma največjo razliko med inputom in outputom, ne da bi bila pri tem kakovost zdravstvenih storitev zmanjšana (Letica, 2003, str. 21).

Teorija je jasna, pri vzpostavitvi in uvajanju sistemov za merjenje učinkovitosti pa se spopadamo z naslednjimi izzivi (Mladenovič, 2006, str. 18–19):

- pomanjkanje osredotočenosti vodenja k doseganju tega cilja,
- pomanjkanje osredotočene uporabe znanja pri projektnem vodenju,
- obstoječi sistem nagrajevanja v javnem sektorju deluje omejujoče,
- prevladuje miselnost »To smo že naredili«,
- premajhen zunanji pritisk,
- strah pred uvajanjem novih pristopov ali novih tehnologij,
- premajhne pristojnosti za izvedbo projektov do njihovega zaključka.

Kako do vzpostavitve sistema, ki bo v javnem (tudi zdravstvenem) sektorju spodbujal visoke dosežke? Nekaj predlogov (Mladenovič, 2006, str. 20):

- pravilne odločitve glede vodenja projektov,
- opredelitev pojma javnega dobra oziroma dodane vrednosti,
- strateške usmeritve je potrebno pretvoriti v pragmatične cilje,
- na merjenje učinkovitosti je potrebno gledati tudi z ustvarjalne plati,
- v organizaciji mora vsak prevzeti svoj del odgovornosti za doseganje rezultatov,
- dobre rezultate je potrebno nagraditi,
- na uvedbo nove tehnologije je potrebno gledati kot na dejavnik uspeha,
- komunikacija – ni se potrebno bati preglednosti svojega dela,
- pogum za soočenje s samim seboj – začeti pri sebi.

Za konec naj navedem nekaj konkretnih dilem pri obvladovanju stroškov oziroma analizi učinkovitosti (Stariha, 2010, str. 89–90):

- ali razpoložljive zmogljivosti bolnišnice prilagajamo glede na zasedenost bolnišnice? Ali v času nizke zasedenosti zmanjšujemo število zaposlenih na posameznem oddelku, zapiramo oddelke oziroma jih med seboj združujemo?
- Ali smo racionalni pri naročanju laboratorijskih preiskav? Pri svojem delu bi moral zdravnik razmisliti, da so naročene laboratorijske preiskave ustrezne, to pomeni, da so resnično potrebne za diagnozo ter da se med seboj ne izključujejo.
- Ali se opravljeno delo pravilno evidentira? Opravljeno delo je povzročilo določene stroške. Če za to ne prejmemo prihodkov, gre za izgubljeni denar.
- Ali je pacient v središču obravnave? V kolikor je pacient zaradi neučinkovite organizacije v bolnišnici več dni kot bi bilo potrebno, to na eni strani povzroča višje stroške obravnave ter po drugi strani izpad prihodkov, ker zaseda posteljo potencialnemu novemu pacientu.

- Efektivnost zdravstvenih delavcev. Znan je podatek, koliko nas stane prisotnost posameznega zdravstvenega delavca, vendar nimamo informacije, kaj bo zdravstveni delavec znotraj prisotnosti naredil.
- Skrb za maksimalno pretočnost oddelka z usklajevanjem dela v operacijski dvorani z zmogljivostjo oddelka.
- Izkoriščenost osnovnih sredstev. Ali se pred nabavo novega osnovnega sredstva preveri izkoriščenost obstoječih in se osnovna sredstva po nakupu dejansko uporablja?
- Urejenost področja javnih naročil – ali pri nabavi dosegamo optimalne pogoje (cena, količinski popusti, daljši plačilni roki)?
- Izkoriščenost operacijske dvorane. Ne samo med operacijo, vendar tudi za pripravo in čiščenje operacijske dvorane nastajajo stroški. Posledično je ekonomsko smotrno, da se operacijsko dvorano uporabi za več operacij dnevno.
- Ali je onemogočena nabava mimo uradnih poti, pomeni, da imamo ustrezen postopek naročanja, potrjevanja naročilnic ter računov? Ali se na vhodu v bolnišnico vrši ustrezna vstopna kontrola materialov?
- Ali je smotrneje storitev izvesti sam ali jo je bolje kupiti na zunanjem trgu? Potrebno je analizirati, če je storitev ali izdelek smotrneje kupiti na trgu ali zagotavljati znotraj bolnišnice (na primer laboratorijske preiskave, prehrana pacientov ipd.)?
- Ali se zaposleni zavedajo svojih odgovornosti, pristojnosti in finančnih posledic svojega dela?
- Ali imamo urejen postopek uvedbe novega materiala ali postopkov dela? Ali smo pri uporabi racionalni (uporabljamo najcenejši material ali storitev ter sledimo navodilom uporabe)?

## 1.1 Metodologije za merjenje učinkovitosti v zdravstvu

Metode primerjalne analize (angl. *benchmarking*) se za proučevanje ekonomske učinkovitosti največkrat uporablja. Omenjene metode omogočajo izračun oziroma oceno relativne učinkovitosti ponudnikov opazovanih organizacij v vzorcu, saj lahko v nasprotnem primeru heterogenost zamenjamo za neučinkovitost. Za osnovo primerjave je lahko najučinkovitejša ali najboljša organizacija v opazovanem vzorcu, povprečna učinkovitost organizacij v opazovanem vzorcu ali dinamična oziroma časovna primerjava. Pri metodah primerjalne analize torej primerjamo učinkovitost posamezne opazovane organizacije glede na najboljšo organizacijo v opazovanem vzorcu ali glede na povprečje opazovanega vzorca. Med najpogosteje uporabljene metode primerjalne analize uvrstimo analizo oziroma primerjavo različnih kazalnikov (angl. *ratio analysis*), ocenjevanje funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo, s pomočjo metode najmanjših kvadratov (angl. *least squares estimation of production technologies*), izračun celotne factorske produktivnosti (angl. *total factor productivity indices*), ocenjevanje robnih proizvodnih in/ali stroškovnih funkcij (angl. *frontier production/cost functions*) in metodo ovojnice

podatkov (angl. *data envelopment analysis*) (Coelli, Battese, O'Donnell, & Rao, 2005, str. 6; Ozcan, 2008, str. 6).

### 1.1.1 Analiza učinkovitosti na podlagi primerjave kazalnikov

Najpreprostejša metoda je analiza oziroma primerjava različnih kazalnikov, ki odražajo uspešnost in učinkovitost. Za bolnišnice lahko npr. med tovrstne kazalnike povprečno ležalno dobo, število umrlih na 1.000 odpuščenih bolnikov, število hospitaliziranih bolnikov na zdravnika in podobne kazalnike. Izbor ostalih možnih kazalnikov je prikazan v Tabeli 1. Za vsak izbran kazalnik oziroma njegovo vrednost lahko določimo najboljšo organizacijo (angl. *benchmark* ali *best performer*), na podlagi vrednosti kazalnika najboljše organizacije pa lahko z razmerjem med vrednostjo kazalnika posamezne organizacije in vrednostjo kazalnika najboljše organizacije vsak izbran kazalnik standardiziramo (Ozcan, 2008, str. 7–9).

Tabela 1: Prikaz različnih kazalnikov v zdravstvu

Kazalec	Sklop	Podsklop	Država
Antibiotiki: povprečni stroški na škatlo	Uspešnost delovanja	-	Italija
Bolnišnična stopnja umrljivosti hospitaliziranih pacientov	Kurativa	Varnost	Nizozemska
Bolnišnična umrljivost v starosti 45-64 let s primarno diagnozo srčnega napada	-	-	Avstrija
Čakalna doba za računalniško tomografijo	Učinkovitost zdravstvene oskrbe	-	Slovenija
Čakanje na odpustno pismo	Osredotočenost na pacienta	-	Slovenija
Delež izdatkov za preventivno zdravljenje na prebivalca	Preventiva	Kakovost	Nizozemska
Delež sprejemov zaradi kroničnega srčnega popuščanja	Promocija, preventiva in primarno zdravje	-	Slovenija
Dostop do zdravstvenega varstva za brezdomce	Sistem	Dostopnost	Nizozemska
Letno število novih primerov bakterijskega meningitisa	Preventiva	Kakovost	Nizozemska
% BDP porabljenega za zdravstvo	Zdravstveni izdatki in uspešnost	Stroški	Nizozemska
% bolnikov, ki doživijo medicinske in diagnostične napake	Kurativa	Učinkovitost	Nizozemska
% dvoletnih otrok, ki niso prejeli osnovnega cepljenja in živijo v skupnosti, ki je pod kritičnim pragom stopnje obveznega cepljenja	Preventiva	Kakovost	Nizozemska
% hospitaliziranih bolnikov, ki odidejo pred zdravniško pomočjo	Zadovoljstvo pacientov	-	Italija
% kadilcev, ki so pri splošnem zdravniku prejeli nasvete o prenehanju kajenja	Preventiva	Kakovost	Nizozemska

se nadaljuje

*Tabela 1: Prikaz različnih kazalnikov v zdravstvu (nad.)*

Kazalec	Sklop	Podsklop	Država
% ljudi s prekomerno težo	Sposobnost za doseganje regionalne strategije	-	Italija
% nosečnic, ki imajo svoj prvi prenatalni pregled pred 10 tedni nosečnosti	Predporodna, perinatalna in porodna nega	Kakovost	Nizozemska
% novih investicij	Uspešnost delovanja	-	Italija
% žensk, ki lahko doseže najbližjo bolnišnico z avtom v roku 30 minut	Predporodna, perinatalna in porodna nega	Dostopnost	Nizozemska
% žensk, ki lahko doseže najbližjo ginekološko ambulanto v roku 10 minut	Predporodna, perinatalna in porodna nega	Dostopnost	Nizozemska
% žensk, ki so lahko transportirane v najbližjo bolnišnico v roku 45 minut	Predporodna, perinatalna in porodna nega	Dostopnost	Nizozemska
Poškodbe z ostrimi predmeti	Varnost pacientov in osebja	-	Slovenija
Stopnja absentizma	Zadovoljstvo zaposlenih	-	Italija
Stopnja standardizirane hospitalizacije na 1.000 prebivalcev	Klinična ocena	-	Italija
Stopnja umrljivosti zarodka na 1.000 živorojenih in mrtvorojenih	Predporodna, perinatalna in porodna nega	Kakovost	Nizozemska
Stroški dolgotrajne zdravstvene oskrbe na prebivalca	Življenje z boleznijo	Stroški	Nizozemska
Stroški paliativne nege	Nega v zadnjih letih	Stroški	Nizozemska
Število ljudi, ki čakajo na darovalca organov	Kurativa	Pravočasnost	Nizozemska
Umrlijivost za rakom	Zdravstveni status prebivalstva	-	Italija
Zamenjava nege v izogib nepotrebni dragi negi	Zdravstveni izdatki in uspešnost	Učinkovitost	Nizozemska

*Vir: Laboratorio Management e Sanità, The Performance Evaluation System of Health Care in Tuscany 2010, 2012, str. 18–25, tabela 1; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Dutch Health Care Performance Report 2014, 2015, str. 340–346, tabela Appendix 2; Ministrstvo za zdravje, Priročnik o kazalnikih kakovosti, 2010, str. 21–214; Niederösterreichische Landeskliniken-Holding, Bericht 2010, 2010, str. 25.*

### **1.1.2 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi ocenjevanja funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo, z metodo najmanjših kvadratov**

Z metodo najmanjših kvadratov, ki jo je na področju zdravstva prvi uporabil Feldstein (1967), ocenjujemo neučinkovitost na podlagi ocenjevanja funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo. Po navadi gre za ocenjevanje stroškovnih ali proizvodnih funkcij. Kot podlago za oceno tehnične učinkovitosti posameznih bolnišnic, je Feldstein (1967) uporabil ocene produkcijskih funkcij akutnih bolnišnic v Veliki Britaniji, pri čemer je odklone od ocenjenih regresij interpretiral kot mere tehnične učinkovitosti. Feldstein (1967) je bolnišnico z ničelno vrednostjo odklona definiriral kot bolnišnico s povprečno tehnično učinkovitostjo, saj uporaba metode najmanjših kvadratov omogoča takšno oceno funkcije, ki se čim bolj prilega vsem razpoložljivim podatkom o odnosu med odvisno in pojasnjevalnimi spremenljivkami. Nadpovprečna tehnična učinkovitost naj bi bila značilna

za bolnišnice s pozitivnim odklonom, podpovprečna tehnična učinkovitost pa za bolnišnice z negativnim odklonom. Omenjena metoda za osnovo primerjave uporablja povprečno učinkovitost organizacij v opazovanem vzorcu, kar pomeni, da proizvodne ali stroškovne funkcije, ocenjene po tej metodi, niso skladne s teorijo. Stroškovna funkcija naj bi odražala najnižje možne stroške za proizvodnjo dane ravni outputa, proizvodna funkcija pa naj bi odražala največji možni output, ki ga je možno proizvesti z danimi inputi. Z uporabo te metode torej ni možno razlikovati med učinkovitimi in neučinkovitimi organizacijami. Prav tako ni možno v opazovanem vzorcu izračunati relativne učinkovitosti posameznih organizacij glede na učinkovite organizacije. Celoten odklon se pri tej metodi pripiše neučinkovitosti, poleg tega ne upošteva možnosti šumov ali heterogenosti opazovanih organizacij (Došenovič Bonča, 2010, str. 115).

### **1.1.3 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi indeksov celotne faktorske produktivnosti**

Proučevanje sprememb v učinkovitosti lahko proučujemo tudi s pomočjo izračuna celotne faktorske produktivnosti. Izračun običajno opravimo s pomočjo indeksov, ki za določeno opazovano organizacijo odražajo spremembe v obsegu uporabljenih inputov med dvema različnima časovnima obdobjema in v obsegu proizvedenih outputov. Takšne spremembe v produktivnosti lahko izračunamo z uporabo Paschejevih, Laspeyresovih, Fischerjevih ali Tornqvistovih indeksov za izračun indeksov količin inputov in outputov na podlagi podatkov o cenah in količinah tako inputov kot outputov opazovanih organizacij. Izračun takšnih indeksov temelji na predpostavki, da opazovane organizacije težijo k maksimiranju prihodkov ali minimiziranju stroškov ter da so organizacije tehnično učinkovite (Coelli et al., 2005, str. 85–133, 291).

Na podlagi opisanih indeksov celotne faktorske produktivnosti lahko dvig produktivnosti pripisujemo spremembam v tehnološkem in tehničnem napredku. Izračun Malmquistovega indeksa celotne faktorske produktivnosti, ki temelji na funkcijah raztega (angl. *distance functions*), pa nasprotno omogoča pojasnjevanje sprememb v produktivnosti tako s spremembo v tehničnem in tehnološkem napredku kot s spremembo v učinkovitosti. Izračun Malmquistovega indeksa celotne faktorske produktivnosti ne temelji na domnevah o obnašanju opazovanih organizacij in njihovi tehnologiji, ter prav tako ne zahteva podatkov o cenah inputov in outputov, zahteva pa oceno proizvodne ali stroškovne funkcije, kar pomeni, da je izračun Malmquistovega indeksa celotne faktorske produktivnosti možen le v primeru, kadar so na voljo panelni podatki (Coelli et al., 2005, str. 290–293; Jacobs, Smith, & Street, 2006, str. 130; Fried, Knox Lovell, & Schmidt, 2008, str. 522–615).

#### **1.1.4 Analiza ekonomske učinkovitosti na podlagi ekonometričnega ocenjevanja robnih funkcij, ki odražajo proizvodno tehnologijo**

Obstaja več skupin metod za proučevanje učinkovitosti na podlagi ekonometričnega ocenjevanja robnih funkcij, in sicer jih razvrščamo v skupine, glede na to, ali gre za oceno determinističnih (angl. *deterministic frontier functions*) ali stohastičnih robnih funkcij (angl. *stochastic frontier functions*) in glede na to, ali so za oceno funkcij razpoložljivi presečni (angl. *cross-sectional data*) ali panelni podatki (angl. *panel data*). V primeru ocenjevanja učinkovitosti na podlagi determinističnih robnih funkcij so mere učinkovitosti opredeljene z odklonom ocenjene vrednosti odvisne spremenljivke od njene dejanske vrednosti ( $\varepsilon_i$ ) (Winsten, 1957).

Ocenjevanje učinkovitosti na podlagi determinističnih robnih funkcij se od ocenjevanja učinkovitosti na podlagi stohastičnih robnih funkcij razlikuje z vidika interpretacije odklona. Odklon  $\varepsilon_i$  je v primeru ocene stohastičnih robnih funkcij pripisan dvema dejavnikoma. Prvi dejavnik je neučinkovitost, drugi dejavniki pa so šumi in napake merjenja. Stohastične robne stroškovne funkcije za razliko od determinističnih ne zajemajo nujno enot opazovanja z najnižjimi stroški, kar je posledica upoštevanja dejstva, da lahko od odstopanja med ocenjeno vrednostjo odvisne spremenljivke in njeno dejansko vrednostjo pride tudi zaradi vpliva slučajnih dogodkov, napak merjenja ali zaradi specifikacije modela, ki ne vključuje vseh pojasnjevalnih spremenljivk (Jacobs et al., 2006, str. 53–54).

#### **1.1.5 Analiza ekonomske učinkovitosti z metodo ovojnice podatkov**

Za proučevanje ekonomske učinkovitosti lahko uporabimo tudi metodo ovojnice podatkov (angl. *data envelopment analysis*, v nadaljevanju DEA). Metodologija DEA poleg analize učinkovitosti posamezne opazovane organizacije omogoča tudi opredelitev zgledov za opazovano neučinkovito organizacijo (angl. *efficient peers*). Zgledi so v tem primeru organizacije, ki so med vsemi učinkovitimi organizacijami najbolj primerljive z opazovano neučinkovito organizacijo. Metodologija DEA omogoča tudi oceno tistih obsegov inputov in outputov, pri katerih bi ta organizacija dosegla učinkovitost, torej oceno ciljev za posamezno neučinkovito organizacijo (angl. *targets*). S pomočjo te metodologije lahko merimo spremembe v produktivnosti vsake od opazovanih organizacij v času, ugotavljamo razloge za spremembe v produktivnosti, ugotavljamo donose obsega (ali so pri določeni ravni proizvodnje zanjo značilni naraščajoči, konstantni ali padajoči donosi obsega). S pomočjo te metodologije lahko ugotavljamo tudi, kako se obseg proizvodnje spreminja, če spreminjamo obseg vseh razpoložljivih inputov (angl. *scale elasticity*), opredelimo pa lahko še obseg proizvodnje, pri katerem organizacija dosega največjo možno produktivnost (angl. *most productive scale size*) (Despić, Thanassoulis, & Portela, 2008, str. 252).



## 1.2 Kazalci za merjenje učinkovitosti v zdravstvu

Leta 2005 je Ministrstvo za zdravje prvič v okviru »Nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti v zdravstvu« pripravilo metodologijo za ugotavljanje uspešnosti in učinkovitosti slovenskih bolnišnic ter izvedlo pilotno raziskavo. Namen raziskave je bil ovrednotiti poslovni uspeh in učinkovitost delovanja posamezne bolnišnice ter bolnišnic na ravni celotne države (Kuhar, Marušič, & Robida, 2008, str. 45).

Metodologija Ministrstva za zdravje (Kuhar et al., 2008, str. 48) je temeljila na opredelitvi kazalcev (angl. *indicators*), ki so se spremljali in medsebojno primerjali (angl. *benchmarking*) in je izbrala oziroma spremljala kazalnike v treh sklopih:

- kazalci poslovanja oziroma računovodski kazalci,
- kazalci spremljanja učinkovitosti izrabe virov,
- drugi kazalci.

V sklopu kazalcev poslovanja oziroma računovodskih kazalcev so spremljali koeficient plačilne sposobnosti, kazalec gospodarnosti, koeficient zapadlih obveznosti, dnevi vezave zalog materiala, stopnjo odpisanosti opreme in delež porabljenih amortizacijskih sredstev. V drugem sklopu kazalcev spremljanja učinkovitosti izrabe virov so spremljali izkoriščenost posamezne vrste opreme, ki so jo opredelili s številom preiskav na aparat, velike in male operacije na dvorano, operacijske ure ter število dni in primerov na intenzivnem oddelku. Učinkovitost izrabe virov so izračunavali na podlagi števila opreme na podlagi knjigovodske evidence za različne vrste aparatov (operacijska dvorana, rentgen, magnetna resonanca, računalniška tomografija, gama kamera ter mesta v intenzivni enoti), razpoložljive površine prostorov v m<sup>2</sup> (prostori za ambulantno, hospitalno in dializno dejavnost) ter na podlagi števila kadrov (zdravstveni in nezdravstveni delavci). V sklopu drugih kazalcev so spremljali izobraževanje glede na stroške povezane z izobraževanjem, brez stroškov za specializacijo, pripravništvo, brez mentorskih dodatkov ter porabe energije ter vlaganje v informacijsko tehnologijo z vidika stroškov (Kuhar et al., 2008, str. 48).

Rezultati raziskave so pokazali velike odklone v učinkovitosti med bolnišnicami in potrdili, da oblikovanje metodologije in s tem kazalcev za merjenje celovite uspešnosti in učinkovitosti delovanja v zdravstvu ni preprosto, da je njihova interpretacija še težja naloga, ki ima lahko za posledico netočno informacijsko vrednost, če metodologija ni standardizirana ter da brez merjenja ni mogoče izboljševati uspešnosti in učinkovitosti delovanja bolnišnic (Kuhar et al., 2008, str. 51).

Smith (2012) navaja, da običajen pristop merjenja učinkovitosti v zdravstvu zdravstvo razume kot produkcijsko funkcijo, kjer je učinkovito zdravstvo tisto, ki ob danih resursih zagotavlja maksimalen možen izplen. Številne študije so takšen model uporabile za

merjenje učinkovitosti ponudnikov zdravstvenih storitev. The World Health Report 2000 je na osnovi takšnega modela razglasil Francijo za državo, z najbolj učinkovitim zdravstvom. Dosegla je namreč 99,4 % celotnega potencialno možnega izplena, glede na njihovo raven potrošnje.

Ne glede na popularnost takšnih modelov se analitiki srečujejo z mnogimi tehničnimi ovirami. Npr. kaj pomeni izplen v zdravstvu? Mnogi bi se strinjali, da naj bi izplen pomenil mero izboljšanja zdravja oziroma več zdravja, ki ga zdravstveni sistem zagotavlja, lahko pa zanemari druge cilje kot so zadovoljstvo uporabnikov, vložena sredstva ali finančna zaščita. Drugo vprašanje je, v kolikšni meri naj se pri merjenju učinkovitosti upoštevajo zunanji, nekontrolirani vplivi (Smith, 2012, str. 4).

Poročilo The World Health Report 2000 je zahtevalo, da model merjenja učinkovitosti v zdravstvu upošteva socialni kapital, model naj bi tako upošteval izobrazbeno strukturo prebivalstva. Komisija Svetovne zdravstvene organizacije (angl. *WHO*, v nadaljevanju *WHO*) dodaja, da obstajajo še ostali dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje, kot so poraba tobaka in alkohola, prehrana in celo raven dohodka. Zagotavljanje ustreznih podatkov in razvoj sprejemljivih empiričnih modelov pogosto predstavljajo zastrašujoče praktične ovire pri vzpostavitvi delujočega modela merjenja učinkovitosti v zdravstvu (Smith, 2012, str. 4).

Tradicionalni model merjenja učinkovitosti v zdravstvu ponazarja eno vrsto izplena oziroma outputa glede na eno vrsto inputa: pričakovana življenjska doba glede na izdatke za zdravstvo na prebivalca (Smith, 2012, str. 4). Pomanjkljivosti tradicionalnega modela učinkovitosti so (Smith, 2012, str. 4):

- prikazana je zgolj ena spremenljivka,
- gre za statično oceno: prikazano je stanje v danem trenutku oziroma v določenem letu (izplen je lahko rezultat večletnega delovanja zdravstvenega sistema),
- ni korekcije oziroma prilagoditve rezultata za morebitne zunanje vplive,
- ni predstavljene ocene negotovosti itd.

Analitiki se zavedajo pomanjkljivosti tradicionalnega modela merjenja učinkovitosti v zdravstvu in so zato sprejeli alternativne kazalnike učinkovitosti, ki ne prikazujejo stroškovne učinkovitosti celotnega gospodarstva, temveč prikazujejo učinkovitost manjše enote oziroma segmenta znotraj celotnega gospodarstva. Poglejmo primer za npr. bolnišnico. Najprej se denar porabi za nakup inputov, npr. v obliki dela ali kapitala. Učinkovitost omenjenega segmenta se lahko ocenjuje kot razmerje stroškov na enoto. Potem se fizični inputi pretvorijo v fizične outpute, kot npr. proces oskrbe, katerega učinkovitost se odraža s kazalnikom dolžine bolnišnične oskrbe. Nazadnje se fizični izhodi preoblikujejo v merljive zdravstvene učinke, npr. kazalnik dolžina in kakovost življenja. S

tveganjem prilagojena stopnja smrtnosti bi lahko predstavljala kazalec za dolžino in kakovost življenja (Smith, 2012, str. 4).

V Tabeli 2 je nanizan izbor kazalnikov učinkovitosti, ki se nanašajo na segmente zdravstva in ponujajo vpogled v porabo resursov v procesu delovanja bolnišnice. Pri vsakem kazalniku učinkovitosti je predstavljena tudi njegova omejitev. Medtem ko ima vsak posamezen spodaj prikazan kazalnik določene pomanjkljivosti pri razumevanju učinkovitosti, lahko s primerno uporabo predstavijo delovanje zdravstva, denimo kje je prisotna neučinkovitost in zakaj je prisotna neučinkovitost.

*Tabela 2: Predpostavke in slabosti izbranih kazalcev učinkovitosti*

<b>Kazalec učinkovitosti</b>	<b>Kaj predstavlja – vsebina?</b>	<b>Predpostavke in slabosti</b>
Obravnave na urgenci, ki niso urgentne.	Delež obravnav na urgenci, ki ne sodijo v urgentne obravnave.	Ne upošteva kakovosti oskrbe. Odvisno od definicije.
Povprečna dolžina bolnišničnega staleža.	Število dni bolnišničnega staleža.	Predpostavlja enakost diagnoz pacientov, tako glede rezultata kot intenzivnosti.
Stroški na enoto.	Ocene stroškov.	Predpostavlja enakost zdravljenja, enakost računovodskih metod, zanemarja kakovost.
Posameznemu primeru prilagojen strošek na epizodo zdravljenja.	Povprečni stroški za določeno vrsto zdravljenja.	Predpostavlja enakost primerov, tako rezultata kot intenzivnosti. Predpostavlja enakost zdravljenja, enakost računovodskih metod.
Delež celotnega stroška administracije.	% administrativnih stroškov glede na celoten strošek zdravstva.	Predpostavlja, da pomeni večji delež administrativnih stroškov neučinkovitost. Močno odvisno od uporabljene računovodske metode.
Delovne ure na enoto zdravljenja.	Število ur zdravljenja (prilagojeno na posamezno vrsto zdravljenja) na enoto.	Predpostavlja, da vsi pacienti zahtevajo enako intenziteto nege. Težko je pridobiti natančne podatke pri velikem obsegu. Na podatek vplivata zasnova oziroma organizacija zdravljenja kot tudi učinkovitost.
Delež ur zdravniškega osebja na zdravljenje pacientov.	% ur dela zdravniškega osebja za zdravljenje pacientov.	Predpostavlja, da vsi pacienti zahtevajo enako intenziteto nege. Težko pridobiti natančne podatke pri velikem obsegu. Predpostavlja, da čas, ki ni namenjen zdravljenju pacientu, predstavlja neučinkovitost.
Stroški bolezni.	Povprečni stroški zdravljenja določene bolezni.	Težko izračunati brez primerjave podatkov različnih ponudnikov zdravstvenih storitev. Predstavlja enake primere bolezni. Močno odvisno je od uporabljene računovodske metode.

*Vir: P.C. Smith, What is the scope for health system efficiency gains and how can they be achieved?, 2012, str. 6, tabela 1.*

Precej očitno je, da gre za arbitraren izbor kazalnikov učinkovitosti, ki nimajo teoretične skladnosti. Težko je najti primerne kazalnike učinkovitosti, za katere je možno zbrati podatke oziroma jih oceniti in bi hkrati predstavljali konkretno osnovno za primerjavo učinkovitosti zdravstvenih sistemov in ki bi bili uporabni pri kreiranju političnih odločitev v zdravstvu. Glede na to, da se politika čedalje bolj ukvarja z vprašanjem učinkovitosti v zdravstvu, se je potrebno zavedati omenjenih pomanjkljivosti pri prikazovanju učinkovitosti in nadaljevati prihodnje raziskave v tej smeri (Smith, 2012, str. 4).

## **2 FINANCIRANJE ZDRAVSTVA V EVROPSKIH DRŽAVAH**

Javni zdravstveni zavodi so neprofitne organizacije, katerih cilj ni doseganje dobička, ampak zadovoljevanje potreb, ki so v javnem interesu, kar pomeni izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva, kakovost življenja in tudi blagostanja. Financiranje in poslovanje zdravstva je vezano na delovanje zdravstvene blagajne. Uspešno pridobivanje finančnih sredstev je za zdravstvo zelo pomembno, saj ima vpliv na višino sredstev za uresničevanje zdravstvenih programov. Javni zdravstveni zavodi so financirani pretežno iz obveznih prispevkov, majhen delež prihodkov predstavljata dodatno zavarovanje (iz zdravstvenih zavarovalnic) in tržna dejavnost. Javni zdravstveni zavodi morajo z pridobljenimi finančnimi sredstvi racionalno ravnati in jih usmerjati v opravljanje osnovne dejavnosti, tako da s čim manjšimi stroški zagotovijo kakovost opravljene zdravstvene storitve (Štruc 2006, str. 29).

Evropski ekonomsko-socialni odbor navaja, da pri organizaciji in upravljanju zdravstvenega varstva, le stabilno financiranje omogoča učinkovito načrtovanje investicij in nemoteno delovanje zdravstvenega sistema. Zdravstveni sistemi, katerih financiranje temelji na manj stabilnih virih prihodkov, so bolj izpostavljeni zunanjim pretresom. Tako so sistemi, ki se pri financiranju v veliki meri zanašajo na prispevke na podlagi zaposlitve, bolj izpostavljeni posledicam povečanja brezposelnosti. Stabilnost sredstev in posledično stabilnost zdravstvenega sistema lahko zagotovijo prihranki ali druge proticiklične formule za vladne proračunske prenose (Evropski ekonomsko-socialni odbor, 2014, str. 11).

Evropske države so v zadnjih desetletjih dosegle velik napredek na področju zdravja prebivalstva. Pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v državah Evropske unije (EU) od leta 1980 podaljšala za šest let, prezgodnja umrljivost pa se je izrazito zmanjšala. Izboljšanje življenjskih in delovnih razmer ter nekaterih zdravju škodljivih ravnanj je znatno prispevalo k podaljšanju življenjske dobe, veliko pa je pripomogel tudi napredek v zdravstveni oskrbi. Zdravstveni sistemi v evropskih državah so vedno večji in bolj zapleteni, poraba za zdravstvo, ki je največja doslej, pa zahteva vedno večji delež nacionalnega prihodka (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

## 2.1 Modeli financiranja zdravstva

Način financiranja zdravstva je v vseh deželah pomemben dejavnik, zato posvečajo izjemno pozornost vprašanju financiranja le-teh (Toth, 2003, str. 240). Med najpomembnejše prvine sistema zdravstvenega varstva sodi tudi financiranje zdravstvenega varstva (Kramberger, 2009, str. 3):

- zdravstvena politika,
- financiranje zdravstvenega varstva,
- izvajanje zdravstvene dejavnosti,
- zavarovane osebe, bolniki,
- izobraževanje in ravnanje s kadri,
- medicinska znanost,
- zdravstvena tehnologija.

Sisteme zdravstvenega varstva ločujemo predvsem glede na vlogo države pri upravljanju in financiranju sistema. Najbolj splošna je delitev na (Kramberger, 2009, str. 3):

- zasebne sisteme (le-te delimo še na komercialne, ki delujejo na tržnih načelih (profitne) in vzajemne, ki delujejo v interesu članstva (neprofitne)) in
- javne sisteme.

## 2.2 Pregled financiranja zdravstva v Evropski uniji

V Evropi skladno z zgodovinsko tradicijo prevladujejo javni ali socialni modeli zdravstvenega varstva (Kramberger, 2009, str. 4). Države članice Evropske unije imajo različne oblike doplačil v sistemu zdravstvenega varstva in oskrbe državljanov. V nekaterih državah izdatke za zdravstveno varstvo domačih prebivalcev pokrivajo z javnozdravstvenimi sistemi, v drugih je v sistemu socialnega varstva vključeno tudi zasebno zavarovanje. V razvitih evropskih državah delimo zdravstvene sisteme na dve veliki skupini (Česen, 2003, str. 157):

- »Beveridgeov model« oziroma proračunsko financiranje oziroma sistem nacionalne zdravstvene službe in
- »Bismarckov model« oziroma avtonomen vir javnih financ oziroma sistem zavarovalniškega tipa oziroma sistem socialnega zdravstvenega zavarovanja.

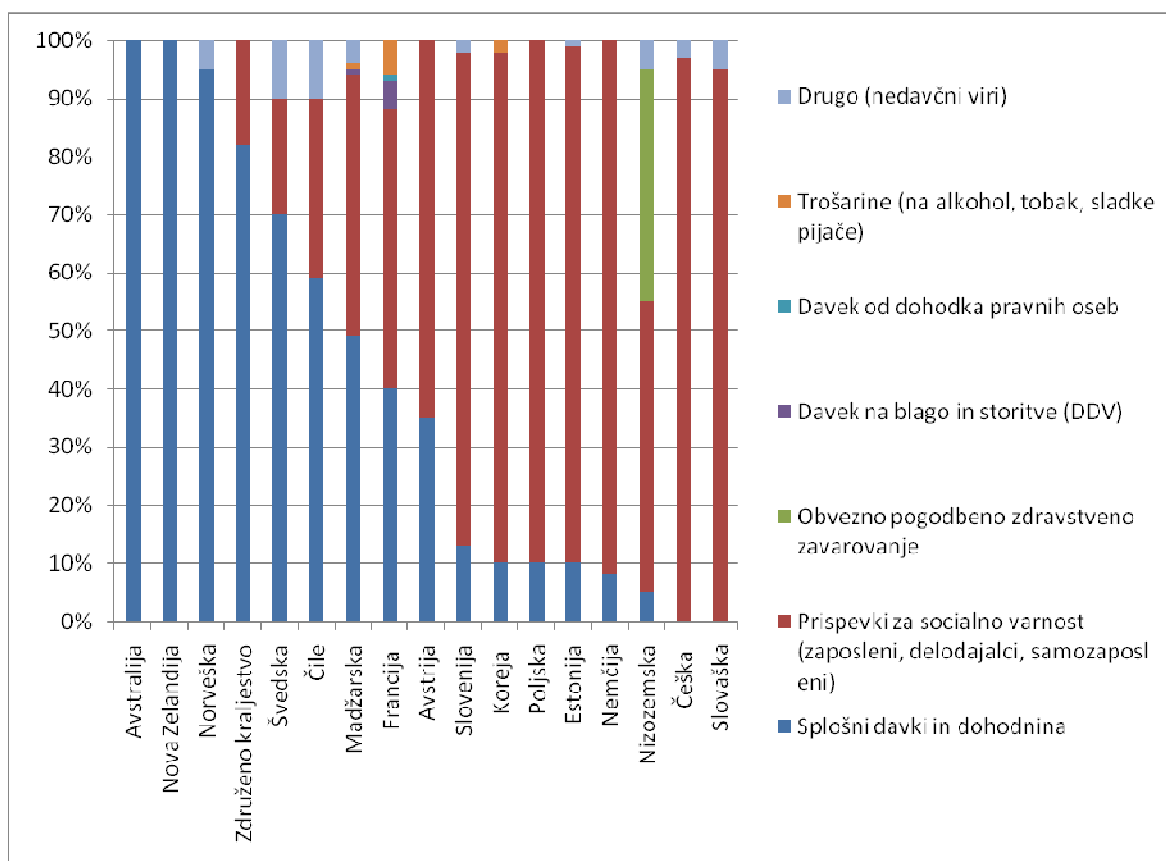
Evropske države, ki imajo »Beveridgeov model« oziroma sistem nacionalne zdravstvene službe so: Švedska, Španija, Finska, Malta, Danska, Islandija, Velika Britanija, Grčija, Portugalska, Italija, Poljska, Estonija, Irska in Ciper. Evropske države, ki imajo »Bismarckov model« oziroma sistem zavarovalniškega tipa pa so: Nizozemska, Slovenija,

Nemčija, Francija, Belgija, Avstrija, Luksemburg, Češka, Madžarska, Slovaška, Litva in Latvija (Kramberger, 2006, str. 5).

Modeli financiranja zdravstva po direktivah Evropske unije narekujejo vzdržnost financiranja sistema, ustrezno razmejitev med javnimi in zasebnimi sredstvi, vprašanje solidarnosti, vzajemnosti pri zbiranju sredstev in nadzor pri izvajalcih storitev zdravstvenega varstva. Stabilnost zdravstvene blagajne je mogoče zagotavljati le s primerno porazdelitvijo sredstev in s stabilnim modelom financiranja iz različnih virov (Ramič, 2013).

Na Sliki 1 je prikazana struktura virov prihodka za financiranje javnega zdravstva za leto 2010. V večini držav so glavni viri prihodkov prispevki za socialno varnost, na primer v Avstriji, Češki, Nemčiji, Koreji, Poljski, Slovaški in Sloveniji celo več kot 70 %.

*Slika 1: Viri prihodkov za financiranje javnega zdravstva v letu 2010*



*Vir: Organisation for Economic Co-operation and Development, Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives, 2015, str. 35, slika 1.7.*

## 2.3 Cilji sistema zdravstvenega varstva

Cilji javnih sistemov zdravstvenega varstva izhajajo iz dveh dimenzij solidarnosti, in sicer »vertikalne« in »horizontalne«. Vertikalna dimenzija solidarnosti predstavlja kolektivno financiranje, ki temelji na sposobnosti vsakogar, da prispeva, horizontalna dimenzija solidarnosti pa predstavlja zagotavljanje storitev oziroma dostop do pravic, v primeru, ko jih kdo potrebuje (Kramberger, 2006, str. 6):

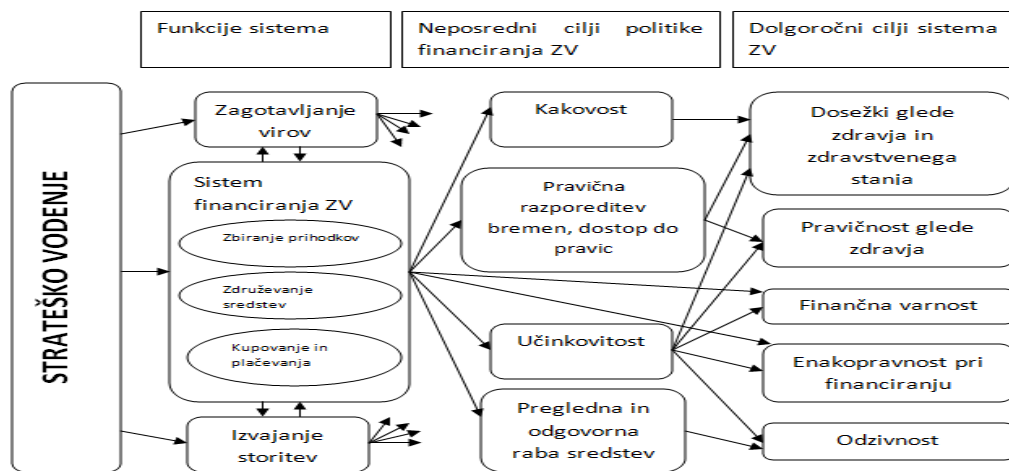
- pravičnost,
- dostopnost,
- učinkovitost in
- uspešnost.

Obstajajo različni vsebinski vidiki temeljnih ciljev javnega sistema zdravstvenega varstva (Kramberger, 2006, str. 7):

- ekonomski (finančni) vidik: obvladovanje stroškov, zagotavljanje dolgoročne ekonomske oziroma finančne vzdržnosti sistema, produktivnost, pregledna raba javnih sredstev, uvajanje »tržnih« elementov v javni sistem, racionalna izvedba programov idr.
- socialni vidik: progresivna skrb za socialno in zdravstveno ogrožene, dostop do storitev za vse, enakost pri obravnavi v zdravstvu, enakopravnost pri obveznostih idr.
- (javno)zdravstveni vidik: učinkovito zdravljenje, zmanjševanje in odpravljanje vodilnih zdravstvenih problemov, boljše zdravje prebivalstva idr.

Na Sliki 2 je prikazana povezava med funkcijo financiranja zdravstva ter drugimi funkcijami sistema ter političnimi in splošnimi cilji. Pomemben vidik prikazanega koncepta je, da ni zgolj financiranje zdravstvenega sistema tista funkcija, ki vpliva na srednjeročne in dolgoročne cilje, temveč je potrebna usklajena politika vseh funkcij.

Slika 2: Prepletenost ciljev javnega sistema zdravstvenega varstva in ciljev njegovega financiranja



Vir: World Health Organization, *Approaching health financing policy in the WHO European region, 2006a*, str. 7, slika 2.

Zadnja leta je osnovna značilnost javnih sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v EU neprekinjen tok reform in sprememb. Do reform prihaja zaradi velikih pritiskov na rast javnih izdatkov za zdravstvo, ki jih povzročajo vse dražja zdravila, hiter razvoj medicinskih tehnologij, spremembe v patologiji, spremembe v zaposlovanju, staranje prebivalstva idr. (Kramberger, 2009, str. 8).

Ker demografski trendi z dveh strani vplivajo na financiranje sistema zdravstvenega varstva, so v EU nujne spremembe javnih sistemov zdravstvenega varstva in njegovega financiranja:

- staranje prebivalstva in posledične spremembe zdravstvenih potreb povzročajo stalno povečevanje izdatkov za zdravstvo,
- negativni naravni prirastek vpliva na zmanjševanje aktivne populacije, kar ima močan učinek na razpoložljive prihodke sistema.

Zaradi staranja prebivalstva in negativnega naravnega prirastka so potrebni strukturni ukrepi za zagotavljanje dolgoročne ekonomske in finančne vzdržnosti sistema (Kramberger, 2009, str. 10).

Strukturni ukrepi morajo potekati s treh strani (Kramberger, 2009, str. 12):

- zdravstvena politika oziroma spremembe »od zgoraj«:
  - močno izpostavljena potreba po večji ekonomski učinkovitosti sistema,
  - zdravstvene reforme oziroma strukturne spremembe,



- osnovna področja sprememb:
  - financiranje oziroma zagotavljanje virov,
  - izvajanje zdravstvenih storitev in
  - organizacija sistema.
- krepitev solidarnosti (potreba po večji regulaciji sistema),
- spremembe v financiranju zdravstvenega varstva:
  - spodbujanje učinkovitosti in kakovosti pri izvedbi programov,
  - uvajanje novih finančnih virov v sistem,
  - obsežni programi za obvladovanje izdatkov (zdravila, bolnišnice itd.),
  - strateško naročanje oziroma kupovanje programov in
  - preoblikovanje sistemov v mešano javne-zasebne sisteme,
- zahteve civilne družbe oziroma spremembe »od spodaj«:
  - sodelovanje državljanov pri zdravstveno političnih odločitvah,
  - temeljne pravice bolnikov,
  - potreba po osrednji vlogi bolnikov pri opredelitvah zdravstveno političnih ciljev,
  - drugačna vloga bolnika, nujno sodelovanje med zdravnikom in bolnikom,
  - nujni premiki za bolj odgovorno ravnanje in skrb ljudi za lastno zdravje.

Zaradi reform prihaja do sprememb in korekcij temeljnih ciljev sistema, kot sta socialna pravičnost in dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe za vse (solidarnost) in dopolnitev omenjenega cilja: ohranjanje dostopa do kakovostne zdravstvene oskrbe v okviru ekonomsko učinkovitega in vzdržnega sistema (solidarnost in učinkovitost) (Kramberger, 2009, str. 14).

### **3 USPEŠNOST ZDRAVSTVA V IZBRANIH EVROPSKIH DRŽAVAH**

Leta 2005 je Dr. Foster v Združenem kraljestvu edini ponujal seznam zdravstvenih ponudnikov (bolnišnic) z njihovimi kotacijami, kjer so bolniki lahko videli, katere bolnišnice imajo dobre rezultate v smislu po dejanskih stopnjah uspeha ali odstotkih preživetja (Health Consumer Powerhouse, 2016a, str. 36). V letu 2007 je bilo že nekaj več primerov, kjer Health Consumer Powerhouse meni, da je najbolj opazna danska spletna stran [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk), kjer so bolnišnice ocenjene z zvezdicami od ene do pet zvezdic, podobno kot hoteli, s kazalniki nivoja storitve kot tudi dejanskimi rezultati, vključno z odstotki smrtnih primerov na določeno diagnozo. Morda najbolj impresiven del tega sistema je, da omogoča članom javnosti, da se lahko s pomočjo klika miške dokopljejo do direktne telefonske številke direktorjev bolnišnic. Na žalost danski sistem ne vsebuje več dejanskih rezultatov zdravljenj, vendar le podatke, kako pogosto bolnišnice izvajajo določeno zdravljenje (Health Consumer Powerhouse, 2016a, str. 36).

Nemčija se je pridružila omejenemu številu držav (danes sedem), točkovanih z zeleno s strani javnega zavoda Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, ki na svoji

spletni strani [www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de) zagotavlja informacije o kakovosti za veliko število nemških bolnišnic. Možno je, da je zaradi tega nemški zdravstveni sistem visoko uvrščen oziroma v zelenem območju poročila Euro Health Consumer Index za leto 2015 (Health Consumer Powerhouse, 2016a, str. 36).

Estonija, Nizozemska, Norveška, Portugalska in Slovaška so se pridružile skupinam držav, ki javnosti zagotavljajo te informacije. Malo manj popolne informacije oziroma poročila s prikazano kakovostjo storitev lahko najdemo še v naslednjih državah: Ciper, Madžarska, Makedonija, Italija (regionalno, Toskana in ostale) in Slovenija! V Franciji ekipa Health Consumer Powerhouse še ni našla nobenega drugega javnega »benchmarkinga« kot v tednikih Le Point in Figaro Magazine, ki letno objavljata »Najboljše klinike v Franciji« (Health Consumer Powerhouse, 2016a, str. 36).

Za ugotovitev, katero zdravstvo je najbolj uspešno, je na voljo poročilo Health Consumer Powerhouse iz Švedske, ki vsako leto izda poročilo Euro Health Consumer Index (v nadaljevanju EHCI).

Države imajo različne zdravstvene sisteme, s katerimi omogočajo zdravstveno oskrbo svojim prebivalcem. Glede na razliko v zdravstvenih sistemih lahko pričakujemo tudi razlike v zdravstvenih storitvah in samo učinkovitost zdravstvenega sistema. Zaradi omenjenih razlik so se razvile različne metode, ki skušajo čim bolj objektivno in celovito medsebojno primerjati različne vidike v zdravstvu. Glavnega pomena med njimi so predvsem struktura in organizacija zdravstva, dostopnost, kakovost in cena zdravstvenih storitev ter medsebojna primerjava različnih ustanov, ki na tem področju delujejo, kot tudi programov, ki jih izvajajo. Takšne raziskave so pomembne kot osnova za načrtovanje nacionalne zdravstvene politike. Dve izmed raziskav zdravstvenih sistemov sta World Health Report in EHCI. Glede na to, da trendi v sodobni družbi vodijo k čedalje večjemu raziskovanju zdravstvene službe, je v prihodnosti za pričakovati nove raziskave, ki bodo skušale ocenjevati zdravstvene sisteme (Albreht et al., 2008, str. 2).

WHO je izdala načela in cilje, ki naj bi jih imel dober zdravstveni sistem (World Health Organization, 2006b str. 9):

- izboljšanje zdravstvenega statusa,
- zmanjševanje zdravstvenih razlik,
- povečan odziv na pričakovanja,
- povečana učinkovitost,
- zaščita posameznika, družin in skupnosti pred finančnimi izgubami in
- povečana pravičnost v financiranju in razdelitvi zdravstvene oskrbe.

Zgoraj omenjeni cilji se pogosto ne skladajo s finančnimi zmožnostmi, zato je potrebno najti kompromis med cilji in financami. Kot v predhodnih poglavjih navedeno, države

krijejo zdravstveno zavarovanje na različne načine – obstaja več modelov zdravstvenega sistema (Albreht et al., 2008, str. 3).

WHO je predlagala nov pristop pri merjenju zdravstvenega stanja, ki ne upošteva samo količine umrlih, ampak tudi vpliv invalidnosti in prezgodnjih smrti na gospodarstvo; vse to mora biti združeno v eno samo merilno enoto. Nekaj podobnih meritev je bilo razvitih v različnih državah, večina od njih so različice t.i. »*quality-adjusted life year* – QALY«, ki je predvsem namenjen za meritve razmerja med dobičkom in intervencijo. »*Disability-adjusted life year*« (v nadaljevanju DALY) pa je meritev bremena, ki ga je povzročila bolezen. DALY izraža izgubljena leta zaradi prezgodnje smrti in preživeta leta z invalidnostjo, prilagojena na stopnjo invalidnosti. En DALY je eno izgubljeno leto zdravega življenja. Prezgodnja smrt je definirana kot tista smrt, ki nastopi pred življenjsko dobo, ki je definirana kot povprečna življenjska doba najdlje živeče populacije – Japonske (Albreht et al., 2008, str. 4).

V EU se ocenjuje oziroma meri in razvršča sisteme zdravstvenega varstva 35-tih posameznih držav po uspešnosti z vidika kupcev oziroma uporabnikov s pomočjo indeksa EHCI. Zaradi določene mere subjektivnosti pri ocenjevanju posameznih parametrov EHCI ne smemo obravnavati kot kvantitativno znanstveno raziskavo. EHCI sestavlja pet strokovnih področij in 27 parametrov (Albreht et al., 2008, str. 4):

- pacientove pravice in informacije (zakon o pacientovih pravicah, upoštevanje pacienta pri odločitvah, zagotovljeno zavarovanje v primeru zdravniške napake, pravica do drugega mnenja, dostop do lastnih izvidov, dostop do registra legitimiranih zdravnikov, zapis podatkov v elektronski obliki na primarni ravni, katalog z razvrstitvijo zdravstvenih ustanov po kakovosti, stalen dostop do zdravstvenih informacij preko spleta/telefona),
- čakalne dobe – dostopnost (možnost pregleda pri družinskem zdravniku na dan, ko se pojavi potreba po tem, neposreden dostop do specialista, dostopnost do akutnih operacij, obsevanje-kemoterapija pri raku, magnetna resonanca),
- rezultati zdravljenja – kakovost (smrtnost zaradi srčnih infarktov v času 28 dni hospitalizacije, 5-letno preživetje bolnikov z rakom, smrtnost novorojenčkov na 1.000 živorojenih, okužbe z MRSA, izgubljena leta potencialnega življenja kot merilo prezgodnje umrljivosti oziroma PYLL (angl. *potential year of life lost*),
- velikodušnost – razvitost javnih sistemov zdravstvenega varstva (operacije očesne mreže na 100.000 prebivalcev, cepljenje malčkov proti davici, oslovskemu kašlju, tetanusu, poliomielitisu, transplantacije ledvic na 1.000.000 prebivalcev, zobozdravstvo je del ponudbe zdravstvenega sistema),
- lekarništvo (sofinanciranje zdravil na recept, laikom prilagojene informacije o zdravilih, hitrost razvijanja novih zdravil proti raku, dostop do novih zdravil).

Vsak parameter ima svojo število in je lahko ocenjen na tri načine:

- dobro ali 3 točke,
- srednje dobro ali 2 točki,
- slabo ali 1 točka.

Vsak parameter ima še svojo utež (posamezne komponente zdravstvenega sistema, ki so bolj pomembne – imajo večjo utež pri skupnem seštevku točk). Največjo težo imata parametra čakalne dobe in rezultat zdravljenja (relativna utež količnika – RUK je 2,0), sledi parameter pacientove pravice in informiranje (RUK 1,5), najnižje pa sta ovrednotena parametra velikodušnost zdravstvenega sistema in lekarništvo (RUK 1,0). Vrednotenje poteka od 0 do 1000 točk, uporabljene so tri barve (zelena pomeni najboljšo vrednost, sledi ji rumena in najslabša ocena rdeča).

Pridobivanje podatkov, ki so vključeni v EHCL, je v prvi fazi potekalo preko različnih zdravstvenih združenj in organizacij ter preko združenj pacientov. Nekatere podatke so pridobili iz raziskav s sodelovanjem pacientov in zaposlenih v zdravstvenem sektorju (vprašanja o čakalnih dobah in o dostopu do registra legitimiranih zdravnikov). Zavedati se je treba, da med podatki za EHCI ni nikakršne simetrije. Pri projektu uporabljajo najbolj sveže podatke, ki jih lahko dobijo, to pa pomeni, da za npr. preživetje bolnikov z rakom pri eni državi obdelujejo podatke iz leta 2015, pri drugi pa iz predhodnih let (Albrecht et al., 2008, str. 5).

V poročilu WHO za leto 2015, ki govori o zdravstvenem stanju Evropejcev, beremo: »Evropska javna zdravstvena industrija neguje samopodobo stalnih proračunskih nižanj, težav z zaposlovanjem in nezadovoljstvom bolnikov, kar povzroči, da se enostavno pozabi, da je v zadnjih 10. letih, sodeč po indeksih EHCI, dosegla velik uspeh. V EHCI za leto 2006 je bila Francija na prvem mestu z 768 točkami od 1000. V EHCI 2015 je Češka s to ravni na 13. mestu med 35. državami. Najboljši uspeh izpred 10 let je danes postalo evropsko povprečje! To se je zgodilo kljub napetosti na finančnih trgih, izzivom integracije in politične krize v številnih državah. Zaenkrat je realnost nekoliko boljša od fikcije« (EHCI, 2016, str. 4). EHCI sicer primerja sisteme zdravstvenega varstva posameznih držav EU brez upoštevanja velikih razlik med njimi po finančnih virih (EHCI, 2016, str. 4).

## **3.1 Slovenija**

### **3.1.1 Organiziranost zdravstva**

V marcu leta 1992 je bil v Sloveniji s sprejetim zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju opuščen prejšnji socialistični samoupravni model zdravstvenega varstva ter ponovno uvedeno zdravstveno zavarovanje Bismarckovega tipa. Poglavitna značilnost Bismarckovega tipa modela je, da država z zakonom postavi določena pravila, urejanje in izvajanje pa prepusti posameznim interesnim skupinam (Fende, 2007, str. 2).

Z zakonom so bile opredeljene skupine ljudi, ki so se morale obvezno zavarovati. Zakon je prav tako določil nosilce zavarovanj – bolniške blagajne, njihovo upravljanje, organizacijo in financiranje. Bolniške blagajne se financirajo s prispevki delojemalcev in delodajalcev (Toth, 2003, str. 146).

Samostojna država Slovenija je čim prej želela vzpostaviti novo lastno zakonodajo, kar je k omenjeni spremembi zagotovo veliko prispevalo. Tako so bili takrat z reformo zdravstvenega varstva sprejeti trije zakoni: Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o lekarniški dejavnosti. Pri vzpostavitvi nove zakonodaje so poleg osnovne težnje k doseganju boljšega zdravstva prebivalstva, prednjačila naslednja načela (Toth, 2003, str. 465):

- vloga odgovornih deležnikov v okviru zdravstvenega varstva mora biti jasno določena. Deležniki so posamezniki, izvajalci zdravstvenih storitev, nosilci socialnega varstva, lokalne skupnosti in država;
- zavod, ki po zakonu izvaja obvezno zdravstveno zavarovanje, mora imeti avtonomijo pri odločanju o pravicah zavarovanih oseb, višini prispevnih stopenj in urejanju odnosa z izvajalci,
- zdravstveno varstvo mora biti dostopno vsem, ne glede na njihov socialni in materialni status,
- financiranje sistema mora temeljiti na osnovi Bismarckovega modela, kar pomeni, da sredstva zavarovanci prispevajo glede na višino njihovih dohodkov,
- obvezno zavarovanje mora vključevati kar največ že pridobljenih pridobitev iz predhodnega obdobja, organizacija prostovoljnega zavarovanja pa mora poskrbeti za ostale pravice in storitve, ki niso vključene v obvezno zavarovanje.

Omenjena načela so se v glavnini uresničila. Uvedba novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je prinesla naslednje pomembnejše novosti:

- ustanovitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- uvedba obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
- dovoljenje za opravljanje zasebne dejavnosti.

Skozi izvajanje prostovoljnih zavarovanj se je v obdobju do leta 1998 ugotovilo kar nekaj sistemskih pomanjkljivosti, v glavnini posledica dveh dejstev:

- zavarovanje se je izvajalo v okviru javnega zavoda kot tudi v zavarovalniški dejavnosti,
- močna razlika v starostni in spolni strukturi zavarovancev pri obeh takratnih izvajalcih.

Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki predstavlja drugo večjo prelomnico v ureditvi zdravstvenega zavarovanja, je vsebovala naslednje spremembe:

- prostovoljno zdravstveno zavarovanje je postalo izključno zavarovalniška dejavnost, ustanovila se je Vzajemna, specializirana zdravstvena zavarovalnica, na katero so se prenesla vsa sklenjena zavarovanja,
- določitev pravic in obveznosti zavarovancev, sicer protislovno: na eni strani se zahteva enaka obravnava zavarovancev glede pravic in obveznosti, na drugi strani se je določilo kriterije za oblikovanje višine premije,
- višino premije za doplačila k ceni zdravstvenih storitev določijo zavarovalnice. Višina premije se oblikuje glede na tveganja, katerim so zavarovanci izpostavljeni ter ob upoštevanju bolezenskih tablic, tablic smrtnosti, bonusov, malusov, spola in starosti. Prav tako se pri izračunu višine premije upošteva tudi trajanje sklenjenih pogodb o zavarovanju in višina zavarovalno-tehničnih rezervacij za starost,
- zavarovanje se izvaja kot dolgoročno zavarovanje, za katera se oblikujejo zavarovalno-tehnične rezervacije za starost,
- zavarovalnice, ki nudijo prostovoljna zavarovanja za doplačila, morajo takšno zavarovanje organizirati kot dolgoročno zavarovanje ter ga voditi ločeno od ostalih vrst zavarovanj. Za takšna zavarovanja morajo oblikovati zavarovalno-tehnične rezervacije za starost, s čimer se zavarovancem zagotovi zdravstveno in socialno varnost za življenjska obdobja, ko so zdravstvena tveganja in višina odškodnin višja od povprečno pričakovanih.

Novela zakona o zdravstvenem varstvu zdravstvenih zavarovanj, sprejeta po nujnem postopku konec julija 2005, je prinesla t.i. izravnalne sheme. Namen izravnalnih shem je izravnava razlik v stroških zdravstvenih storitev, ki nastanejo zaradi razlik v strukturi zavarovancev. Zavarovanci, ki so bolj bolni in starejši, pomenijo večje stroške (Lampret, 2004). Spremembe v dopolnilnem prostovoljnem zavarovanju so tako bile:

- zavarovalnice so vključene v izravnalno shemo, v kateri prihaja do prelivanja denarja med zavarovalnicami (na primer zavarovalnica, ki ima manj tvegane zavarovance (na primer Triglav), prelije del denarja k zavarovalnici, ki ima bolj tvegane zavarovance (Vzajemna),
- socialno šibkim osebam se ni potrebno dopolnilno zavarovati,
- enaka višina premije v posamezni zavarovalnici (ne glede na spol in starost),
- sprememba zavarovalnih pogojev mora biti odobrena s strani države,
- zavarovalno-tehnične rezervacije za starost se ukinejo ter vrnejo osebam, za katere so bile oblikovane.

V letu 2013 je bil potrjen interventni zdravstveni zakon, ki naj bi v zdravstveno blagajno po izračunih ministrstva in po pogajanjih s koalicijo prinesel okrog 36 milijonov EUR. Interventni zakon je prinesel (Nakrst, 2013):

- višje prispevke za osnovno zdravstveno zavarovanje,
- prispevke tudi za avtorske in podjemne pogodbe,
- prostovoljne zdravstvene zavarovalnice so morale dobičke iz preteklih let v celoti nameniti za izvajanje dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja,
- Direktivo o čezmejnem zdravstvenem varstvu (bolniki so upravičeni le do povrnitve stroškov zdravstvene storitve, ki jo bo koristil v tujini, v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot v višini, do katere je upravičen v breme obveznega zavarovanja v Sloveniji).

Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti Republike Slovenije zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev. Zdravstvena dejavnost se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni:

- na primarni ravni potekata osnovna zdravstvena in lekarniška dejavnost,
- na sekundarni ravni potekajo bolnišnična dejavnost in specialistične ambulante,
- v terciarno raven sodijo dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Evropska komisija je leta 2014 Sloveniji izdala priporočilo v zvezi z nacionalnim reformnim programom (angl. *Country Specific Recommendations - CSR*) v povezavi z dolgotrajno oskrbo, vzdržnostjo zdravstvenega sistema in makroekonomskimi neravnovesji. Na podlagi omenjenega priporočila naj bi Slovenija kot osnovo za morebitne bodoče spremembe v zdravstvenem sistemu, pripravila pregled izdatkov za zdravstveno varstvo. Trenutno v Sloveniji poteka proces fiskalne konsolidacije, katere cilj je prestrukturiranje in omejevanje javne porabe. Nujno so potrebne strukturne reforme, ki bodo vodile k izboljšanju uspešnosti in učinkovitosti porabe javnih sredstev (Ministrstvo za zdravje, 2016, str. 3).

Ministrstvo za zdravje je projekt Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji pripravilo skupaj z Evropskim uradom WHO in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik. Namena analize sta bila dva, in sicer podati priporočila Evropske komisije in pripraviti pregled delovanja zdravstvenega sistema kot osnovo za morebitne bodoče spremembe. Analiza, izdana v letošnjem letu, vključuje celovit pregled sedanjega zdravstvenega sistema, njegovo financiranje, organizacijo in delovanje. Analiza vsebuje naslednja poročila (Ministrstvo za zdravje, 2016, str. 1):

- pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva,
- optimizacija zdravstvene oskrbe,
- poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev,
- pregled izdatkov v zdravstvu.

Na osnovi analize je nastala Resolucija o Nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, v kateri se upoštevajo težnje k stalnem izboljševanju zdravstvenih izidov, demografske spremembe in naraščajoči stroški v zdravstvu (Ministrstvo za zdravje, 2016, str. 3).

Slovenija sodi v skupino evropskih držav, v kateri se bodo zaradi staranja prebivalstva do leta 2060 javni izdatki najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo do leta 2060 glede na leto 2010 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 % BDP. Izdatki za dolgotrajno oskrbo pa se bodo verjetno povečali z 1,4 % BDP v 2010 na 2,8 do 5,6 % BDP v letu 2060. Ministrstvo za zdravje v svoji analizi še navaja, da se bodo poleg hitrega staranja populacije, pritiski na zdravstveni sistem nadaljevali tudi kot posledica zviševanja kroničnih nenalezljivih bolezni, stalnega uvajanja novih tehnologij in rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva (Evropska komisija, 2012, str. 448–449).

V nadaljevanju nekatere od ključnih ugotovitev Analize zdravstvenega sistema v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2016, str. 23–26):

- Slovenija ima dobro zasnovano primarno zdravstveno varstvo za reševanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb in potreb prebivalcev po zdravstveni oskrbi, se pa sooča z izzivi zagotavljanja storitev in razpršenostjo organizacije,
- eden ključnih izzivov je izboljšanje kontinuitete in sodelovanja med ravni (pomanjkanje standardizacije procesov in postopkov),
- prepoznanih je bilo več priložnosti za širitev dobrih praks na celoten sistem v Sloveniji,
- obstaja več koordinacijskih ovir med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva,
- kazalnik uspešnosti osnovne zdravstvene dejavnosti kaže na izboljšanja na nekaterih področjih (kot kazalnik uspešnosti se je uporabilo »trend hospitalizacij, ki bi jih bilo mogoče preprečiti za izbrane kronične bolezni v obdobju od leta 2009 do 2013«),
- problematika dolgotrajne oskrbe (zagotavlja se na različnih ravneh zdravstvenega in socialnega varstva, ima različne vstopne točke ter različne postopke ocene upravičenosti do dodatkov za podporo glede potreb po dolgotrajni oskrbi).

Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, pri kateri je sodelovalo okoli 60 domačih in 20 tujih strokovnjakov, je prvi tako celovit pregled zdravstvenega sistema v Sloveniji in eden boljših v Evropski uniji. Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji je priporočila Sveta EU iz leta 2014, da pripravi pregled izdatkov, popolnoma upoštevala. Z rezultati analize je



seznanjena tudi Evropska komisija, ki je analizo ocenila kot zelo kakovostno (Möderndorfer, 2016).

Analiza vključuje pregled izdatkov v zdravstvu, pregled virov financiranja sistema zdravstvenega varstva, poročilo o procesu nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev in optimizacijo zdravstvene oskrbe. Ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc je ob predstavitvi analize poudarila, da »ko smo načrtovali izvedbo analize, je bilo sprva mišljeno, da bi jo opravila Svetovna banka. Po njihovi ponudbi bi nas samo pregled izdatkov, t. i. Health Expenditure Review, stal več kot 1,2 milijona EUR. Ker iz izkušenj vem, kako svetuje Svetovna banka, sem vztrajala, da delo opravijo naši strokovnjaki, skupaj s predstavniki WHO in Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in politik, ki naš zdravstveni sistem dobro poznajo. Tako smo za 360.000 EUR dobili zares prvo celovito in z drugimi EU državami primerljivo analizo, ki zajema pregled delovanja, izdatkov, virov financiranja zdravstvenega sistema, pregled plačevanja izvajalcev in optimizacijo zdravstvenih storitev« (Möderndorfer, 2016).

Poslanka Erika Dekleva je izpostavila, da je analiza pokazala, da se naš zdravstveni sistem uvršča v povprečje držav Evropske unije, po nekaterih kazalnikih celo med najboljše. Prav tako nas je opozorila, da so spremembe nujno potrebne na področju financiranja, upravljanja in vodenja. Predvsem pa, da je sistem daleč od kolapsa in da potrebujemo preišljene postopne spremembe po korakih, da bomo lahko ohranili, kar je najboljše, in izboljšali, kar je slabo (Möderndorfer, 2016).

Naš zdravstveni sistem je po dostopnosti na primarni ravni – zaradi dobre mreže družinskih zdravnikov, ginekologov in pediatrov – v samem vrhu v Evropi in med državami OECD. Dobre rezultate dosegamo na področju izjemno nizke umrljivosti dojenčkov in mater, kjer smo celo v vrhu Evropske unije. Na področju podaljševanja pričakovanega trajanja življenja dohitevamo najrazvitejše v EU, prezgodnja umrljivost pa v Sloveniji pada celo hitreje, kot je povprečje v EU (Möderndorfer, 2016).

Prednost našega zdravstvenega sistema je dobra univerzalna dostopnost, ki se kaže v nizkih plačilih iz žepa (13 %), ki so pri nas med najnižjimi v Evropi, najnižji ravni nezadovoljenih zdravstvenih potreb, v dobrem primarnem zdravstvenem varstvu. Po analizi so zdravstveni domovi ena večjih prednosti našega sistema. Prednost pa sta tudi univerzalna košarica in širok nabor pravic. Tuji strokovnjaki so priporočili, da naj taka košarica tudi ostane (Möderndorfer, 2016).

Po kazalnikih učinkovitosti smo v evropskem povprečju. Zelo dobro je, da imamo samo enega ponudnika obveznega zdravstvenega zavarovanja. Več ponudnikov za majhno državo ni ustrezno, saj bi to podražilo sistem, povečalo neenakosti in neučinkovitosti ter zmanjšalo transparentnost. Imamo povprečno število medicinskih sester, povprečno število bolnišničnih postelj za akutno obravnavo (Möderndorfer, 2016).

Financiranje zdravstva je preveč odvisno od prispevkov zaposlenih in sprememb na trgu dela, kar dela sistem zelo ranljiv ob gospodarskih krizah zaradi manjše zaposlenosti in ob staranju prebivalstva. Za stabilnost sistema bo potrebno uvesti proticiklične ukrepe in razpršiti vire financiranja. Poleg tega je ugotovitev analize, da Slovenija med državami EU za zdravstvo daje najmanj denarja iz državnega proračuna.

Analiza je pokazala, da je ena od slabosti tudi dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki je regresivno zaradi enake premije za vse, ne glede na dohodek, kar povečuje neenakost med ljudmi. Transakcijski stroški in dobički zavarovalnic se povečujejo, sistem je kompleksen in premalo transparenten, potrebna bi bila boljša regulacija in preoblikovanje. Poseben problem je financiranje dolgotrajne oskrbe, ki je preveč razdrobljeno, poleg tega pa bodo zaradi staranja prebivalstva izdatki zanjo v prihodnje le naraščali (Möderndorfer, 2016).

Poseben izziv je tudi visoka umrljivost zaradi raka, ki pa je predvsem posledica slabe odzivnosti pri presejalnih programih in poznega odkrivanja raka, saj ljudje zdravnika obiščejo (pre)pozno, v času že napredovane bolezni. Ob tem pa je potrebno poudariti, da podatki niso zajeli zadnjih dveh let, ko se je odziv na presejalne teste že nekoliko izboljšal. Izziv predstavljajo tudi neenakost med vzhodom in zahodom države, neenakost med družbenimi skupinami z različnim družbenoekonomskim statusom ter dejavniki tveganja, kot so debelost, tobak in alkohol (Möderndorfer, 2016).

Analiza je pokazala, da imamo preveč nepotrebnih hospitalizacij, podpovprečno število zdravnikov, premalo tako horizontalnega kot vertikalnega sodelovanja, nejasno definirane vloge in odgovornosti na vseh ravneh v sistemu, šibke spodbude za učinkovitost in spremljanje kakovosti ter varnosti. Prenoviti bo treba zastarele obračunske modele, izboljšati proces nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev ter institucionalizirati vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Möderndorfer, 2016).

Rezultate analize je Ministrstvo za zdravje upoštevalo pri pripravi Nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025. Analize bodo tudi v prihodnje del rednega procesa vrednotenja zdravstvenega sistema (Möderndorfer, 2016).

### **3.1.2 Sistem merjenja učinkovitosti**

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 22. členu omenja tudi učinkovito zdravstveno ekonomiko, in sicer v okviru področij, ki naj bi jih socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno-ekološka dejavnost obsegala:

- proučevanje in spremljanje zdravstvenega stanja in drugih razmer, ki vplivajo na zdravje prebivalstva, ter spremljanje izvajanja ukrepov za odkrivanje in odpravljanje zdravju škodljivih ekoloških in drugih dejavnikov ter ukrepov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja ljudi,

- pripravljanje strokovnih podlag za razvoj in organizacijo zdravstvene dejavnosti in za učinkovito zdravstveno ekonomiko ter upravljanje pri uresničevanju zdravstvenega varstva,
- strokovno izobraževalno, znanstvenoraziskovalno in strokovno publicistično delo na tem področju,
- načrtovanje, predlaganje in usklajevanje ukrepov in postopkov za napredek zdravstvene vzgoje in zdravstvene kulture prebivalstva,
- sodelovanje pri oblikovanju in izvajanju zdravstvenega in zdravstveno-ekološkega informacijskega sistema.

Na Ministrstvu za zdravje so v letih 2008 in 2009 v okviru ocenjevanja delovanja javnih zdravstvenih zavodov pristopili k enotnemu modelu poročanja. Pripravili so enotne obrazce poročanja, ki so bili obvezna priloga h Letnemu poročilu za leto 2008 in 2009 ter tudi finančnih načrtov. Dokumenta Letno poročilo in pripadajoči obrazci so bili pripravljene skladno z metodologijo za pripravo letnega poročila o doseženih ciljih in rezultatih neposrednih in posrednih uporabnikov državnega proračuna ter Navodilom o pripravi zaključnega računa državnega in občinskega proračuna.

Bolnišnice morajo sicer k letnemu poročilu obvezno priložiti naslednje predpisane obrazce, ki vključujejo tudi kazalnike poslovne učinkovitosti:

- realizacija delovnega programa,
- kazalniki poslovne učinkovitosti,
- poročilo o vzdrževalnih delih,
- poročilo o investicijskih vlaganjih,
- spremljanje kadrov,
- izkaz prihodkov in odhodkov.

Kazalnike poslovne učinkovitosti javne bolnišnice sicer poročajo že od leta 2006, in sicer v naslednjih sklopih:

- kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opremskih virov,
- kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov,
- kazalniki kadrovskega virov oziroma obremenjenosti kadra – zdravnikov in negovalnega kadra,
- finančni kazalniki in
- drugi kazalniki.

V letu 2009 je delovna skupina pod vodstvom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in predstavniki iz bolnišnic posodobila metodologijo poročanja ter vpeljala mnogo novih kazalnikov kot npr. prihodkovnost

sredstev, število operativnih ur na zdravnika, število ur zasedenosti operacijskih dvoran, število ur mehanske ventilacije na intenzivno posteljo, število ur v intenzivni terapiji na intenzivno posteljo, stroški vlaganja v informacijsko-komunikacijsko tehnologijo na zaposlenega iz ur, stroški izobraževanja na zaposlenega iz ur, stroški energije na kvadratni meter (Kotnik, 2010, str. 49).

### 3.1.2.1 Finančni kazalniki

Finančni kazalniki so kljub dejstvu, da niso enoznačni, osnova za ugotavljanje uspešnosti finančnega poslovanja bolnišnice. Finančne kazalnike je treba tolmačiti previdno in z veliko mero razumevanja. Kot primer vzemimo kazalnik gospodarnosti, ki nam pokaže, koliko prihodkov na enoto odhodkov je bilo ustvarjenih. Z vidika gospodarnosti je bolnišnica neuspešna, če vrednost kazalnika dosega vrednost, manjšo od ena, vendar pa je lahko z vidika poslanstva uspešno opravila svojo nalogo. Tudi kazalnik dnevi vezave zalog materiala je potrebno tolmačiti s previdnostjo. Če je vrednost kazalnika dnevi vezave zalog materiala visoka, to lahko pomeni, da je bolnišnica dosegla z naročilom večje količine materiala višje popuste pri dobaviteljih (Hrovatin, 2001, str. 38). V Tabeli 3 so po sklopih prikazani različni finančni kazalniki, ki jih spremljajo in poročajo javne bolnišnice.

*Tabela 3: Finančni kazalniki javnih bolnišnic*

<b>Sklop</b>	<b>Kazalnik</b>
Kazalniki likvidnosti	Dnevi vezave zalog materiala Koefficient plačilne sposobnosti Koefficient zapadlih obveznosti Pokrivanje kratkoročnih obveznosti z gibljivimi sredstvi
Kazalniki gospodarnosti	Kazalnik gospodarnosti
Kazalniki uspešnosti	Prihodkovnost sredstev
Kazalniki zadolženosti in ravnotežja	Kazalnik zadolženosti Delež amortizacijskih sredstev v pogodbah z ZZZS Stopnja odpisanosti opreme Delež porabljenih amortizacijskih sredstev

*Vir: Povzeto in prirejeno po J. Kotnik, Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov, 2010, str. 50, tabela*

3.

### 3.1.2.2 Kazalniki obremenjenosti kadra

Kazalniki obremenjenosti kadra so pravzaprav kazalniki produktivnosti, saj kažejo, koliko storitev je negovalni kader oziroma zdravnik dosegel v enem letu. Tudi tukaj stvari niso tako enostavne, saj je lahko kader zelo produktiven, kljub temu pa bolnišnica svojega poslanstva ne izpolnjuje, saj kazalniki ne govorijo niti o zadovoljstvu uporabnikov, niti o kakovosti opravljenih storitev (Hrovatin, 2001, str. 38). Poraja se vprašanje kakšna je ciljna vrednost kazalnikov in ali zasledujemo cilj povečevanja kazalnika? Ciljne vrednosti ne moremo določiti, ker standardi in normativi dela v bolnišnicah niso sprejeti. Prav tako ni primerno zasledovanje povečevanja vrednosti kazalnikov, saj se lahko takšno dogajanje

resno odrazi v slabši kakovosti storitev, izčrpanosti zaposlenih, napakah ipd. (Kotnik, 2010, str. 50).

V preteklosti so na ZZZS ugotovili kar precej neskladij v poročanih podatkih v kazalnikih učinkovitosti v primerjavi s podatki, ki so jih bolnišnice posredovale ZZZS ali Ministrstvu za zdravje. Prav tako se dogaja, da bolnišnice o obremenjenosti kadra v določeni dejavnosti, ki jo izvajajo, ne poročajo. Ob ugotovitvi morebitnih napak ali pomanjkljivosti pri poročanju bolnišnic ZZZS pozove k ponovnemu pregledu in oddaji podatkov (Kotnik, 2010, str. 50). V Tabeli 4 so po sklopih prikazani različni kazalniki obremenjenosti kadra, ki jih spremljajo in poročajo javne bolnišnice.

*Tabela 4: Kazalniki obremenjenosti kadra*

<b>Sklop</b>	<b>Kazalnik</b>
Kazalniki hospitalne dejavnosti	Število SPP na zdravnika Število SPP na negovalni kader Število uteži na zdravnika Število uteži na negovalni kader
Kazalniki specialistične ambulantne dejavnosti	Število specialističnih ambulantnih točk na zdravnika Število specialističnih ambulantnih točk na negovalni kader Število obiskov na zdravnika Število obiskov na negovalni kader
Kazalniki funkcionalne diagnostike	Št. specialističnih ambulantnih točk na zdravnika

*Vir: povzeto in prirejeno po J. Kotnik, Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov, 2010, str. 50, tabela 4.*

### **3.1.2.3 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme**

Kazalniki so razdeljeni na tri osnovne kategorije: izkoriščenost intenzivnih enot, izkoriščenost operacijskih dvoran ter izkoriščenost aparatov (RTG aparatov, ultrazvokov, gama kamer, magnetne resonance in računalniške tomografije) (Kotnik, 2010, str. 50). V Tabeli 5 so po sklopih prikazani različni kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme, ki jih spremljajo in poročajo javne bolnišnice.

*Tabela 5: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme*

<b>Sklop</b>	<b>Kazalnik</b>
RTG aparati za kardio-invazivno diagnostiko	Izkoriščenost aparata – preiskave na aparat Izkoriščenost aparata – uteži na aparat
RTG aparati za za angiodiagnostiko	Izkoriščenost aparata – preiskave na aparat
RTG aparati ostali	Izkoriščenost aparata – storitve na aparat Izkoriščenost aparata – točke na aparat
Računalniška tomografija	Izkoriščenost aparata – primeri na aparat Izkoriščenost aparata – točke na aparat

se nadaljuje

Tabela 5: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe opreme (nad.)

Sklop	Kazalnik
Magnetna resonanca	Izkoriščenost aparata – storitve na aparat Izkoriščenost aparata – točke na aparat
Gama kamera	Izkoriščenost aparata – storitve na aparat Izkoriščenost aparata – točke na aparat
Ultrazvok	Izkoriščenost aparata – storitve na aparat Izkoriščenost aparata – točke na aparat
Izkoriščenost intenzivnih enot	Število ur mehanske ventilacije na posteljo Število ur v intenzivni terapiji na posteljo Zasedenost postelj intenzivne enote

Vir: povzeto in prirejeno po J. Kotnik, Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov, 2010, str. 51, tabela 5.

### 3.1.2.4 Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov

Izkoriščenost prostorov za opravljanje hospitalne dejavnosti je izračunana kot prikazuje enačba (1):

$$\text{Izkoriščenost prostorov za opravljanje hospitalne dejavnosti} = m^2 \text{ za opravljanje hospitalne dejavnosti} / (\text{št. BOD akutne, neakutne in enodnevne obravnave} / 365) \quad (1)$$

Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju ambulantne dejavnosti, je izračunana kot prikazuje enačba (2):

$$\text{Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju ambulantne dejavnosti} = m^2 \text{ za opravljanje ambulantne dejavnosti} / \text{povprečno št. obiskov} \quad (2)$$

Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju dializne dejavnosti, je izračunana kot prikazuje enačba (3):

$$\text{Izkoriščenost prostorov, namenjenih opravljanju dializne dejavnosti} = m^2 \text{ za opravljanje dializne dejavnosti} / \text{povprečno dnevno št. dializ} \quad (3)$$

Pri vseh kazalnikih se v zajem kvadrature, namenjene za izvajanje dejavnosti, štejejo tako funkcionalni prostori kot prostori za servisne dejavnosti in skupni prostori. V Tabeli 6 so po sklopih prikazani različni kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov, ki jih spremljajo in poročajo javne bolnišnice.

*Tabela 6: Kazalniki spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov*

<b>Sklop</b>	<b>Kazalnik</b>
Kazalniki hospitalne dejavnosti	Izkoriščenost prostorskih virov Delež prostora za opravljanje dejavnosti
Kazalniki ambulantne dejavnosti	Izkoriščenost prostorskih virov Delež prostora za opravljanje dejavnosti
Kazalniki dializne dejavnosti	Izkoriščenost prostorskih virov Delež prostora za opravljanje dejavnosti

*Vir: povzeto in prirejeno po J. Kotnik, Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov, 2010, str. 51, tabela 6.*

### **3.1.2.5 Drugi kazalniki poslovne učinkovitosti**

Drugi kazalniki poslovne učinkovitosti so naslednji (Kotnik, 2010, str. 51):

- delež stroška za informacijsko tehnologijo v CP,
- stroški IKT na zaposlenega iz ur,
- stroški izobraževanja na zaposlenega iz ur,
- delež stroška energije v CP,
- stroški energije na m<sup>2</sup> površine.

V letu 2010 se je na podlagi Aneksa 2 k Splošnemu dogovoru 2010 (v nadaljevanju Aneks 2) nabor kazalnikov razširil. V dokumentu se je tudi definiralo kazalnike, ki jih bolnišnice spremljajo neposredno in kazalnike, katere je možno izračunati na podlagi podatkov iz nacionalnih podatkovnih zbirk. V istem letu je bil izdan tudi Priročnik o kazalnikih kakovosti, v katerem je podrobneje opredeljena metodologija spremljanja kazalnikov kakovosti. Priročnik je tako osnovno orodje, ki bolnišnicam omogoča enotno metodologijo spremljanja kazalnikov in posledično omogoča tudi enotnost kazalnikov na nacionalni ravni (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 12).

V Aneksu 2 je bilo tudi predvideno, da izvajalci zdravstvenih storitev ažurno objavljajo kazalnike kakovosti na svojih spletnih straneh. Časovno naj bi to pomenilo štirikrat letno, Ministrstvo za zdravje pa naj bi na letni osnovi izdalo poročilo z zbranimi vrednostmi za vse bolnišnice (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 12).

Seznam obveznih kazalnikov je bil narejen na osnovi predhodnih izkušenj spremljanja kazalnikov v Sloveniji ter v okviru mednarodnih organizacij. Podlaga za izbor kazalnikov so bili tako kazalniki kakovosti OECD, kazalniki projekta WHO imenovanega PATH (angl. *Performance assesment tool for quality improvement in hospitals*), kazalniki, ki jih

spremlja Zdravniška zbornica Slovenije v okviru projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije in predhodno vzpostavljeni kazalniki (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 12).

Spremljanje kakovosti skozi kazalnike je dinamična aktivnost, kar je bilo takoj ugotovljeno dejstvo ob izidu Priročnika o kazalnikih kakovosti. Na podlagi izkušenj, se neustrezne kazalnike izloča, vključuje nove in prilagaja metodologijo spremljanja obstoječih. Prve spremembe so bile tako upoštevane že v Aneksu 1 k Splošnemu dogovoru 2012, v aprilu 2013 pa so bila izdana prenovljena navodila spremljanja nekaterih kazalnikov. Poglavitni namen nenehnih izboljšav je čim bolj povečati povednosti in zanesljivost kazalnikov (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 12).

Letno poročilo Kazalniki kakovosti v zdravstvu (v nadaljevanju Poročilo) ne vključuje vseh kazalnikov kakovosti, katerih spremljanje je obvezno, za kar obstajajo različni razlogi: omejitev podatkov (prikaz kazalnikov bi lahko vodil do napačnih sklepov ali podatkov ni bilo mogoče pridobiti); neprimerljivost (zaradi nejasnih navodil na nacionalni ravni ali zaradi napačnega razumevanja teh navodil); redkost dogodkov (kar onemogoča kakršnokoli sklepanje na podlagi vrednosti kazalnika) (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 12).

Poročilo predstavlja korak k transparentnosti in odprti razpravi o kazalnikih kakovosti in o kakovosti zdravstvene oskrbe, vendar se je potrebno zavedati omejitev. Zbrani podatki v kateremkoli velikem sistemu niso nikoli popolni, prav tako komentarji pri posameznih kazalnikih pogosto izpostavljajo, da prikazane vrednosti povedo več o kakovosti samih podatkov kot o kakovosti ponazorjene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 13).

Prikazani rezultati odražajo stanje zbranih podatkov, kar ne predstavlja nujno vseh primerov. Posamezne številke kažejo na to, da določeni izvajalci zdravstvene dejavnosti niso pošiljali vseh primerov, čeprav je zbiranje podatkov obvezno. V prihodnosti se planira dodatno preverjanje pošiljanja podatkov (primerjalno s pomočjo drugih uradnih podatkovnih zbirk (ZZZS, Skupine Primerljivih Primerov ali skrajšano SPP) in na licu mesta (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 19).

Poročilo je obsežno delo, ki vključuje širok nabor kazalnikov s področja javnega zdravja, delovanja bolnišnic in ambulantnega vodenja bolnikov. Poročilo so pripravili strokovnjaki za kakovost v zdravstvu na Ministrstvu za zdravje, posamezna poglavja pa so uredili in komentirali zunanji strokovnjaki za posamezna področja (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 11).

Poročilo vključuje kazalnike, ki so bili del Splošnega dogovora že v preteklih letih in so v slovenskih bolnišnicah že uveljavljeni. Kazalniki pa ne pokrivajo vseh specialističnih področij, saj je bilo njihovo zbiranje odvisno od interesa posameznega specialističnega področja. Sicer je na področjih, kjer so se razvili, možno spremljati že večletno dinamiko.



Poleg tega so med kazalnike vključeni tudi nekateri novi kazalniki, ki jih je razvila OECD, oziroma kazalniki, ki so jih razvili v različnih projektih, ki so se ukvarjali s kakovostjo v zdravstvu drugje po svetu (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 11).

V poročilu prikazani kazalniki se razlikujejo po zajemu podatkov. Podatki so po svoji metodologiji lahko bolj, drugič manj zanesljivi. Med zanesljivejše podatke štejemo različne dolgo delujoče podatkovne zbirke, kot na primer zbirke o cepljenju ter o prijavljenih nalezljivih boleznih. Nekateri kazalniki temeljijo na zelo zanesljivem zajemu podatkov, kot na primer bolniki, kolonizirani z MRSA ali transfuzije, ob predpostavki, da zaupamo poročevalcu. Nekateri kazalniki zahtevajo drugačno razumevanje, na primer število padcev bolnikov – pogosti padci lahko pomenijo slabo kakovost nege in veliko pozornost, ki jo bolnišnica namenja problemu. Komentarji posameznih kazalnikov so zato nujni za pravilno razumevanje. V prihodnjih poročilih bi bilo v posameznih komentarjih smiselno poudariti predloge za izboljšavo zajema podatkov ter vsaj pri določenih kazalnikih zagotoviti mednarodno primerjavo (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 11).

Poročilo je s svojim obsegom in s podatki pomemben mejnik v razvoju kakovosti v zdravstvu v Sloveniji. Predstavlja izhodišče za nadaljnje delo in nadaljevanje truda, vloženega v področje kakovosti v zdravstvu v zadnjih 10 letih. Nekateri kazalniki še niso razviti do te mere, da bi bilo mogoče na njihovi osnovi primerjati izvajalce zdravstvenih storitev kot bolj ali manj kakovostne ali celo upravljati slovensko zdravstvo, kar se avtorji poročila zavedajo. Poročilo je prikaz stanja v slovenskem zdravstvu, ki na eni strani prikazuje kakovost posameznega izvajalca, na drugi strani odraža stanje vodenja kakovosti (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 11).

Skupna predstavitev kazalnikov je zelo pomembna, saj se v Sloveniji s področjem kakovosti v zdravstvu ukvarja malo strokovnjakov. Pomembno je tudi, da se na pridobljenem znanju in izkušnjah, ki jih izkazuje poročilo, področje kakovosti v zdravstvu še naprej razvija (Ministrstvo za zdravje, 2014, str. 11).

### **3.1.3 Uspešnost zdravstva**

Slovenija se je v poročilu EHCI 2015 uvrstila na 15. mesto s 710 točkami. Health Consumer Powerhouse navaja, da so leta 2006 obiskali naše Ministrstvo za zdravje, kjer so jim ponosno dejali: »Mi nismo balkanska država! Smo avstrijska provinca, ki je imela smolo leta 1918!«. Slovenija ima tri do štirikrat višji BDP na prebivalca od ostalih držav bivše Jugoslavije (razen Hrvaška, ki je na 75 % slovenskega BDP). Ta razlika gotovo ni bila ustvarjena v zgolj dveh desetletjih – Titova Jugoslavija je morala imeti velike notranje razlike!). S populacijo zgolj 2 milijonov prebivalcev, včasih zgolj omejeno število usposobljenih in predanih strokovnjakov naredi razliko v določenih zdravstvenih specializacijah. To je opaziti pri hepatitisu, kjer je bila Slovenija uvrščena na drugo mesto

na Euro Hepatitis Index 2012 in pri diabetesu, kjer se je uvrstila na šesto mesto na Euro Diabetes Index 2015 (EHCI, 2016, str. 11–12).

## 3.2 Italija

### 3.2.1 Organiziranost zdravstva

Zdravstveni sistem v Italiji je precej podoben slovenskemu. Zdravstveno zavarovanje krije osnovne posege in določena zdravila, in sicer v tistih ustanovah, ki so vključene v sistem. Na farmacevtski seznam zdravil je uvrščena večina zdravil, ki se deli v dve kategoriji. V prvo kategorijo sodijo popolnoma brezplačna zdravila in vključujejo zdravila za kronične bolezni in bolezni, ki onesposablja, zdravila za bolezni z visokim tveganjem ter zdravila, uporabljena v nujnih primerih. Pri drugi kategoriji zdravil je potrebno prevzeti del stroškov, ki se jih plača neposredno farmacevtu ob nakupu. Za vsak recept obstaja minimalno plačilo. Polna cena zdravila se plača, v kolikor vam zdravnik predpiše zdravilo, ki ni na seznamu zdravil. Za laboratorijske in diagnostične preglede se plača določena pristojbina. Bolnišnice in zasebne klinike, ki so del nacionalnega sistema zdravstvenega varstva (ita. *Servizio Sanitario Nazionale*, v nadaljevanju SSN) zagotavljajo brezplačno bolnišnično oskrbo. Razen v nujnih primerih, je potrebno za sprejem v bolnišnico predložiti pisno napotnico svojega splošnega zdravnika. Sprejem pri pogodbenih zdravstvenih ustanovah mora prej odobriti lokalni zdravstveni center. Bolnišnično zdravljenje je brezplačno. Za posebno udobje se plača stroške iz lastnega žepa (lastna soba, televizija, telefon). Ker imajo italijanske regije precejšnjo raven avtonomije, lahko pride na področju zdravstvenega varstva do manjših razlik med regijami pri pogojih in načinih plačevanja medicinskih, farmacevtskih in dodatnih storitev, sicer pa naj bi bile zajamčene minimalne ravni zdravstvenih storitev v Italiji povsod enake (Bračić, 2015, str. 1).

Zdravstveni sistem v Italiji je bil s strani WHO uvrščen kot drugi najboljši zdravstveni sistem na svetu, le francoski je uvrščen višje. Čeprav je na koncu Ministrstvo za zdravje odgovorno za vodenje zdravstvene službe, je veliko nadzora prenesenega na regije in na lokalne zdravstvene oblasti (ita. *Azienda di Sanità Locale*, v nadaljevanju ASL). SSN je bila ustanovljena leta 1978, z namenom, da nadomesti prejšnji sistem, ki je temeljil na številnih zavarovalnih shemah. SSN je navdihnila Britanska nacionalna zdravstvena služba in ima dve osnovni načeli. Prvič, da ima vsak italijanski državljan in tuji rezident pravico do zdravstvenega varstva in drugič, sistem zajema vsa potrebna zdravljenja.

Lokalni zdravstveni domovi (ita. *Unità Sanitarie Locali*, v nadaljevanju USL) so odgovorni za upravljanje vseh zdravstvenih storitev na svojem območju, prav tako lahko v sistemu SSN delujejo zasebni ponudniki zdravstvenih storitev. Že od samega začetka je SSN naletel na številne finančne probleme. Najprej je bilo zelo malo usklajevanja zdravstvenih storitev na nacionalni ravni. Še pomembneje je, da je bila disociacija v finančnem nadzoru. Domena USL je bila trošenje sredstev, obveznost plačila pa je bila še

vedno na državni ravni. Rezultat navedenega je bila stalna rast odhodkov in prekoračitev proračuna. Od zgodnjih 90. let so bile prisotne številne reforme SSN. Konkurenca se je povečala s tem, ko je bilo omogočeno prebivalcem, da samo izberejo svojega ponudnika zdravstvenih storitev.

Plačila so bila urejena z uporabo t.i. sistema Diagnostic Related Group, in majhnega doplačila. Kasnejše reforme so bile usmerjene v povečanje načrtovanja na regionalni ravni in povečanje učinkovitosti vseh managerjev v SSN. Managerji so bili zaposleni preko fiksnih pogodb z rednimi pregledi uspešnosti. Zadnje reforme so namenjene obvladovanju odhodkov in izboljšanju načrtovanja. V prihodnosti bodo regije, ki preveč trošijo, avtomatsko podvržene zvišanju regionalnih davkov. Dodatno naj bi se višek sredstev uporabil za razvoj medicinskih naprav, okrepitev tehničnih inovacij in zmanjšanje razlike med severom in jugom. Trenutni italijanski zdravstveni izdatki znašajo 9 % BDP, v primerjavi s 5 % v letu 1980. Poleg stalnih prekoračenih izdatkov za zdravljenje se bo Italija spopadala s tremi glavnimi težavami v naslednjih 30 letih. Prvič gre za manjšanje delovno aktivnega prebivalstva, ki bo tvorilo manj davčnih prihodkov. Drugi problem je staranje prebivalstva. Boljše okolje in izboljšane zdravstvene tehnike so povzročile, da ljudje živijo dlje. Zadnja demografska zadrega je nizka rodnost, ki je precej pod ravnijo, potrebno za ohranjanje trenutne populacije. Staranje prebivalstva bo zahtevalo nove kapacitete za reševanje fizičnih in duševnih bolezni, povezanih s starostjo, kot tudi povečanja števila domov za starejše. Možnosti, ki so na voljo v italijanski vladi, je malo, če želijo obdržati sedanje standarde zdravstvenega varstva. Število delovno aktivnega prebivalstva se lahko poveča s priseljevanjem in dvigom starosti za upokojitev. Potrebno bo zvišati splošne davke. Izdatki za zasebno zdravstveno varstvo lahko tudi narastejo, da bi lahko plačali storitve, ki si jih vlada ne more več privoščiti (Understanding Italy, b.l.).

Italijanski nacionalni zdravstveni sistem oziroma SSN je decentraliziran in organiziran v treh ravneh: nacionalna, regionalne in lokalne ravni. Država je definirala splošne cilje za nacionalni zdravstveni sistem in nastavila »osnovno raven nege« (ita. *livelli essenziali di assistenza*). To so zdravstvene storitve, ki morajo biti na voljo vsem prebivalcem v državi. Organizacija zdravstvenih storitev je izključna odgovornost 19 regij in dveh avtonomnih provinc. Na bolj lokalni ravni, so ASL, ki so geografsko pozicionirane institucije in odgovorne za javno zdravje, primarno in skupinsko nego, kot tudi specialno nego skozi njihove lastne bolnice ali skozi javne zdravstvene ustanove (ita. *Aziende Ospedaliere*, v nadaljevanju AO). ASL in AO so upravljane in financirane direktno preko regionalnih ravni, ki imajo polno avtonomijo za definiranje geografskih meja, upravljanje z lastnimi resursi in imenovanje direktorjev (Lo Scalzo, 2009, str. 24).

Parlament odobri okvirno zakonodajo, ki določa splošna načela za organizacijo, financiranje in spremljanje italijanskega nacionalnega zdravstvenega sistema. Nacionalni zdravstveni plani določajo, da mora biti nacionalni zdravstveni sistem organiziran v skladu z naslednjimi načeli (Understanding Italy, b.l.):

- človeško dostojanstvo (vsakega posameznika je potrebno obravnavati z enakim dostojanstvom in imajo enake pravice ne glede na njihove osebne ali družbene značilnosti),
- zdravstvene potrebe (vsak, ki potrebuje zdravstveno nego, ima pravico do zdravstvene nege, in vire je potrebno dodeliti prioriteto, da se lahko zadovoljijo osnovne zdravstvene potrebe prebivalstva),
- kapital (vire nacionalnega zdravstvenega sistema je potrebno uporabiti za odpravo geografskih in/ali gospodarskih ovir za zagotovitev primernih storitev glede na povpraševanje državljanov. Vrzeli pri obnašanju in informiranosti med državljani je potrebno zmanjšati, da se zagotovijo enake možnosti za dostop do zdravstvenih storitev),
- zaščita (nacionalni zdravstveni sistem mora dati najvišjo prednost zaščiti in spodbujanju ustreznega zdravstvenega stanja državljanov),
- solidarnost z najbolj ranljivimi ljudmi (sredstva je potrebno v prvi meri dodeliti posameznikom, skupinam in za skupine bolezni, ki imajo največji vpliv na socialno, klinično in epidemiološko komponento),
- učinkovitost in ustreznost zdravstvenih posegov (viri morajo biti usmerjeni v storitve z znanstveno dokazano učinkovitostjo in k posameznikom, ki lahko od njih dobijo največje koristi),
- stroškovna učinkovitost (storitve morajo biti zagotovljene preko ustreznih organizacij, ki zagotavljajo finančno ravnovesje s pomočjo uspešnega in učinkovitega vodenja).

Italijanski zdravstveni sistem ponuja univerzalno kritje zdravja vsem državljanom in dostop do širokega spektra storitev, ki je večinoma zastoj. Prebivalci imajo zastoj izbire do splošnega zdravnika, ki igra »vratarja sistema«. Pacienti imajo dostop do specialistične nege šele po odobritvi in priporočilu njihovega splošnega zdravnika. Po priporočilu, lahko pacienti prosto izberejo izvajalca med akreditiranimi izvajalci s strani nacionalnega zdravstvenega sistema. Nacionalni zdravstveni sistem je v celoti baziran na davkih, nacionalni in regionalni davki predstavljajo več kot 97 % javnih zdravstvenih storitev.

Skupna poraba za zdravstvo v Italiji je 9,2 % BDP, malce pod povprečjem OECD, ki znaša 9,3 %. Javni izdatki predstavljajo skoraj 78 % vseh izdatkov, v primerjavi s povprečjem 72 % v večini OECD držav. Direktna plačila predstavljajo glavnino preostalega financiranja (18 % vseh izdatkov, kar je pod povprečjem OECD držav, ki znaša 20 %). Delež direktnih plačil v Italiji se je znižal za 5,1 % med letoma 2000 in 2011, v primerjavi s povprečnim 1,2 % znižanjem v ostalih OECD državah. Čeprav ima skoraj 15 % Italijanov zasebno zdravstveno zavarovanje (v glavnini za ambulantno specialistično nego in zasebno bolnišnično zdravljenje), ta delež predstavlja majhen del v pokritju skoraj 1 % vseh izdatkov (Lo Scalzo, 2009, str. 5).

Relativno glede na populacijo, ima Italija nekoliko več zdravnikov kot večina OECD držav, s 4,1 zdravnika na 1.000 prebivalcev. Specialisti po številu prekašajo splošne

zdravnike, medtem ko je pomembnost in stroškovna učinkovitost splošnih ponudnikov splošno priznana. V letu 2011 so splošni zdravniki predstavljali zgolj 23 % vseh zdravnikov, v primerjavi s povprečjem 30 % v ostalih OECD državah. V Italiji so zaskrbljeni glede manjka medicinskih sester, s 6,3 medicinskih sester na 1.000 prebivalcev v 2011, kar predstavlja relativno majhno skupino zaposlenih v zdravstvu. Povprečje v OECD državah je 8,8 medicinskih sester na 1.000 prebivalcev. V 2011 je bilo razmerje med medicinskimi sestrami in zdravniki eno najnižjih med OECD državami, z 1,6 medicinskih sester na enega zdravnika, v primerjavi s povprečjem 2,8 v OECD državah (Lo Scalzo, 2009, str. 24).

Pomembne nedavne reforme v zadnjem desetletju se nanašajo na večjo decentralizacijo moči na regionalni ravni, kar se je pripetilo po ustavni reformi. Regije so danes popolnoma odgovorne za zakonodajne in administrativne funkcije, za planiranje aktivnosti v zdravstveni negi, s skoraj vsemi pravilniki, razvitimi in implementiranimi v regijah in avtonomnih provincah. Nedavna zakonodaja s področja planiranja v zdravstvu (Balduzzi Law 189/2012) med drugim zagotavlja orodje za organizacijo mreže zdravstvenih storitev in bolnišnic na ravni skupnosti. Poglavitni cilj te reforme je izboljšati usklajenost in integracijo zdravstvene nege skozi razvoj multi-specialnih skupin, ki vključujejo splošne zdravnike, specialiste, medicinske sestre in socialne delavce. Razvoj takšnega sistema zdravstvene nege je ena najpomembnejših prioritet v italijanskem dnevnem redu v politiki, saj se Italija spopada z izzivi demografskih in epidemioloških sprememb (Lo Scalzo, 2009, str. 24).

Trenutno je bolnišnična oskrba zagotovljena preko 699 javnih objektov, ki nudijo tako ambulantno kot bolnišnično oskrbo. Kljub temu imajo lokalne zdravstvene ustanove oziroma ASL sklenjene pogodbe s 553 zasebnimi bolnišnicami, zlasti neprofitnimi institucijami. Od leta 1994 so večje bolnišnice (visoko specializirane bolnišnice nacionalnega pomena) finančno in tehnično avtonomne in imajo status neodvisnih bolnišničnih podjetij. Ostale splošne bolnišnice pa so pod direktivo managementa lokalnih zdravstvenih ustanov (Lo Scalzo, 2009, str. 24).

Zmanjšanje števila postelj, skupaj s politiko za pospeševanje ustrezne uporabe bolnišnične oskrbe v letih 1990 in po letu 2000, je povzročilo možno zmanjšanje števila hospitalizacij, tako ima Italija eno najnižjih stopenj bolnišničnih sprejemov v EU. Bolniki se lahko odločijo za zdravljenje v svoji lokalni zdravstveni ustanovi ali za zdravljenje pri ponudniku v drugi zdravstveni ustanovi (v okviru iste regije ali druge regije). Čeprav mora plačilo zdravljenja v zdravstveni ustanovi v drugi regiji plačati matična regija (t.i. mobilnost navzven), po drugi strani prejmejo plačila za nego bolnikov, ki prihajajo iz drugih regij (t.i. mobilnost navznoter).

Na nacionalni ravni so zobozdravstvene storitve vključene v paket ugodnosti za določeno populacijo, kot so otroci (stari od 0 do 16 let), ranljivi ljudje (invalidi, osebe z virusom

HIV, ljudje z redkimi boleznimi) in za določene posameznike, ki potrebujejo zobozdravstveno oskrbo v nujnih primerih. Ostalo prebivalstvo plačuje zobozdravstvene storitve iz lastnega žepa. Tarife za zobozdravstvene storitve centralno ureja nacionalna služba. Regije lahko opravljajo lastno zobozdravstvo, npr. v Laziu so bile zobozdravstvene storitve za starejše uspešno promovirane in implementirane. Zdravila so v glavnem na voljo pri zasebnih lekarnah z licenco ali javnih lekarnah. Lekarne z licenco predstavljajo 92 % vseh lekarn in so v lasti farmacevtov, ki delujejo kot neodvisni izvajalci storitev preko Italijanske nacionalne zdravstvene službe, medtem ko javne lekarnе (8 %) vodijo farmacevti, zaposleni v občini, v kateri se nahaja lekarna. Poleg tega, da obe prodajata zdravila na recept, imata obe vrsti lekarn dovoljenje za prodajo komercialnih izdelkov, vključno z obvezami, kontracepcijskimi sredstvi, izdelki za osebno higieno, otroškimi izdelki (kot so plenice in mleko v formuli) in kozmetiko, nekatere lekarnе prav tako prodajajo homeopatske izdelke. V letu 2007 je država dovolila, da se lahko OTC zdravila (angl. *over-the-counter*) prodajajo izven lekarn (npr. v supermarketih), ter jim hkrati izrecno prepovedala prodajo zdravil na recept (Lo Scalzo, 2009, str. 25).

Učinkovito usklajevanje dejavnosti zdravstva in socialnega varstva za zagotavljanje dolgoročne skrbi za starejše in invalide je še vedno v povojih in je bilo ovirano zaradi obstoja različnih ponudnikov celega spektra storitev. To je spodbudilo nekatere občine, da prenesejo odgovornost za zagotavljanje omenjene nege za starejše in invalide na lokalne zdravstvene ustanove. Zdravstvene storitve so običajno nudene v stanovanjskih oziroma pol-stanovanjskih ustanovah in z nego na domu. Nega v stanovanjskih oziroma pol-stanovanjskih ustanovah se običajno uporablja za paciente, katerih zdravstveno stanje zahteva intenzivno nego oziroma uporabo zdravstvenih storitev, medtem ko je nega na domu pogosto uporabljena pri bolnikih, ki nimajo kritičnega zdravstvenega stanja (Lo Scalzo, 2009, str. 137).

Nacionalna politika paliativne oskrbe<sup>1</sup> je v veljavi od konca 1990, ki je usmerila pozornost na tovrstno oskrbo in prispevala k širitvi storitev, ustanavljanju hospic centrov, centrov za dnevno varstvo in paliativno nego v bolnišnicah. Potrebno pa je na tem področju še veliko narediti, da se zagotovi enoto razširjanje storitev paliativne oskrbe, do leta 1990 je bila dostopnost teh storitev zelo majhna, in je bila koncentrirana predvsem v severni Italiji. Veliko je bilo prepuščeno prizadevanjem prostovoljnih organizacij, ki še vedno igrajo ključno vlogo pri izvajanju teh storitev. Italija je doživela pomembne spremembe na področju sektorja mentalnega zdravja, z radikalnim premikom od starih inštitucij duševnega zdravja (pred 1978) na nove psihiatrične storitve na osnovi komun. Trenutno so na razpolago posebni oddelki za duševno zdravje v okviru lokalnih zdravstvenih ustanov, z multidisciplinarnimi timi, od katerih se pričakuje, da spodbujajo in usklajujejo aktivnosti za preprečevanje duševnih bolezni, nego in rehabilitacijo v za to namenjenih ustanovah.

---

<sup>1</sup> Paliativna oskrba je aktivna celostna obravnava bolnikov z neozdravljivo boleznijo in podpora njihovim bližnjim.

Storitve so na voljo v različnih ustanovah, vključno s centri oziroma komunami za duševno zdravje, bolnišnični oddelki v splošnih bolnišnicah, pol-stanovanjskih ustanovah (dnevne bolnišnice in centri za dnevno varstvo) in stanovanjski objekti oziroma ustanove. Boljše vključevanje in tesnejše sodelovanje med različnimi službami se zdaj pojavlja kot vodilno načelo na področju duševnega zdravja. Pomemben delež storitev ljudem z duševnimi boleznimi in motnjami učenja se izvaja preko prostovoljnih organizacij (Lo Scalzo, 2009, str. 139).

Najpomembnejše reforme na državni ravni iz začetka leta 1990 vključujejo (Lo Scalzo, 2009, str. 173):

- dekoncentracijo zagotavljanja zdravstvenega varstva regionalni ravni in postopno krepitev regionalnih pristojnosti za zagotavljanje in financiranje zdravstvenih storitev,
- vzporedni prenos vodstvenih pristojnosti bolnišnicam in lokalnim zdravstvenim oblastem,
- vzpostavitev enotnega osnovnega paketa zdravstvenih storitev, ki bi moral biti zagotovljen vsem državljanom,
- uvedbo nacionalnega programa kliničnih smernic za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in
- razvoj elektronskega sistema evidenc bolnikov.

Prihodnji izzivi za še večjo decentralizacijo italijanskega zdravstvenega sistema vključujejo (Lo Scalzo, 2009, str. 173):

- premagovanje velike variabilnosti v kakovosti zdravstvenih storitev med regijami,
- zagotavljanje nacionalne politike za obvladovanje mobilnosti bolnikov,
- reorganizacijo osnovnega zdravstvenega varstva,
- povezovanje mreže zdravstvenih storitev za nego v nujnih primerih, transfuzije in presaditve,
- povezovanje zdravja, socialnega varstva in paliativne oskrbe.

### **3.2.2 Sistem merjenja učinkovitosti**

V osemdesetih letih je lansiranje novega upravljanja v javnem sektorju v Italiji spodbudilo napredek v merjenju uspešnosti, kar naj bi vodilo k bolj učinkovitemu, uspešnemu in odgovornemu javnemu sektorju. V luči zapisanega naj bi javne ustanove sprejele prefinjene in celovite večdimenzionalne sisteme za merjenje uspešnosti, korak naprej od tradicionalnih finančnih kazalnikov, ki naj bi temeljili na strategijah posameznih ustanov – uravnoteženi sistem kazalnikov. Ta revolucija v javni upravi sovпада s procesom decentralizacije večine evropskih javnih zdravstvenih sistemov. V skladu z zapisanim je v

zadnjem desetletju vseh dvajset italijanskih regij razvilo svoje orodje za upravljanje (Nutti, Seghieri, & Vainieri, 2012).

Za posebej inovativen in celovit sistem v Italiji velja t.i. Performance Evaluation System (v nadaljevanju PES), ki ga je razvila toskanska regija v letu 2005. Od leta 2008 je bil omenjeni PES sistem sprejet v še osmih italijanskih regijah kot sistem za notranje ocenjevanje in zunanje ocenjevanje oziroma primerjanje. Nenazadnje je sistem sprejelo Ministrstvo za zdravje, da bi nadzorovalo ponujene enotne in osnovne ravni zdravstvenih storitev znotraj države (Nutti et al., 2012).

Sistem PES so zasnovali in implementirali skozi pristop konstruktivne raziskave. Izhajajoč iz okvirjev merjenja uspešnosti, ki jih najdemo v literaturi, zlasti v okviru zdravstvenega varstva, so raziskovalci razvili poseben okvir za toskansko področje, upoštevajoč praktičnost, uporabnost, preprostost in enostavnost upravljanja s strani interesnih skupin. V raziskavi so sodelovali številni strokovnjaki, vodje zdravstvenih ustanov tako na lokalni kot regionalni ravni ter regionalnega zdravstvenega svetnika. Kazalniki uspešnosti so bili izbrani s strani ekipe toskanskih zdravstvenih oblasti (angl. *Tuscan Health Authorities*) in strokovnjakov regionalne ravni. Izhajali so iz regionalnih ciljev in strategij ter upoštevali izkušnje, ki so jih imeli v ostalih sistemih po svetu (npr. zdravstveni sistem v Ontariu, ZDA in v Angliji). Začetni izbirni postopek je trajal 1 leto in je še vedno v teku dodajanja novih kazalnikov ali/in izboljšave obstoječih. Laboratorio Management e Sanità (v nadaljevanju MES) letno objavi poročilo z rezultati, prvo poročilo je bilo objavljeno za leto 2006, zadnje objavljeno je za leto 2014 (Nutti et al., 2012).

Namen sistema PES je slediti regijskim strateškim ciljem na podlagi posebne zavzetosti s strani regionalnega zdravstvenega svetnika. Sistem naj bi meril kakovost storitev in sposobnost za izpolnjevanje potreb državljanov, da bi dosegli boljše zdravje in kakovost življenjskega standarda na eni strani in na drugi strani ohranjanje finančnega ravnotežja. Sistem PES sestavlja 50 sestavljenih in več kot 130 enostavnih kazalnikov. Vsi kazalniki so razdeljeni v naslednjih šest dimenzij (Nutti et al., 2012) kot prikazuje tudi Slika 3:

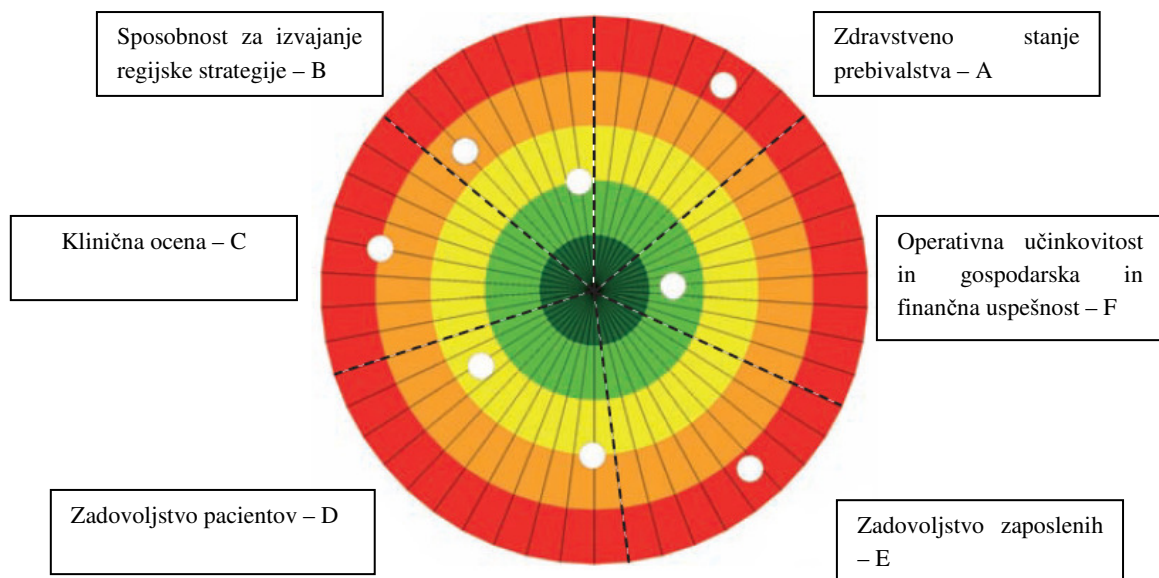
- zdravstveno stanje prebivalstva: nekateri kazalniki, kot sta npr. umrljivost v prvem letu življenja ali smrt na podlagi različnih patologij, se skozi čas gibljejo počasi. Upravljalne odločitve, narejene v preteklosti, so odgovorne za izboljšave, ki se vidijo danes. Kazalniki, ki pripadajo tej dimenziji, so tako začetna in končna točka vseh zdravstvenih sistemov;
- sposobnost za izvajanje regionalne strategije: toskanski zdravstveni organi so odgovorni ne samo za njihovo sposobnost, da so učinkovite in uspešne avtonomne entitete, ampak tudi za njihovo timsko delo v okviru regionalnega zdravstvenega sistema, da bi optimizirali sinergije in zagotovili enak dostop in zdravljenje za celotno prebivalstvo. V tem smislu je pomembno, da zdravstveni organi krepijo regionalne



strateške smernice, z uporabo regionalnega zdravstvenega načrta in regionalne politike v zahtevanem času in na zahtevan način;

- klinična ocena: ta dimenzija vsebuje rezultate kakovosti, ustreznosti, učinkovitosti, obvladovanja povpraševanja in učinkovitost bolnišničnih dejavnosti in preventivnih ukrepov;
- zadovoljstvo pacientov: dimenzija upošteva izkušnjo pacientov kot je razvidna iz poročil anketiranih bolnikov;
- anketa delovne klime (zadovoljstvo zaposlenih): dimenzija upošteva zadovoljstvo zaposlenih v zdravstvu. Številne študije so namreč pokazale pomembno povezanost med zadovoljstvom zaposlenih oziroma delovno klimo znotraj organa in zadovoljstvom strank. Ker so cilji izboljšanje rezultatov, se zahteva osredotočenje na sisteme vodenja in mehanizme, ki podpirajo vpletenost in odgovornost zaposlenih;
- uspešnost delovanja in ekonomska ter finančna uspešnost: ta dimenzija upošteva sposobnost organa, da dosega tri pogoje iz dinamične ekonomske in finančne bilance, in sicer prihodki, odhodki in naložbe. Predmet opazovanja so tudi kazalniki učinkovitosti delovanja, ki kažejo produktivnost virov in uvajanje orodij za vodenje za optimizacijo in racionalizacijo uporabe razpoložljivih sredstev, kot je npr. delovanje internih storitev (nadzor vodenja, pravilniki, informacijski sistem itd.) in sposobnost organov za uporabo osnovnih orodij vodenja (postopki planiranja in kontrole, usposabljanje, notranja komunikacija itd.).

Slika 3: Šest dimenzij sistema »Performance Evaluation System«



Vir: Laboratorio Management e Sanità, *The Performance Evaluation System of Health Care in Tuscany*, 2012, str. 15, slika 1.

Vizualno je sistem prikazan kot diagram v obliki tarče oziroma ciljni diagram, razdeljen v pet različnih barvnih pasov vrednotenja (Laboratorio Management e Sanità, 2012, str. 16):

- zeleni pas, ki pomeni odlične rezultate. Številčni rezultat za to skupino se giblje od 4 do 5,
- svetlo zeleni pas, ki pomeni dobre rezultate. Številčni rezultat za to skupino se giblje od 3 do 4,
- rumeni pas, ki pomeni povprečne rezultate. Številčni rezultat za to skupino se giblje od 2 do 3,
- oranžni pas, ki pomeni slabo delovanje. Številčni rezultat za to skupino se giblje od 1 do 2,
- rdeči pas, ki pomeni zelo slabo delovanje. Številčni rezultat za to skupino se giblje od 0 do 1.

Bolj kot lokalna zdravstvena ustanova doseže cilje in ohrani rezultate v različnih področjih svojega delovanja, bližje so njegovi kazalniki uspešnosti središču diagrama. V primeru odličnega delovanja so prikazani v zelenem pasu, manj uspešni rezultati so prikazani v zunanjih pasovih, ki si sledijo v rdeči pas, ki pomeni zelo slabo delovanje (Laboratorio Management e Sanità, b.l.).

Da bi umestili vrednosti kazalnikov na posamezno od 5 dimenzij, so bili uporabljeni naslednji kriteriji (Laboratorio Management e Sanità, 2012, str. 17):

- priznan mednarodni standard (npr. maksimalna stopnja carskih rezov, zagovarjana s strani WHO),
- v odsotnosti mednarodnega referenčnega standarda se uporabi regionalni standard, ki je opredeljen z regionalno resolucijo ali regionalnim zdravstvenim planom,
- v odsotnosti regionalnega standarda se upošteva regionalno povprečje, popravljeno z možnimi dejavniki prilagajanja tveganja (običajno starost in spol), da se lahko omogoči primerjava med različnimi inštitucijami.

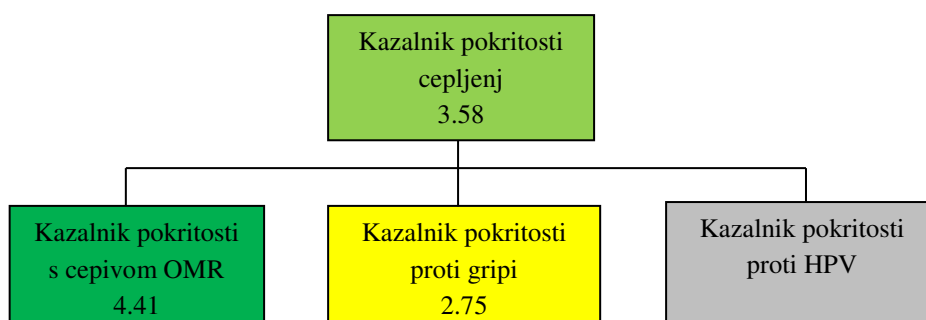
Vsaka inštitucija poroča svoje delovanje glede na ciljne vrednosti v svojem diagramu, v katerem so jedrnate vrednosti približno 50. izbranih kazalnikov. Nekateri kazalniki so sinteza oziroma »drevo« drugih kazalnikov. Npr. kazalnik pokritosti cepljenj, prikazan na Sliki 4, je povprečje dveh podkazalcev: kazalnik pokritosti s cepivom OMR<sup>2</sup> in kazalnik pokritosti s cepivom proti gripi za osebe nad 65 let. Tretji podkazalec, pokritost cepljenja proti humanemu papilomskemu virusu oziroma HPV<sup>3</sup>, je za »opazovanje«, tako da se ne ocenjuje in prispeva k rezultatu kazalnika (Laboratorio Management e Sanità, 2012, str. 17).

---

<sup>2</sup> Cepivo OMR (angl. *MMR vaccine*) je kombinirano cepivo proti ošpicam, mumpsu in rdečkam. Cepivo OMR je običajno del programa cepljenja otrok, pri čemer otroci prejmejo prvi odmerek okoli enega leta starosti, drugi odmerek pa pred vstopom v šolo.

<sup>3</sup> Humani papilomski virus oziroma HPV je virus iz družine papilomavirusov, ki lahko okuži človeka. Večina od več kot 200 poznanih tipov HPV pri večini ljudi ne povzroča simptomov, nekateri tipi pa lahko povzročijo bradavice ali v majhnem odstotku primerov določene vrste raka.

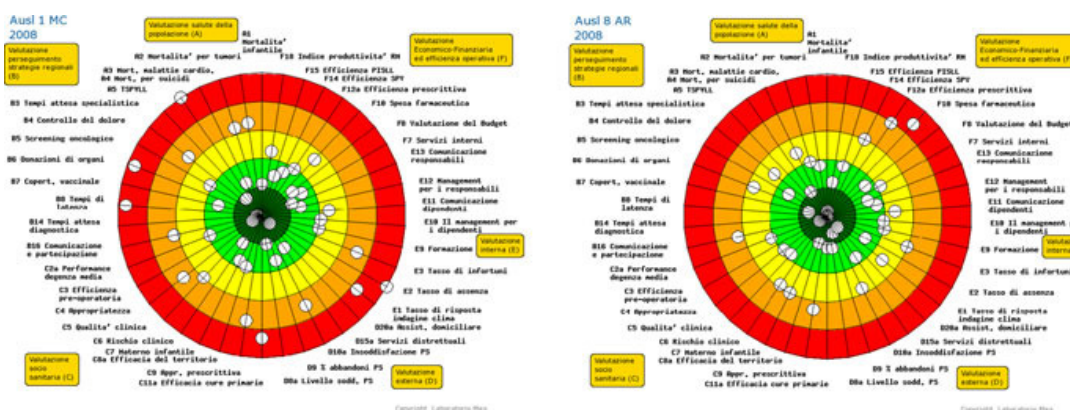
Slika 4: Ocenjevalno drevo kazalnika pokritosti cepljenj



Vir: Laboratorio Management e Sanità, *The Performance Evaluation System of Health Care in Tuscany*, 2012, str. 17, slika 3.

Vsako leto vsaka zdravstvena oblast prejme svoj lastni ciljni diagram in bolj ko dosežejo ciljne vrednosti oziroma visoko raven uspešnosti, bližje so kazalci uspešnosti v sredini diagrama (temno zeleno območje), nasprotno so pa slabi rezultati prikazani daleč od centra diagrama, v rdečem območju. Na Sliki 5 sta prikazana dva ciljna diagrama lokalnih zdravstvenih oblasti, katerim se s svojim delovanjem skušajo čim bolj približati.

Slika 5: Primera ciljnih diagramov lokalnih zdravstvenih oblasti



Vir: Laboratorio Management e Sanità, *The Performance Evaluation System of Health Care in Tuscany*, 2012, str. 26, slika 5.

Na letni ravni se spremlja več kot 200 kazalnikov. Njihovo dejansko število se lahko spreminja, ker se lahko vsako leto spremenijo cilji in rezultati znotraj regije v skladu s strateškimi prednostnimi nalogami v posameznem letu. Poleg tega imajo lahko kazalniki različne časovne dimenzije merjenja in ocenjevanja na osnovi relevantnosti in glede na možnost hitrega izboljšanja rezultata posameznega kazalnika. Čakalne dobe se npr. merijo mesečno, medtem ko se zadovoljstvo državljanov s posebnimi storitvami izmeri na vsaki dve leti. Dimenzije sistema vrednotenja vključujejo kazalnike, ki temeljijo na podatkih iz regionalnega informacijskega sistema in statističnih sistematičnih raziskav, ki jih izvaja

direktno MES, da zagotovi enotnost metodologij, kar je bistveno za pridobitev primerljivih podatkov (Laboratorio Management e Sanità, 2012, str. 17).

Od leta 2008 MES implementira t.i. Mrežo regij, da bi izvedla sistematično analizo in primerjavo uspešnosti na ravni regionalnih in zdravstvenih organov. Cilj te pobude je, da bi lahko regije medsebojno primerjale rezultate s področja učinkovitosti zdravstvenega varstva na podlagi sklopa skupnih kazalnikov. Mreža je trenutno sestavljena iz naslednjih 14 regij: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Sardegna, Toscana, Umbria in Veneto (Laboratorio Management e Sanità, b.l.).

Toskanska regija že več let meni, da je sistem ocenjevanja uspešnosti PES bistven instrument za upravljanje regionalnega zdravstvenega sistema. Strateški dolgoročni cilji se spremljajo preko doseganja kratkoročnih ciljev, prav tako so v sistem ocenjevanja vključeni stroški upravljanja, zato da poudarijo skupno ustvarjeno vrednost za državljane. Čeprav je za lokalno zdravstveno oblast pomembno, da dosega ekonomsko in finančno ravnotežje, to vsekakor ni dovolj. Bistveno je, da kolektivni viri ustrezno in učinkovito ustvarjajo vrednost za kupca, s tem da zagotavljajo visoko kakovost, enako dostopnost do zdravstvenega varstva za vse državljane. Z omenjenimi predpostavkami je MES, ki ga je ustanovila Scuola Superiore Sant'Anna s sodelovanjem s toskansko regijo v letu 2005 vpeljal sistem PES za vse toskanske lokalne zdravstvene oblasti (Laboratorio Management e Sanità, b.l.).

Tako sam sistem kot novi kazalniki so vsako leto pod nadzorstvom znanstvenega odbora mednarodnih strokovnjakov in se v mnogih področjih primerjajo in delijo z mrežo italijanskih regij, ki so sprejele enak sistem. Skupaj s predstavniki posameznih vključenih italijanskih regij se sistem pregleda, da se ustrezno prilagodi spremembam, ki se dogajajo v sistemu, da sistem postaja vse bolj učinkovit za nudenje podpore odločanju v regiji in pri zdravstvenih oblasteh in da se omogoči kontinuirana primerjava rezultatov (Laboratorio Management e Sanità, b.l.).

V okviru sistema PES sta bila MES podeljena naslednja dva patenta:

- »Sistem ocenjevanja delovanja s strani zdravstvenega organa«, patent št. 0001358839, izdan 10. aprila 2009 s strani Italijanskega ministrstva za gospodarski razvoj, oddelek za patente in blagovne znamke in
- »Metoda za upravljanje večdimenzionalnih kazalcev delovanja za storitvena podjetja«, patent št. 0001389298, izdan 14. junija 2011 s strani Italijanskega ministrstva za gospodarski razvoj, oddelek za patente in blagovne znamke (Laboratorio Management e Sanità, 2012, str. 4).

V nadaljevanju navajam zgolj nekatere od kazalcev klinične ter finančne učinkovitosti. Sicer sistem PES kot že omenjeno sestavljajo tudi druge vrste kazalnikov (zdravstveno stanje prebivalstva, sposobnost za izvajanje regijske strategije, zadovoljstvo pacientov, zadovoljstvo zaposlenih).

### **3.2.2.1 Kazalniki klinične učinkovitosti**

Spodaj je prikazanih nekaj kazalnikov klinične učinkovitosti, ki so z registracijo dostopni na spletni strani Laboratoria Management e Sanità (b.l.):

- standardizirana stopnja hospitalizacije na 1.000 prebivalcev,
- standardizirana stopnja hospitalizacije zaradi akutnih bolnišničnih sprejemov na 1.000 prebivalcev,
- standardna mera za akutne bolnišnične sprejema na 1.000 prebivalcev,
- prebivalci s sladkorno boleznijo z vsaj enim merjenjem glikiranega hemoglobina,
- izkoriščenost postelj za akutno nego,
- povprečna doba bivanja za pre-operativni poseg,
- % ponovnega sprejema v roku 30 dni od zaključka zdravljenja,
- poraba antibiotikov v oddelkih,
- % zanemarjanja bolnikov, zdravljenih z antidepresivi.

### **3.2.2.2 Kazalniki učinkovitosti poslovanja**

Spodaj je prikazanih nekaj kazalnikov učinkovitosti poslovanja, ki so z registracijo dostopni na spletni strani Laboratoria Management e Sanità (b.l.):

- zdravstveni izdelki na prebivalca,
- učinkovitost predpisanega zdravila,
- strukturna učinkovitost: število lokalnih enot glede na strokovno usposobljeno osebje,
- bolnišnični izdatki za zdravstvene izdelke.

### **3.2.3 Uspešnost zdravstva**

Italija se je v poročilu EHCI 2015 uvrstila na 22. mesto z 667 točkami. Italija ima največjo notranjo razliko med regijami pri BDP na prebivalca kot pri katerikoli drugi državi; BDP najrevnejše regije znaša zgolj 1/3 najbogatejše regije Lombardije. Čeprav je v teoriji celoten zdravstveni sistem upravljan s strani enega centralnega Ministrstva za zdravje, je Italija mešanica zelene barve za predel Severne Italije in Rima ter rdeče barve Južne Italije, kar rezultira v veliko rumene barve (EHCI, 2016, str. 13).

## 3.3 Avstrija

### 3.3.1 Organiziranost zdravstva

V zadnjih 15. letih je Avstrija močno spremenila status javnih bolnišnic. Le te so iz javnoproračunskih enot spremenili v avtonomne organizacije pod okriljem zasebnega korporacijskega prava. Omenjena sprememba je tudi bistveno spremenila odnos med managerji javnih bolnišnic ter občinami in deželami oziroma javnimi lastniki. V Avstriji je velikega pomena Avstrijski strukturni plan za zdravstvo, ki je osnova za bolj podrobne plane zveznih dežel. Javna zdravstvena oskrba je namreč v pristojnosti zveznih dežel, ki delegirajo naloge drugim teritorialnim enotam. Zdravstvo je urejeno na t.i. federalnem načelu (Bugarič, Damjan, Škraban, & Trpin, 2010, str. 5).

Primarno zdravstveno varstvo v Avstriji je organizirano na način, da ga opravljajo neodvisni, samostojni zdravniki, v omejenem obsegu tudi ambulantni oddelki bolnišnic. Bolnišnično zdravstveno varstvo je financirano s strani države in v glavnini tudi javno zagotovljeno. Predstavlja približno 48,6 % vseh zdravstvenih izdatkov (Bugarič et al., 2010, str. 5).

Lastništvo bolnišnic se s preoblikovanjem javnih bolnišnic v gospodarske družbe ni spremenilo. Bolnišnice še naprej ostajajo javne ustanove, ki pa imajo sedaj veliko bolj samostojno upravljanje. Glavni namen preoblikovanja je bil, da se v devetih federalnih deželah vertikalno poveže občinske bolnišnice v holdinške družbe. Ker so imele občine, lastnice bolnišnic, finančne težave, so vso lastnino bolnišnic prenesle v novoustanovljene holdinške družbe. V glavnini avstrijskih zveznih dežel so na ta način iz občinskih bolnišnic nastale bolnišnične holdinške organizacije. Gre za vrsto t.i. formalne privatizacije, ki v avstrijskem pravu pomeni preoblikovanje bolnišnic v organizacije, še vedno v lastništvu javnih oblasti, vendar vodene s strani privatnih družb (Bugarič et al., 2010, str. 5).

Koncept holdinga predstavlja vertikalno povezavo vseh lokalnih bolnišnic v eno povezano bolnišnico – holding. Med upravami bolnišnic in holdingom pa je vzpostavljen pogodbeni odnos. Deželne bolnišnice vodijo profesionalni managerji, na podlagi managerskih pogodb o zaposlitvi. Na podlagi avstrijskega korporacijskega prava ustanovljene holdinške družbe imajo tako kot druge korporacije nadzorni svet, ki predstavlja lastnika in nadzoruje upravo. Na novo korporacijo je tako preneseno celotno premoženje bolnišnice: infrastruktura, prostori, oprema in medicinski pripomočki. Potrebno je poudariti, da namen ustanovitve holdinške družbe nikoli ni bilo profitno upravljanje bolnišnic. Holdingi so ne-profitne organizacije, z obveznim mandatom za zagotavljanje finančne vzdržnosti poslovanja bolnišnic, doseganje visokih kakovostnih standardov in nudenja celovite sekundarne zdravstvene oskrbe za prebivalce. Lastnica holdinga, zvezna dežela, je rezidualno odgovorna za vse dolgove holdinga. Samostojnost in fleksibilnost vodenja zagotavljata pomembne izboljšave v učinkovitosti poslovanja in izboljšano ravnanje s sredstvi

bolnišnice, še posebej na primer ekonomijo obsega. Zaradi konsolidacije bolnišnic na ravni zveznih dežel v holding se je odpravila odvečna infrastruktura, konsolidiralo medicinske oddelke in specialiste ter pričelo striktno upoštevati federalni načrt v smislu investiranja v visoko kakovostno opremo (Bugarič et al., 2010, str. 6).

Že leta 1979 je bil v Avstriji kot pilotni primer ustanovljen prvi holding, in sicer v zvezni deželi Vorarlberg. Ustanovitev t.i. Vorarlberger Krankenhaus-Betriebs GmbH (v nadaljevanju KHBG) je bila pospešena z dejstvom, da je bila večina občinskih bolnišnic v tistem času v globokih dolgovih. Ker je to predstavljajo prehudo finančno obremenitev za občine, le-te niso bile pripravljene obdržati lastništva nad tako zadolženimi bolnišnicami. Pravno gledano je lastnik KHBG vlada Vorarlberga (96 %), ter prejšnji lastniki – štiri mesta, ki imajo vsako po 1 % delež v lastniški strukturi ter sedeže v nadzornem svetu. KHBG upravlja s petimi javnimi bolnicami, ki imajo na osmih različnih lokacijah skupaj 1.700 bolnišničnih postelj. KHBG je tudi največji delodajalec v Vorarlbergu, s kar 3.100 zaposlenimi. Laboratorijske storitve, IT in ostale centralizirane storitve so prenesene v LKH (nem. *Landerskrankenhaus*) Feldkirch, največjo javno bolnišnico v deželi in edino deželno terciarno zdravstveno ustanovo, ki je povezana z Univerzitetno kliniko Innsburške medicinske šole. KHBG se osredotoča na temeljne funkcije in posledično spodbuja prenos pomožnih storitev, kot so vzdrževalni servisi, banke, restavracije za bolnišnice, pralni servis in oskrba prostorov na zunanje izvajalce. V deset letnem obdobju so bile na takšen način zaprte tri bolnice (postelje odpravljene, tehnična oprema pa prenesena na bolj specializirane enote) (Bugarič et al., 2010, str. 7).

Že leta 1992 je Avstrijsko Računsko sodišče priznalo, da je bil pilotni primer tako politično kot ekonomsko uspešen. Omenjeni koncept je v preteklem desetletju postal glavni model za preoblikovanje bolnišnic v Avstriji. Na podoben način so tudi v drugih zveznih deželah lastništvo bolnišnic občine prenašale v holdinške družbe v lasti dežel. Osem od devetih zveznih dežel je od takrat ustanovilo holdinške družbe. Naslednja, ki je sledila praksi KHBG, je bila Zgornja Avstrija, ki je leta 2002 ustanovila holdinško korporacijo, t.i. Oberösterreichische gesundheits und spitals aktiengesellschaft – GESPAG. Nekatere bolnice bodo tako morale zapreti postelje ali jih delno prenesti na ustrežnejše lokacije, kar naj bi prineslo zmanjšanje stroškov in na ta način večjo učinkovitost poslovanja (Bugarič et al., 2010, str. 7).

Kvalitativne raziskave so pokazale, da se je s preoblikovanjem javnih bolnišnic v holdinške družbe povečala samostojnost in hitrost odločanja v bolnišnicah. V holdinški družbi se sredstva v primerjavi s samostojnimi bolnišnicami lahko upravljajo na bolj učinkovit način, kar vodi do ekonomije obsega, sinergije in delitve tveganja večjih finančnih investicij za medicinsko opremo. Prihaja lahko tudi do večje specializacije posameznih bolnišnic v istem geografskem območju, kar niža stroške z odpravljanjem podvajanja in odvečnih funkcij. Vsa preoblikovanja so bila seveda vnaprej predvidena in so temeljila na t.i. »master planih«, kjer so bili vnaprej predvideni ključni faktorji, na

primer trendi v demografiji in epidemiologiji in delitev bolezni (najbolj znan tak načrt je v zvezni deželi Štajerski) (Bugarič et al., 2010, str. 7).

Na novo oblikovani holdingi imajo poleg uprave zelo malo lastno zaposlenih ljudi. Ostali zaposleni v bolnišnici, npr. zdravniki in medicinske sestre so pogodbeno zaposleni v skladu z državno delovno-pravno zakonodajo. Odpravljen je bil prejšnji status zaposlenih kot javnih uslužbencev in bil nadomeščen z delovno pogodbo, podobno tisti, ki velja za zasebni sektor. Prejšnji status javnih uslužbencev je vključeval zaščito pred odpuščanjem in fleksibilni delovni čas. V postopku preoblikovanja bolnišnic je bila politika zaposlovanja ena bolj občutljivih tem. Zaposleni v bolnišnicah odgovarjajo upravi zasebne holdinške korporacije, zaposleni pa so v skladu z državnim pravom. Zaposleni po državnem pravu so zaradi tega s posebnim zakonom pogodbeno preneseni na holdinško družbo. Takšna ureditev daje holdingu podobne pravice kot jih ima zasebni delodajalec, kar vključuje premeščanje zaposlenih na druga delovna mesta (glede na potrebe po določenih znanjih) odpuščanje in zaposlovanje. Osnova za plačne sheme pa je državno zaposlovalno pravo. Zaposlovanje in izbira zaposlenih se izvajata direktno s strani holdinga in sta odmaknjena od političnega vpliva in posledično krajša in bolj fleksibilna. Direktorji bolnišnic lahko tako neodvisno kadrujejo zdravnike, medicinske sestre in drugo osebje, zamudni postopki kadrovanja so stvar preteklosti. Pri izbiri direktorja morajo le-tega potrditi še višji managerji v holdinški družbi (Bugarič et al., 2010, str. 7).

V strateških poslovnih načrtih so planirani cilji, proračun, stroški poslovanja in investicije v osebje. Ena od pomembnejših koristi koncepta holdinga je večja neodvisnost od lokalne politike. Bolnišnice se kot holdinške družbe pretvorijo iz enot javne uprave v organizacije, vodene preko zasebnega prava. Deželna vlada je prisotna v nadzornem svetu in ostaja edini delničar takšne družbe. Nadzorni svet zagotavlja spoštovanje strateških ciljev in usmeritev vlade (lastnika). Cilji holdinga so učinkovito upravljanje stroškov, univerzalni dostop do zdravstvenih storitev in celovita oskrba. Temeljna načela javne službe določi država, vzpostavitev pa samostojno zagotavlja in upravlja deželna vlada preko holdinga. Uprava holdinga ima dosti večjo stopnjo neodvisnosti in samoupravljanja pri izkoriščanju ekonomije obsega in upravljanju sredstev in kapacitet (Bugarič et al., 2010, str. 7–8).

S prestrukturiranjem je avstrijski bolnišnični sektor dosegel zastavljeni cilj, kar dokazujejo dostopne analize. Nedavna analiza je tako pokazala, da je prestrukturiranje javnih bolnišnic, skupaj še z drugimi reformami (na primer nov plačni sistem), prispevalo k zmanjšanju stroškov, boljši kakovosti oskrbe in izboljšanemu upravljanju z resursi. Na lestvici ankete Komisije o zadovoljstvu pacientov z oskrbo se je Avstrija leta 1999 uvrstila takoj za Finsko, na drugo mesto. Nekaterе druge študije pa opozarjajo na slabosti avstrijskega modela in so pri zaključkih nekoliko bolj zadržane. Ena od njih izpostavlja problem še večje krepitve teženj zasebnih ponudnikov zdravstvenih storitev k temu, da izbirajo le bolj dobičkonosna področja trga (angl. *cherry-picking*) in posledično ne morejo



uspešno rešiti glavnega problema zdravstva, in to je trajna zagotovitev in financiranje zdravstvenih storitev (Bugarič et al., 2010, str. 8).

### **3.3.2 Sistem merjenja učinkovitosti**

Avstrija konkretnega sistema za merjenje učinkovitosti na nacionalni ravni nima, so pa že v 90. letih pričeli spremljati kakovost organiziranosti zdravstva oziroma njeno strukturo. Šele v zadnjih letih so pričeli s prizadevanji za izboljšavo merjenja kakovosti storitev v smislu merjenja procesov v zdravstvu in dosežene kakovosti storitev. Leta 2005 je bil izdan t.i. Zakon o kakovosti v zdravstvu, ki je vodil k Nacionalni strategiji kakovosti (v nadaljevanju NSK), da bi se poenotili in razširili programe merjenja kakovosti (Unterarbeitsgruppe Qualität, 2010). Strategija kakovosti je bila razvita s strani predstavnikov nacionalne in regionalnih ravni, zavarovalnic socialnega zdravja in ostalih ponudnikov zdravstvenih storitev, katerih cilj je bil vzpostaviti vrsto ciljev za izboljšanje kakovosti storitev in monitoringa oziroma nadzora v avstrijskem zdravstvenem sistemu. Posebna pozornost je bila namenjena vrednoti pacient kot osrednji cilj, varnosti pacienta, uspešnosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev, enakosti dostopa in uporabe zdravstvenih storitev in transparentnosti (Ruppe, Schmidt, & Tarver, 2012, str. 6).

NSK narekuje aktivnosti za management kakovosti, vendar v praksi program oziroma cilji programa niso zavezujoči, gre za prostovoljno uporabo, kar pomeni splošno šibko uveljavljanje večine pobudnikov izboljšave kakovosti zdravstvenih storitev v Avstriji. Dodatno so uporabljeni načini izboljšave kakovosti zdravstvenih storitev različni. Trenutno ni vzpostavljenih sankcij, v kolikor cilji niso doseženi. Namesto tega je prisotno zgolj ocenjevanje oziroma spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev v obliki nacionalnega poročila o kakovosti v razdobju 5 let in posredno ocenjevanje s strani posameznikov o stopnji, do katere so bili cilji izboljšave kakovosti zdravstvenih storitev doseženi (Ruppe et al., 2012, str. 6).

Omenjene težave so pogoste v večini avstrijske zdravstvene zakonodaje, saj osnovne smernice daje Zvezno ministrstvo za zdravje, vpeljava sistema pa je v veliki meri odvisna od devetih avstrijskih zveznih dežel. Slednje morajo zagotoviti zadostno zdravniško podporo v okviru njihovega organa odločanja, tj. da so odgovorni za načrtovanje zmogljivosti za javne ponudnike v posamezni zvezni državi, temelječ na nacionalni zakonodaji. Tako imenovani »sporazumi 15a B-VG« predstavljajo pomembne pogodbe med zvezno ravni in devetimi zveznimi deželami, ki predpisujejo organizacijo in financiranje medsektorskega sistema zdravstvenega varstva.

Osem glavnih ciljev za vodenje kakovosti v zdravstvu, kot opredeljeno v NSK, vključuje stalno izboljšavo procesov in kakovosti storitev in transparentnost delovanja (Unterarbeitsgruppe Qualität, 2010, str. 6). Navedeni cilj npr. vključuje oceno uporabe tehnologije v zdravstvu in z dokazi podprto medicino v podporo odločanju, redno

ocenjevanje kakovosti procesov v zdravstvenih ustanovah in vpeljavo zdravstvenih raziskav in raziskav zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami itd. (Ruppe et al., 2012, str. 6).

Na drugem mestu naj bi transparentnost dosegli s sistematičnim zbiranjem podatkov, ki bi generirali nacionalne registre kakovosti, in vpeljavo povratnih informacij in benchmarkinga. Prav tako je v programu NSK dana zahteva za poročanje o kakovosti s strani vseh sektorjev zdravstvenega sistema glede organizacije, kakovosti in kvantitete. Nekateri cilji, ki tvorijo del nacionalne strategije kakovosti, so bili bolj uspešni kot drugi: npr. sistem kritičnega poročanja pojavnosti se izvaja za izboljšanje varnosti pacientov; tudi sistem za poročanje o kakovosti bolnišnice t.i. bolnišnični kazalniki kakovosti (angl. *Austrian Inpatient. Quality Indicators*, v nadaljevanju A-IQI), prvič lansirani v spodnji Avstriji, naj bi se razširili na nacionalno raven. Na drugih področjih pa je prisoten primanjkljaj sistematičnih standardov na nacionalni ravni – kot npr. redna vrednotenja kakovosti procesov v zdravstvenih ustanovah ali pravne zahteve za poročanje (Ruppe et al., 2012, str. 7).

V Avstriji je med prebivalci prisotno splošno prepričanje, da je kakovost zdravstvenega sistema v državi dobra in primerjalno boljša kot v ostalih članicah EU, kar potrjuje vrsta mednarodno primerljivih kazalnikov kakovosti, kot so zmanjšanje umrljivosti pod povprečjem OECD. Vendar pa drugi kazalniki kažejo precejšnje možnosti za izboljšave, npr. zmanjšanje stopnje bolnišničnih sprejemov in ozaveščanje o programih javnega zdravja. Poleg tega najdemo celoten spekter mednarodno primerljivih kazalnikov, ki za Avstrijo niso na razpolago, saj »ena od posebnih značilnosti avstrijskega sistema je, da leta deluje brez kazalnikov standardov kakovosti« (Ruppe et al., 2012, str. 7).

V letu 1997, po uvedbi sistema bolnišničnih povračil, ki temelji na posameznih skupinah diagnoz, je bila glavna skrb oblikovanje in širitev informacijskih sistemov na raven bolnišnične oskrbe, zato da bi se povečala transparentnost in dosegle sistematične poti za dokumentiranje tako storitev kot stroškov. Z uvedbo elektronske zdravstvene izkaznice s personaliziranim čipom se je v letu 2005 naredil velik korak k večji elektronizaciji administracije in izboljšavi zbiranja informacij v zdravstvenem sistemu (Ruppe et al., 2012, str. 13).

Po zakonu so bolnišnice dolžne poročati administrativne in klinične podatke (na posamezen bolnišnični stalež), kot tudi stroške opreme in zaposlenih posameznim deželnim upravam. Državno Ministrstvo za zdravje potem te podatke zbere in jih pošlje nacionalnemu statističnemu uradu, ki izdaja informacije v obliki letnega poročila o zdravstveni statistiki (vsebuje podatke, uskupinjene po starostnih skupinah, spolu, vrsti odpustitve kot tudi po izbrani vrsti zdravljenja). Poleg tega spletni portal DIAG-Extranet omogoča regionalnim zdravstvenim skladom in socialnim zdravstvenim zavarovalnicam dostop do podatkov o zdravljenju, stroških, zaposlenih in epidemioloških podatkov (za

bolnišnice, ki so financirane s strani regionalnih zdravstvenih skladov). Avstrijska zdravstvena informacijska sistema OGIS in REGIS prikazujeta zdravstvene podatke z uporabo geografskih podatkov (npr. umrljivost, pričakovana življenjska doba, obolevnost za rakom, lastna poročanja posameznih ocen itd.), agregiranih po regijah (Ruppe et al., 2012, str. 13–14).

V prihodnosti bi lahko iniciativa za zbiranje kazalnikov v avstrijskem zdravstvu povečala nadaljnje sistematično zbiranje rutinskih podatkov iz bolnic (Ruppe et al., 2012, str. 14).

Konec leta 2010 je bila v Avstriji vzpostavljena spletna platforma za kakovost ([www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at)), da bi spodbudila deljenje najboljših praks iniciatorjev merjenja kakovosti med bolnicami po vsej državi. Bolnice so bile pozvane, da prostovoljno priskrbijo aktualne informacije o kakovosti managerskih struktur in projektih, povezanih z managementom kakovosti (Ruppe et al., 2012, str. 14).

Prvo poročilo, objavljeno maja 2011, je prvič na celovit način dokumentiralo t.i. status quo pri sistemih kakovosti v avstrijskih bolnišnicah. V poročilu so objavljeni zbirni podatki 71 % od 177 bolnišnic za akutno nego, ki predstavljajo 87 % kapacitete bolnišničnih postelj v Avstriji. Poročilo vsebuje podatke o (Domittner, Geißler, & Knauer, 2011):

- obstoju strategij kakovosti v avstrijskih bolnišnicah,
- organizaciji managementa kakovosti v avstrijskih bolnišnicah,
- uporabi modelov kakovosti,
- vrstah orodij za obvladovanje kakovosti,
- varnost pacientov in obvladovanje tveganja,
- in poseben razdelek o posameznih projektih, povezanih s kakovostjo v avstrijskih bolnišnicah.

Podatki se zbirajo na prostovoljni osnovi s strani Zveznega inštituta za kakovost v zdravstvenem sistemu. Enkrat letno so bolnišnice pozvane, da vnesejo informacije o organizaciji sistema kakovosti v bazo podatkov in projekte, povezane z izboljšavo kakovosti, ki se morajo redno posodabljati. Na bazi omenjenih podatkov se naj bi vsako leto izdalo poročilo o prizadevanjih na področju kakovosti v avstrijskih bolnišnicah. Od leta 2012 so vključeni tudi podatki iz rehabilitacijskih centrov. Anketirane bolnišnice poročajo, da v povprečju uporabljajo tri četrtine programov kakovosti. Skoraj vse bolnišnice imajo zaposlene z izobrazbo s področja managementa kakovosti, ki usklajujejo in koordinirajo pobude za kakovost, toda samo 52 % bolnišnic zagotavlja podrobne informacije. Vsi ponudniki uporabljajo posebna orodja za merjenje kakovosti. Najbolj pogosto so to ankete s pacienti, medtem ko so izobraževanja s področja pravic pacientov redka. Več kot 80 % bolnišnic trdi, da sodelujejo pri internih projektih kakovosti, predvsem s testiranjem strokovne usposobljenosti v laboratorijih in registrov kakovosti (npr. delovanje merilnih sistemov, benchmarking oziroma primerjalne analize, upravljanje

vmesnikov). Poleg tega skoraj tri četrtine bolnišnic poroča, da uporabljajo orodja za upravljanje tveganj. Najbolj pogosta so poročila o napakah in sistemi učenja, sezname in analize tveganj. Tri četrtine bolnišnic ima prav tako zaposlene, ki se udeležujejo usposabljanj za obvladovanje tveganja. Vendar pa jih ima le 29 % strokovnjake, ki se ukvarjajo izključno s koordinacijo aktivnosti za obvladovanje tveganja (Domittner et al., 2011).

Registri rezultatov kakovosti (nem. *Ergebnisqualitätsregister*) služijo za zbiranje informacij o številu zdravljenj za posamezna zdravstvena stanja. Trenutno je edino register za spremljavo kakovosti za primer kapi izčrpen s podatki vseh bolnišnic, medtem ko ambulantni sektor sploh ni pokrit. Obstajajo tudi drugi registri (npr. za srčna zdravljenja, protetiko kolkov in kolen in rak), katere vse vodi Zvezni inštitut za kakovost v zdravstvu (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen) v imenu Ministrstva za zdravje in avstrijskih združenj medicine. Vendar pa je sodelovanje ponudnikov informacij prostovoljno in rezultati analize podatkov iz registra so na voljo le sodelujočim inštitucijam, s prikazom njihove uvrstitve na anonimni lestvici v primerjavi z vsemi ostalimi sodelujočimi inštitucijami. Poleg tega se na podlagi zbranih podatkov o organizaciji kakovosti ali podrobnostih izbranih zdravljenj ne more delati nobenih zaključkov (Ruppe et al., 2012, str. 15).

Na splošno so vse bolnišnice v Avstriji po zakonu obvezane, da imenujejo komisijo, ki je odgovorna za zagotavljanje kakovosti v njihovi inštituciji (Zakon o bolnišnicah – KAKUG). V komisiji je običajno vključeno medicinsko osebje, medicinske sestre, tehnično osebje in administrativno osebje. Nekatere bolnišnice so prav tako uvedle krožke kakovosti. Spremljanje napredka se izvaja na regionalni ravni (ki ga opravljajo upravni organi vsake posamezne zvezne dežele), npr. za higienske standarde (Ruppe et al., 2012, str. 15).

Poročanje o kakovosti za bolnišnice ni obvezno v sedmih od devetih zveznih dežel in ni nobenih sankcij, v primeru odsotnosti poročanja. Informacije o aktivnostih s področja managementa kakovosti so od leta 2011 na voljo preko platforme za kakovost: [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at).

Poročila v povezavi s kakovostjo v bolnišnicah so pogosto zagotovljena s strani posameznih bolnišnic ali podobnih izvajalcev na nivoju zveznih dežel, ne pa na zvezni ravni (kot so celostna poročila o kakovosti ali poglavja o kakovosti v letnih poročilih). Npr. javno dostopna letna poročila o uspešnosti so objavili: Managersko združenje bolnic Štajerske (Steiermärkische Krankenanstalten GmbH, 2009), Bolnišnično združenje zvezne dežele Salzburg (Salzburger Landeskliniken, 2010) in Holding bolnišnic v Spodnji Avstriji (Niederösterreichische Landeskliniken-Holding, 2010).

Zvezna dežela Tirolska (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, 2010) in Gradiščanska (Bürgerländische Krankenanstalten GmbH, 2009) vsako leto poročajo zgolj rutinske podatke (kot npr. število pacientov, kapacitete postelj, informacije o številu zaposlenih). Letno poročilo o kakovosti prav tako izda t.i. sklad za nezgodno zavarovanje Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (v nadaljevanju AUVA) (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2009) (Ruppe et al., 2012, str. 15).

Izjemen primer managementa kakovosti se nahaja v Spodnji Avstriji, kjer je regionalno združenje bolnišnic ustanovilo A-IQI sistem. Sistem A-IQI je bil razvit v sodelovanju z upravljalcem nemških bolnic Helios Kliniken GmbH (v okviru projekta G-IQI (angl. *German Inpatient Quality Indicators*)), švicarskim Zveznim inštitutom za zdravje (nem. *Bundesamt für Gesundheit*) in Tehnično univerzo v Berlinu in si prizadeva zagotoviti mednarodno primerljive podatke o kakovosti v avstrijskih bolnišnicah. V aprilu 2011 je sistem A-IQI prevzela avstrijska Zvezna komisija za zdravje za implementacijo na nacionalni ravni. To pomeni, da bo morala vsaka bolnišnica poročati o določenem naboru kazalnikov kakovosti v 35 kategorijah diagnoz (opredeljenih v okviru projekta A-IQI in prilagojenih za dejavnike tveganja v populaciji) z uporabo rutinskih podatkov kot so podatki o umrljivosti, operacijske tehnike, diagnoze in izvedene storitve nege (Amon, Fuchs, Mansky, & Nimptsch, 2010).

Sistem A-IQI v Spodnji Avstriji je sestavljen iz več rutinskih podatkovnih kazalnikov, ki se redno spremljajo, med drugim naslednji (Ruppe et al., 2012):

- stopnja umrljivosti,
- pogostost nekaterih operacij,
- kirurške tehnike in negovalni postopki,
- dolžina intenzivne nege,
- kazalniki procesov v zdravstvu, npr. dolžina bivanja pred operacijo,
- stopnja obnovitve, to so podatki o ponovnih sprejemih v roku 14 dni,
- zapleti, ponovne operacije, npr. za zamenjave kolka.

Uveden je bil poseben strokovni pregled rezultatov, v kolikor rezultati bistveno odstopajo od želenih in pričakovanih rezultatov. Takšen strokovni pregled je opravljen v treh korakih: samoocena, ocena sodelavca, poročanje. Prednostne naloge za 2011 so bili kazalniki v zvezi s srčnim napadom, pljučnico, izobraževanjem pacientov in zlomom stegenice. Glede na sporočilo za javnost t.i. Platforme za varnost pacientov naj bi bili prvi rezultati projekta A-IQI za vse bolnišnice v Avstriji objavljeni v 2013. Za nadaljnji razvoj sistema kazalnikov in postopka strokovnega ocenjevanja za 2011 naj bi bila namenjena sredstva v višini 65.000,00 EUR v imenu Državne zdravstvene komisije (nem. *Bundesgesundheitskommission*).

Eden od ciljev zdravstvene reforme iz leta 2005 je bil spodbujanje odgovornosti preko zunanjega nadzora vseh izvajalcev zdravstvenih storitev. Vendar pa so uvedbi zunanjih mehanizmov revidiranja nasprotovali zdravniki v ambulantah, kar je privedlo do ustanovitve Avstrijskega združenja za zagotavljanje in obvladovanje kakovosti v medicini (nem. *Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH*, v nadaljevanju ÖQMed) v letu 2006. ÖQMed pripada Avstrijski zdravniški zbornici in je odgovoren za zagotavljanje standardov kakovosti v zasebnih praksah z izvedbo t.i. samoocenjevalnih anket. Rezultati prvega kroga obvezne ocene zdravnikov v zasebnih ambulantah (vključno z zdravniki in zdravniki specialisti) so bili tako predstavljeni v letu 2008. Postopek vrednotenja temelji na samoocenjevanju (spletni ali papirni vprašalnik) po posameznih kategorijah (Ruppe et al., 2012):

- kakovost organizacije: nega bolnika (dostopnost, oskrba v sili), zasebna praksa (lokacija, higiena, reševalna oprema, dostopnost zdravil, tehnična oprema), kvalifikacije zdravnikov in
- kakovost procesov: dokumentacija podatkov pacientov, zdravniška poročila, komunikacija z bolniki, zdravljenja in diagnoze, notranja komunikacija, varnost pacientov, obvladovanje pritožb.

Prav tako se izvajajo tudi zunanje revizije naključno izbranih zasebnih praks, ki jih izvajajo predstavniki Avstrijske zdravniške zbornice. Poročilo ÖQMed predstavlja agregirane podatke, ki kažejo, da so bila od približno 18.000 zasebnih praks le v okoli 6 do 9 % ugotovljena neskladja. Večina ugotovljenih pomanjkljivosti zadeva opremo, higienske in sterilizacijske standarde in neustrezno shranjevanje zdravil (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH*, 2009). Vendar pa je metoda zbiranja podatkov pod kritiko, saj ji manjka zunanji mehanizem nadzora, ustrezna podpora pri izpolnjevanju vprašalnikov in neustrezni odgovori, ki ne omogočajo primerjalne analize. Poleg raziskave ÖQMed je anketa s pacienti z vzorcem približno 17.000 pacientov pri okvirno 270 operacijah – koordinirana preko neprofitnega zdravniškega centra kakovosti (nem. *Ärztliches Qualitätszentrum*) razkrila, da je približno 85 % pacientov zelo zadovoljnih z nego svojega primarnega zdravnika. Prav tako lahko zasebne prakse sodelujejo v t.i. Ocenitvi evropske prakse (nem. *Europäisches Praxis-Assessment*), za katero ÖQMed dodeli certifikat kakovosti za obdobje treh let, ki temelji na številnih ocenjenih kriterijih. Stroške za oceno pa nosi vsak ponudnik zase (<http://www.europaeisches-praxisassessment.at/>) (Ruppe et al., 2012).

Pobude za javno razkritje podatkov o delovanju so v avstrijskem zdravstvenem sistemu redke. Trenutno se v postopku javnega posvetovanja Ministrstva za zdravje razvijajo najpomembnejši cilji za področje zdravstva za naslednjih 20 let. Njihov cilj je, da služijo kot smernice za vsesplošno zdravje in prihodnjo usmeritev avstrijskega zdravstvenega sistema (Ruppe et al., 2012).

Podatki so običajno objavljeni v anonimni obliki ali na agregatni ravni, zato izbira ponudnikov zdravstvenih storitev na podlagi javnih informacij ostaja omejena. Namesto tega so prisotne t.i. navidezne primerjalne analize (angl. *benchmarking*), ki nakazujejo uvrstitev ponudnika pri posameznem kazalniku v primerjavi z vsemi drugimi institucijami, ki sodelujejo v raziskavi. Takšne ugotovitve npr. vključuje raziskava zadovoljstva pacientov (2010/2011), ki jo je izvedel Zvezni inštitut za kakovost v zdravstvu, v kateri je sodelovala približno ena tretjina avstrijskih bolnišnic. Imena ponudnikov so navedena v končnem poročilu raziskave (Gleichweit, Kern, & Lerchner, 2011). Od približno 99.000 vprašalnikov jih je 22 % pacientov vrnilo po odpustu iz bolnišnice. Ugotovljena je bila visoka raven zadovoljstva s storitvami bolnišnic, čeprav so bile prisotne presenetljive razlike med ponudniki pri več vprašanjih. Npr. število pacientov, ki so se čutili dovolj obveščeni v primeru daljše čakalne dobe, se giblje med 28 % do skoraj dveh tretjin. Na drugi strani je bilo v nekaterih bolnišnicah skoraj 40 % pacientov informiranih o kratkem odpustu iz bolnišnice, medtem ko v nekaterih bolnišnicah to velja le za približno 3 % bolnikov (Ruppe et al., 2012).

V okviru avstrijskega zdravstvenega sistema so prav tako več pozornosti prejeli sistemi poročanja in učenja. Npr. v letu 2009 se je lansirala spletna platforma CIRSmedical.at (v nadaljevanju CIRS). Na CIRS platformi se lahko anonimno poročajo neželeni učinki medicinskih in nemedicinskih ponudnikov. Do novembra 2011 je bilo objavljenih 161 primerov in približno 50 primerov je bilo izbrisanih, ker so vsebovali nepopolne, nepomembne ali neverodostojne informacije. Glede na oceno omenjene pobude v letu 2009 je strukturni in sistemski vpliv CIRS omejen, čeprav se je sprva dozdeval kot inovativen koncept na poti bolj k pacientu usmerjenega kodeksa ravnanja zdravstvenih delavcev. V veliki meri so primere objavili zdravniki in so bili usmerjeni predvsem na področje splošne medicine v bolnišnicah ali zasebnih praksah. Objavljen je bil tudi »vodič za vzpostavitev sistemov poročanja in učenja v bolnišnicah«. Uradna ocena pilotne faze CIRS je ugotovila, da bi bil sistem prav tako primeren za ambulate in primeren za povezavo z obstoječim internim poročanjem in sistemom učenja. Prav tako je priporočljiva vključitev primerov iz ostalih sistemov v CIRS, seveda upoštevajoč varstvo podatkov, kot tudi povezava s podobnimi sistemi v Nemčiji in Švici. Glavna točka kritike sistema se nanaša na pomanjkanje zavedanja javnosti o sistemu, kar je bilo poudarjeno že v prejšnjih poročilih. Poročilo sistema tudi omenja, da se lahko CIRS predstavlja kot prvi korak v smeri odprte in poštene platforme za sisteme poročanja in učenja. Vendar še vedno obstaja možnost za razvoj ustreznih mehanizmov spodbujanja in pravni okvir za spodbujanje kulture varnosti pacientov v prihodnosti (Rupper et al., 2012).

Spletna stran [www.spitalskompas.at](http://www.spitalskompas.at) nudi osnovne informacije bolnikom pri izbiri bolnišnice za zdravljenje. Še posebej je možno preko spletne strani poizvedeti o prostih ležiščih v vseh avstrijskih bolnišnicah. Razlikovati je mogoče med javnimi in zasebnimi bolnišnicami, ki prikazujejo letno število bolnikov, povprečno dolžino bivanja, povprečno starost bolnikov in pogostost zdravljenja in diagnoz za vsakega ponudnika. Dodatno je v

letu 2010 Ministrstvo za zdravje ustanovilo zdravstveni informacijski portal ([www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at)), ki zagotavlja recenzirane informacije o pravicah pacientov, splošnih boleznih in praktičnih informacijah o sistemu zdravstvenega varstva.

Oba registra kakovosti, tako Strukturni plan avstrijske zdravstvene oskrbe (nem. *Österreichischer Strukturplan Gesundheit*, v nadaljevanju ÖSG) kot sistem A-IQI vsebujeta kazalnike kakovosti, ki jim lahko ponudniki sledijo. To je prvič možno za bolnice, ki sodelujejo pri zbiranju podatkov, katerim Zvezni inštitut za kakovost v zdravstvu omogoča prostovoljne primerjalne analize. Če smo bolj natančni, to pomeni, da so direktor medicine in medicinsko osebje konkretne bolnišnice povabljeni, da razpravljajo o rezultatih iz registra kakovosti, v primerjavi z vsemi drugimi ponudniki, ki sodelujejo pri zbiranju podatkov (v anonimni obliki). Tako je omogočena tudi interna izmenjava mnenj med različnimi oddelki znotraj določene bolnišnice. Na drugi strani ÖSG spodbuja uporabo posebnih kazalnikov kakovosti za posebne postopke zdravljenja, kot tudi standardizacijo organizacijske kakovosti in kakovosti storitev po vseh zveznih deželah. Tretjič, v sistemu A-IQI se prične postopek strokovnega pregleda, takoj ko določeni standardi kakovosti ne dosegajo zelenih rezultatov (Ruppe et al., 2012).

### **3.3.3 Uspešnost zdravstva**

Poročilo EHCI je v letu 2015 Avstrijo uvrstil na dvanajsto mesto z 774 točkami. Avstrija predstavlja poseben kvartet z Dansko, Francijo in Švedsko, ki je več kot 30 točk za najboljšimi državami. Uvedba kazalnika splava ni pomagala: Avstrija nima prepovedi splava kot npr. na Poljskem, vendar se splavi ne izvajajo v sistemu javnega zdravstva. Ali bi si Avstrija pri tem kazalniku zaslužila rdečo barvo ali »ni na voljo« je lahko stvar razprave – Avstrija nima uradnih statistik o splavu (EHCI, 2016, str. 11).

## **3.4 Nizozemska**

### **3.4.1 Organiziranost zdravstva**

Nizozemski zdravstveni sistem se pogosto navaja kot primer učinkovitega, univerzalno dostopnega sistema, katerega pomembni sestavni del je konkurenčni trg. V poročilu Commonwealtha za leto 2014 se je nizozemski sistem uvrstil v sredino skupine 11 držav, ki so se ocenjevale (Tunstal, b.l.).

V preteklosti je šel nizozemski sistem zdravstvenega varstva skozi 3 valove razvoja. Med približno 1940 in 1970 je sistem prešel proti ponudbi univerzalne zdravstvene nege za vse državljane (Tunstal, b.l.). Drugi val med letoma 1970 in 1990 se je osredotočil na politiko, ki bi omogočila vladi obvladovati naraščajoče stroške zdravstvene nege. Tretji val, od približno leta 2000 naprej do danes, predstavlja poskus vlade za spodbujanje učinkovitosti skozi uravnavano konkurenco (Tunstal, b.l.).



Obstajajo trije segmenti sedanjega nizozemskega sistema zdravstvenega varstva. Prvi se osredotoča na dolgotrajno oskrbo, ki je uzakonjen v okviru Splošnega zakon o izrednih zdravstvenih stroških (niz. *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* – AWBZ), in je v letu 2013 predstavljal okvirno 27 milijard EUR. Drugi segment je osrednji, ki je za osnovno zdravstveno zavarovanje. Ta je uzakonjen v okviru Zakona o zdravstvenem zavarovanju (niz. *Zorgverzekeringswet* – ZVW), in znaša približno 41 milijard EUR v letu 2013. Tretji segment predstavlja prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje (Tunstal, b.l.).

V letu 2006 je nizozemska vlada v socialni sistem zavarovanja uvedla reformo, ki zdravstvenim zavarovalnicam namenja vidnejšo vlogo. Nizozemska je edina država, ki je uporabila koncept Alaina Enthovena, t.i. uravnavano konkurenco (angl. *Managed Competition*) kot navdih za svojo reformo osnovnega zdravstvenega varstva (drugega segmenta). Uravnavana konkurenca pomeni trg zdravstvenih zavarovalnic, katere lahko potrošniki izberejo, toda vseeno jih uravnava vlada (Tunstal, b.l.).

Osnovno zavarovanje v okviru segmenta osnovnega zdravstvenega zavarovanja pomeni, da mora biti vsak državljan pokrit s politiko zdravstvenega zavarovanja, toda lahko se odloči med številnimi zasebnimi zavarovalnicami, ki medsebojno tekmujejo. Trenutno na trgu obstajajo štiri glavne zavarovalnice, ki nudijo zavarovanje 90 % prebivalstva. Da bi zagotovile takšno izbiro za potrošnike, se zdravstvene zavarovalnice za ceno, obseg in kakovost do neke mere pogajajo s ponudniki zdravstvenih storitev. Omenjenim zdravstvenim zavarovalnicam je dovoljeno imeti dobiček, toda trenutno je zgolj ena od štirih največjih profitna. Zavarovalnice morajo sprejemati nove kandidate in jih ne smejo zavrniti na podlagi njihove starosti, zdravstvenega stanja in jim morajo zaračunati dogovorjeno premijo, ki je ocenjena s strani posebnih skupnosti v določenem geografskem območju (Tunstal, b.l.).

Otrokom, mlajšim od 18 let, prosilcem za azil in nezakonitim priseljencem, ki nimajo dovolj denarja za plačilo premije, premijo plača država.

Da bi pomagali zavarovalnicam obvladati stroške v primeru nudenja zavarovanja ljudem, ki predstavljajo višje tveganje, je vlada ustanovila sklad za zdravstveno zavarovanje. Nizozemski delodajalci v sklad vplačujejo prispevek v višini 7,5 % na podlagi dohodka zaposlenega in to se odšteje s plačilne liste zaposlenega. Ta plačila se prenesejo v sklad za zdravstveno zavarovanje in so potem dodeljena zavarovalnicam na podlagi sistema za prilagoditev tveganja. V bistvu ta sklad izravnava tveganje zavarovalnic za sprejemanje oseb, ki predstavljajo višje tveganje (Tunstal, b.l.).

Potrošniki lahko vsako leto zamenjajo zavarovalnico, če želijo, saj je maksimalna dolžina pogodbe z zavarovalnico eno leto. Pri starejših je menjava zavarovalnice manj verjetna, ker se bojijo, da ne bodo upravičeni do enakega nivoja storitev pri novi zavarovalnici. Prostovoljno zavarovanje ni obvezno kot narekuje politika osnovnega zdravstvenega

zavarovanja in zato zavarovalnica lahko zavrne kandidate ali zaračunava višje premije. Več kot 90 % nizozemskega prebivalstva kupuje tudi to prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Tunstal, b.l.).

Vlada še vedno igra veliko vlogo v osnovnem zdravstvenem varstvu na Nizozemskem, čeprav se je sistem spremenil od neposrednega upravljanja zdravstvenega sistema v kontrolo njegove kakovosti, dostopnosti storitev in cenovne dostopnosti z distance. Prav tako zagotavlja večino aktivnosti s področja preventivne zdravstvene dejavnosti in promocije zdravstva. Obstaja tudi več vladnih nadzornih agencij, ki poskušajo uravnati tržne pogoje v sistemu. Morda največja vloga vlade je vsem državljanom, ki si ne morejo privoščiti osnovnega zdravstvenega zavarovanja, zagotoviti davčne olajšave za posameznike in družine z nizkimi dohodki v obliki dodatka za nego. Približno dve tretjini nizozemskih gospodinjstev je upravičenih do prejema omenjenega dodatka (Tunstal, b.l.).

Nizozemski osnovni zdravstveni sistem pod osnovnim paketom zdravstvene nege pokriva naslednje storitve (Tunstal, b.l.):

- zdravstveno nego: obiski pri splošnem zdravniku, bolnišnično nego, predpisano nego pri specialistu,
- določeno zdravstveno nego za duševne bolezni,
- zobozdravstvo za mladostnike pod 18 let, zobozdravnika specialista in zobno protetiko za ljudi nad 18 let,
- reševalno službo,
- porodniško zdravstveno varstvo, vključno s porodnimi in poporodnimi storitvami,
- večino zdravil,
- storitve dietologa,
- nego s strani določenih specialistov: npr. logoped in
- program za odvajanje od kajenja.

Nizozemski zdravstveni sistem daje prednost odnosu med bolnikom in zdravnikom. Družinski zdravnik je prva kontaktna točka za bolnike in le zdravniki imajo možnost, da usmerijo bolnika na bolj specializirane zdravstvene storitve, kot so pomoč pri duševnih in srčnih boleznih. V povprečju ljudje na Nizozemskem vidijo svojega družinskega zdravnika več kot šestkrat na leto, in vsak zdravnik ima v svoji praksi približno 2.350 bolnikov. Večina nizozemskih družinskih zdravnikov ne deluje na svojem oziroma samostojno. V letu 2012 je le 25 % zdravnikov imelo svojo lastno prakso, 39 % praks je imelo 2 zdravnika, medtem ko je bilo v 36 % praks več kot 2 zdravnika. To pomeni integriran timski pristop, kjer mnogo zdravstvenih delavcev sodeluje in si deli vire in na drugi strani zagotavlja na enem mestu lažji dostop do zdravstvenih storitev za svoje bolnike. Zdravniki so plačani za storitve, ki jih ponujajo, kot tudi zato, koliko bolnikov imajo v svoji praksi (obdavčenje). Velik poudarek je tudi na uporabi medicinskih sester in strokovnih

sodelavcev, da bi se sprostil čas zdravnikov. Mnogi zdravniki družinske medicine so se pridružili konzorciju »izven delovnega časa«, da bi lahko zagotovili zdravstveno oskrbo izven rednega delovnega časa. Zdravniki družinske medicine in akademiki pogosto sodelujejo pri raziskavah za izboljšanje sistema primarne oskrbe (Tunstal, b.l.).

Tri četrtine ljudi, ki dostopajo do sistema dolgotrajne oskrbe, je starejših od 65 let, toda sistem je na voljo za vsakega posameznika, s telesno ali duševno poškodbo, ki potrebuje kronično in stalno skrb. Vključuje domačo oskrbo in nego in oskrbo v bolnišničnem okolju. Nega je na voljo po oceni potreb določene osebe in je nudena preko mreže uradov za nego (niz. *Zorgkantoren*). Nekateri so samostojni, nekateri pa so tesno povezani z zdravstvenimi zavarovalnicami. Nekateri pacienti (tisti, ki bi jih sicer morali preseliti v oskrbovalni dom ali dom za ostarele) se lahko sami odločijo za nakup storitev oskrbe s sredstvi oziroma proračunom za osebno nego. Drugi bodo dobili oskrbo v naravi, kar pomeni da so negovalne storitve urejene in zagotovljene za njih (Tunstal, b.l.).

Sistem se financira skozi odbitke pri plačah, ki so v višini glede na dohodek posameznika. Ko so ljudje primorani koristiti sistem, so pozvani, da delijo stroške skozi zapleten plačilni sistem ter zopet glede na višino posameznikovega dohodka (Tunstal, b.l.).

Reforme sistema so prišle v januarju 2015. AWBZ se nadomesti z zakonom o dolgoročni negi (niz. *Algemene Wet Langdurige Zorg – WIZ*), za osebe, ki ne morejo živeti doma. Oskrba na domu se bo preselila na občine in dodana k obstoječemu zakonu socialne podpore (niz. *Wet maatschappelijke ondersteuning – WMO*), medtem ko bo nega na domu zagotovljena in organizirana s strani zdravstvenih zavarovalnic (Tunstal, b.l.).

Osnovno zdravstveno zavarovanje na posameznika stane približno 100 EUR mesečno. Na voljo je tudi obvezni prispevek iz dohodka, omenjen zgoraj, ki ustreza 7,75 % obdavčljivih dohodkov, do višine 50.853 EUR. Dodatno posamezniki plačujejo 12,65 % obdavčljivih dohodkov, do višine 33.363 EUR za prispevke za dolgotrajno zdravstveno oskrbo.

Potrošniki prav tako na letni ravni za zdravstvene storitve plačujejo odbitno franšizo v višini 360 EUR, ki vključuje kritje za večino zdravil. Obiski pri družinskem zdravniku in porodniško varstvo niso predmet omenjene odbitne franšize in tako morajo biti kriti vsi stroški. Zavarovalnice lahko nudijo popust za potrošnike do maksimalne višine 10 %, če so del skupinskega plana (Tunstal, b.l.).

Delodajalci plačujejo 7,75 % iz dohodka svojih delavcev, ki gre v smeri sistema za prilagoditev tveganja. Nizozemska vlada še vedno nosi precejšnje stroške za zdravstveni sistem. Čeprav je težko oceniti skupne stroške sistema, vključno z dolgotrajno oskrbo, so ocene, da je Nizozemska v letu 2011 porabila 11,9 % BDP za zdravstveno nego. Stroški se tudi bistveno povečujejo, tako je npr. Nizozemska v letu 2007 za zdravstveno nego namenila 8,9 % BDP. V letu 2007 je bil sistem financiranja v glavnem z obveznimi

prispevki in premijami (66 %, od tega je bilo za osnovno zdravstveno nego ter 36 % za dolgotrajno oskrbo. Zasebni izdatki, ki predstavljajo 14 %, od katerih je 10 % namenjenih za direktna plačila in 4 % za dopolnilno prostovoljno zdravstveno zavarovanje in ostali viri, 6 % (Tunstal, b.l.).

Nizozemski sistem deluje dobro, ima pa svoje izzive. Poročilo o uspešnosti nizozemskega zdravstva za leto 2014 je ugotovilo, da čeprav je bil dostop do sistema enostaven, obstaja vse več ljudi, ki sistema ne uporabljajo, bodisi zaradi pristojbin, predvsem za obisk zdravnikov družinske medicine. Stroški še naprej naraščajo, vendar počasneje kot v preteklih letih. Medtem ko se zdi kakovost oskrbe precej visoka, včasih obstajajo znatne razlike med ponudniki zdravstvenih storitev. Pod pritiskom je zlasti dolgotrajna oskrba, z naraščajočimi zahtevami in nekaj usposobljenega osebja. Na voljo so mešani rezultati o učinkih uravnane konkurence in kako načrti poročajo njihovo uspešnost. Kakovost primerjalnih podatkov ostaja skrb vzbujajoča. Čeprav so se stroški zdravstvenih storitev od reform naprej precej zviševali, so nove zdravstvene zavarovalnice uspele razviti dober sistem nakupa farmacevtov skozi strategijo razpisov, ki je v letu 2008 naredila prihranek v višini 348 milijonov EUR. V januarju 2012 je bil izveden eksperiment, ki je vključeval prosti trg za oblikovanje cene zobozdravstvenih storitev, ki niso vključene v osnovni paket zdravstvenih storitev, brez omejitve cene navzgor. Eksperiment je trajal eno leto, saj je vodil k nevarni dostopnosti storitev in težavam v dostopnosti (Tunstal, b.l.).

Vprašanje, ali so bile reforme v letu 2006 uspešne, je še vedno odprto za razpravo. Čeprav obstaja soglasje, da je potrebnih več reform, ni soglasja o tem, kako naj bi te reforme izgledale. Stroški še vedno naraščajo, saj zavarovalnice ne nakupujejo zdravstvenih storitev učinkovito in gospodarno. Čeprav so pri nekaterih stroških vidne izboljšave, kot pri zdravilih, pa so višji stroški pri pacientovi izbiri in pravičnim dostopom do zdravstvenih storitev.

Poleg tega obstaja vedno večje število posameznikov, ki se ne javijo za obvezno zavarovanje, mnogi tudi zaostajajo s plačilom. To povzroča stroške sistemu že zgolj s kontroliranjem omenjenih težav. Če so izključeni iz enega programa, potem ko 6 mesecev ne plačujejo, jih mora druga zavarovalnica sprejeti, če se prijavijo. Obstaja bojazen, da bodo nekateri to luknjo izkoristili in se vrteli znotraj vseh zavarovalnic (Tunstal, b.l.).

Manj zdravi in posamezniki z nižjimi dohodki imajo manj možnosti kot tisti, ki so bolj premožni, saj zavarovalnice tržijo storitve zdravim, izobraženim potrošnikom. To vodi v določeno vrsto rizične izbire s strani zavarovalnic. Zavarovalnice se prav tako lahko združijo z izvajalci zdravstvenih storitev, in zato lahko upravljajo lastne lekarne ali zdravstvene klinike.

Prav tako obstaja bojazen, da posamezniki z nižjimi dohodki, ki prejemajo nadomestila za nego, ki so izplačana v gotovini, ne uporabljajo teh sredstev za nakupe zdravstvenega

zavarovanja, kot je predvideno. Višji stroški so prav tako vzrok porasta specializiranih zdravstvenih klinik (zdravje moških, akne, menopavza itd.) in nenehnih razprav o tem, katere zdravstvene storitve bodo zajete v osnovni paket zdravstvenih storitev (Tunstal, b.l.).

Reforme v letu 2006 naj bi odprle tržni sistem, kjer naj bi številne zdravstvene zavarovalnice imele možnost pogajanj in sklepanja pogodb s ponudniki zdravstvenih storitev, da se zagotovi boljša kakovost storitev za potrošnike. Do danes kakovost ni bila gonilna sila pri omenjenih pogajanjih. V prihodnosti bi se moralo razviti več načinov za merjenje kakovosti storitev in izločkov zdravstvenega sistema (Tunstal, b.l.).

### **3.4.2 Sistem merjenja učinkovitosti**

S političnega vidika je pomembno, da se spremlja, kako dobro različni deli zdravstvenega sistema delujejo in ali imajo vsi ljudje enake koristi od vloženih sredstev oziroma danih s strani države. Glede na nenehno naraščajoče stroške zdravstvene oskrbe je prav tako pomembno, da se ugotovi, ali vložena sredstva zagotavljajo zadostne donose oziroma kako učinkovit je zdravstveni sistem (Zorgbalans, b.l.).

V skladu z zgoraj zapisanim je nizozemsko Ministrstvo za zdravje naročilo Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje in okolje (niz. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*, v nadaljevanju RIVM), da z naborom kazalnikov oceni uspešnost nizozemskega sistema zdravstvenega varstva s spremljanjem trendov v kakovosti, dostopnosti in stroških zdravstvenega varstva. Kjer je mogoče, naj bi bila prikazana tudi mednarodna primerjava (Zorgbalans, b.l.).

Ugotovitve so predstavljene na nizozemski spletni strani [www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl), ki se delno posodablja vsake 3 mesece. Ob omenjeni spletni strani pa Nacionalni inštitut za javno zdravje in okolje vsaka 4 leta izdela poročilo o uspešnosti nizozemskega zdravstva (angl. *Dutch Health Care Performance Report*). Prvo objavljeno poročilo je bilo v letu 2006, potem so sledila poročila za leto 2008, 2010 in 2014 (Zorgbalans, b.l.).

Pojem uspešnosti, ki se ga uporablja v omenjenem poročilu, je v skladu s t.i. »sistemskimi cilji« nizozemske zdravstvene oskrbe, za katere je odgovoren minister za zdravje. Cilji sistema so kakovost, dostopnost in cenovna dostopnost. Poleg poročila so rezultati predstavljeni na spletni strani <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>. V središču poročila in informacij na spletu je niz 140 kazalnikov, ki skupaj prikazujejo delovanje zdravstvenega varstva in sistema zdravstvenega varstva. Kazalci se na spletni strani redno posodabljujejo in tako zagotavljajo vpogled v trenutno sliko o stanju v zdravstvu. Poročilo se ozira tudi na pretekla 4 leta z odgovorom na vprašanja: Katere večje spremembe so se zgodile? Kaj deluje dobro in kaj deluje manj dobro (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 15)?

Cilji sistema nizozemske zdravstvene oskrbe so kakovost, dostopnost in cenovna dostopnost. Obstajajo različne definicije pojma kakovosti. Nizozemski inštitut za medicino definira kakovost kot »delati pravo stvar, ob pravem času, na pravi način, za prvo osebo in ob doseganju najboljših možnih rezultatov«. Omenjena definicija se nanaša na vrsto konceptov, ki se v literaturi štejejo kot bistveni za kakovost: učinkovitost, varnost, pravočasnost in odzivnost (Arah, 2005). Zakon o kakovosti institucij za nego (niz. *Kwaliteitswet Zorginstellingen* – KWZ) tudi uporablja koncepte kot so učinkovitost in fokus na pacienta. V zadnjem poročilu o uspešnosti nizozemskega zdravstva ima kakovost tri dimenzije (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 16):

- učinkovitost,
- varnost in
- fokus na pacienta.

Dostopna oskrba pomeni da »ljudje, ki potrebujejo nego, lahko dostopajo do nege pravočasno in brez večjih ovir« (Droomers, Smits, & Westert, 2002). Več vidikov se v literaturi vedno ponavlja, ki skupaj določajo dostopnost oskrbe in jo omejujejo. Ti vidiki vključujejo stroške, krajevno razdaljo, čakalne dobe in v kolikšni meri se dobava oskrbe odziva na potrebe in zahteve ljudi.

Obstajajo različne vrste dostopnosti (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 16):

- geografski dostop,
- finančni dostop,
- pravočasen dostop in
- dostop v skladu s potrebami.

Kontroliran razvoj stroškov in učinkovit zdravstveni sistem sta osrednjega pomena za Zakon o regulaciji zdravstvenega trga (niz. *Wet marktordening gezondheidszorg* – WMG), uveden v letu 2006. Zmerna rast izdatkov zagotavlja, da zdravstvena oskrba ostane dostopna za družbo in ne ustvarja pritiska na javne vire in nacionalni dohodek. Z drugimi besedami, ohranja zdravstveno oskrbo dostopno na makro ravni. Ker ni splošno sprejetega standarda za merjenje dostopnosti zdravstvenega varstva, je vsaka sodba o tej zadevi politične narave. Dostopnost zdravstvenega varstva na ravni posameznika ali gospodinjstva je kategorizirana kot finančna dostopnost. Izboljšana učinkovitost lahko pomaga nadzorovati izdatke, toda gre za več kot to. Učinkovitost je približno razmerje med stroški in prihodki zdravstvene storitve. Nadaljnje povečanje izdatkov lahko ohrani učinkovitost, če se donosi proporcionalno povečajo. V novem sistemu zdravstvenega varstva imajo zavarovalnice in zavarovanci pomembno vlogo na področju učinkovitosti: pričakuje se, da izberejo nego z najbolj ugodnim razmerjem med ceno in kakovostjo (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 17).

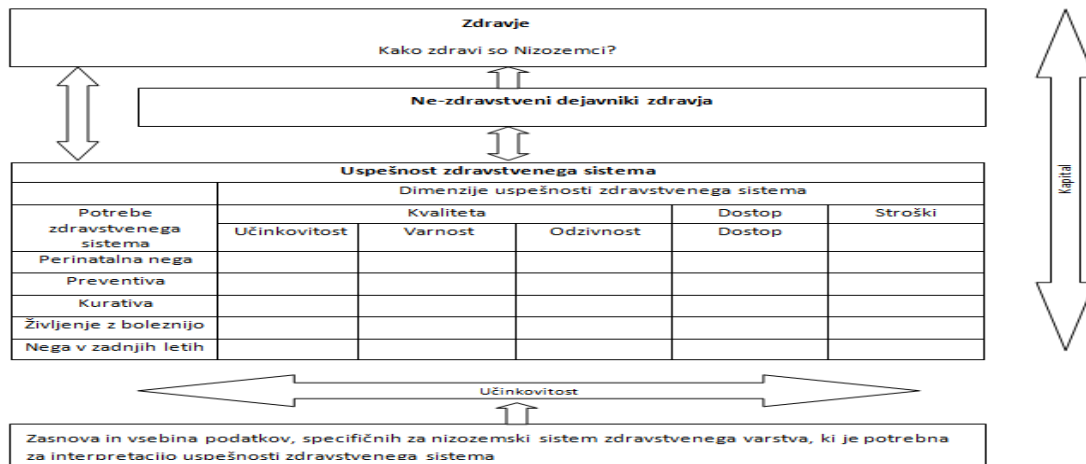
Za potrebe poročila o uspešnosti nizozemskega zdravstva je Ministrstvo za zdravje formuliralo kazalnike za področja, ki so ključnega pomena za ocenjevanje uspešnosti. Ministrstvo za zdravje je razvilo in razvrstilo niz kazalnikov v vseh izbranih področjih. Tako sistemski cilj »kakovost oskrbe« obsega področja učinkovitosti, varnosti in fokus na pacienta (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015). Sklop zdravstvenega varstva je razdeljen na štiri specifične potrebe oziroma zahteve (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 18):

- perinatalna nega,
- ohranitev zdravja (preventiva),
- postati zdrav (zdravljenje),
- živeti neodvisno s kronično boleznijo ali invalidnostjo (dolgoročna oskrba),
- nega ob koncu življenja.

Posamezna področja in kazalniki so bistvo poročila uspešnosti. Struktura poročila, prikazana na Sliki 6, se je z leti nekoliko spremenila oziroma prilagodila aktualnim problemom, s katerimi se obstoječa politična oblast sooča ter prikazuje tudi načine, s katerimi je probleme možno rešiti. Kakovost, dostopnost in cenovna dostopnost ostajajo osrednji koncepti, ki pa jih v resnici ni možno vedno enostavno ločiti in politična vprašanja so lahko povezana z različnimi cilji sistema (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 17).

Postopek izbire in razvoja kazalnikov vključuje veliko korakov, v katerih imajo strokovnjaki, znanstveniki in politika vsak svojo vlogo (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011).

Slika 6: Konceptualno ogrodje uspešnosti zdravstvenega sistema



Vir: Arah, Hurst, Klazinga, & Westert, *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Quality Health Care; 18:Suppl:5–13, 2006, str. 11, tabela 5.*

Namen poročila o uspešnosti je, da prispeva k strateškemu odločanju Ministrstva za zdravje na področju zdravstvenega varstva. Za uresničitev tega cilja poročilo poskuša predstaviti široko sliko celotnega sistema zdravstvenega varstva. Tisti, ki iščejo podrobnejše informacije o specifičnem sektorju, tega v poročilu ne bodo našli. Bodo pa po drugi strani našli veliko virov, ki zagotavljajo še več informacij. Dodana vrednost poročila uspešnosti je predvsem v integraciji in povezovanju podatkov iz številnih virov, s čimer razkrivajo temeljna vprašanja sistema. Poročilo ima tudi nalogo signaliziranja s prepoznavanjem vrzeli v znanju in kot takšno deluje kot program izobraževanja (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 18).

Nizozemsko poročilo o uspešnosti nizozemskega zdravstva ima več funkcij. Tri so najpomembnejše (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 301):

- zagotavljanje informacij politikom. Informacije, ki jih med drugim podpirajo pri določanju ciljev in prednostnih nalog, kot opredeljeno v koalicijski pogodbi in političnimi dokumenti in v ocenjevanju uspešnosti politike,
- zagotavljanje pregleda uspešnosti nizozemskega zdravstvenega sistema in
- identifikacija vrzeli v trenutnem znanju in podatki o uspešnosti zdravstvenega sistema.

Prvi dve funkciji sta še posebej pomembni, je pa poročilo močno odvisno od razpoložljivosti in kakovosti podatkov. Poročilo uporablja razpoložljive vire podatkov, podatke lahko tako analiziramo tudi sami in lahko uporabimo analize, ki so jih izvedli drugi (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 301).



Kazalniki potrebujejo okvir, da jih lahko interpretiramo na razumljiv način. Podatki imajo večji pomen relativno proti ostalim podatkom. V poročilu uspešnosti je to narejeno na tri načine (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, STR. 302):

- primerjave s prejšnjimi leti (časovni trend),
- primerjave z drugimi državami (mednarodna primerjava) in
- primerjava s predpisanim standardom.

Tabela 7 prikazuje odstotek kazalnikov, ki omogočajo primerjavo z omenjenimi tremi parametri. V primerjavi s prejšnjim poročilom o uspešnosti so se odstotki le malo spremenili. Skoraj četrtna kazalnikov je primernih za mednarodno primerjavo, 73 % kazalnikov vsebuje časovni trend in 17 % kazalnikov se lahko primerja s standardi politike. Ti odstotki nam nekaj povejo o samem poročilu o uspešnosti, približno pa tudi o razpoložljivosti informacij na Nizozemskem (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 302).

*Tabela 7: Odstotek kazalnikov, ki omogočajo primerjavo med državami, v času in s predpisanimi standardi*

Primerjava	Poročilo o uspešnosti nizozemskega zdravstva (v %)			
	2006	2008	2010	2014
Mednarodna	20	26	24	24
Časovna	50	61	71	73
S predpisanim standardom	<5	21	18	17

*Vir: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Dutch Health Care Performance Report 2014, 2015, str. 302, tabela 11.1.*

Od prvega poročila o uspešnosti naprej se je delež kazalnikov, s katerimi je možna časovna primerjava, občutno povečal. Da bi lahko povezali kazalnike uspešnosti z ukrepi politike na smiseln način, je časovni trend bistvenega pomena. Cilj večine političnih ukrepov je izboljšanje zadev. Čeprav opredelitev vzorčnih razmerij potrebuje bolj temeljito preiskavo, lahko časovni trend daje vtis o učinkovitosti določenih ukrepov. V mnogih primerih se poročilo o uspešnosti nanaša na takšne študije (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 302).

Jasno je, da je kontinuiteta merilnih metod bistvenega pomena, da se lahko pokažejo časovni trendi. Vendar se definicije in metode pogosto prilagajajo tekom časa. To ni zaželeno, vendar je bolj ali manj neizogibno. Glavna gonilna sila sprememb je dejstvo, da znanje napreduje: merilne metode, ki zagotavljajo bolj natančno predstavitev stanja določene zadeve. Npr. zgodile so se majhne prilagoditve pri metodi izračuna deleža bolnišnične standardizirane umrljivosti. Druga gonilna sila je lahko, da se sam predmet merjenja spremeni. V preteklosti so bili predstavljeni ločeni časovni trendi za razširjenost

preležanin v domovih za starejše in oskrbovanih domovih. Danes je meja med omenjenima domovoma čedalje bolj zabrisana in oboje je združeno pod nazivom »negovalni domovi«. V večini primerov je bilo mogoče naknadno izračunati časovne trende, ki temeljijo na novih opredelitvah. V nekaterih primerih sta prikazana tako »stari« kot »novi« časovni trend, npr. izdatki za zdravstvo kot % BDP. Proizvodnja ustreznih časovnih trendov je pogosto naložba v dobre kakovostne registre. Pri spremljanju zelenih učinkov politike je priporočljivo, da se podatki začnejo zbirati čim hitreje (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 302–303).

Kazalniki kakovosti s strani OECD so eden glavnih virov za mednarodne primerjave. Ti kazalniki so objavljeni med drugimi kazalniki v poročilu OECD, z imenom »Health at a Glance«. Set kazalnikov s strani OECD se neprestano razvija. Razvoj večine kazalnikov je razširjen proces prefinjenosti, analiz in znanstvenih raziskav. Izid se obširno razpravlja s strokovnjaki iz držav članic OECD. Nekaj nizozemskih strokovnjakov, vključno z ekipo, ki pripravlja poročilo o uspešnosti, je vključenih v ta proces (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 303).

Ankete med bolniki s strani Commonwealth sklada so še en pomemben vir informacij. Sledenje mednarodnim projektom je pomemben način učenja iz uspešne politike v tujini in velika spodbuda za izboljšanje kakovosti kazalnikov. Poleg tega lahko mednarodne primerjave povečajo ozaveščenost. V zadnjih letih je program kazalnikov OECD namenil večjo pozornost na preiskavo razlogov za razlike med državami (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 303).

V prejšnjem poročilu uspešnosti se je pozivalo k izboljšavam pri zagotavljanju informacij. Čeprav je v zadnjem poročilu predstavljenih ogromno podatkov, pridobivanje informacij na Nizozemskem še zdaleč ni to, kar bi moralo biti. S tem so mišljeni celota razpoložljivih podatkovnih virov, njihova kompatibilnost, kakovost in polnjenje registrov in registracijskih standardov in ureditev ter dogovori glede lastništva, pravice črpanja in transparentnost. Večletni načrt informacij zdravstvene nege predstavlja vizijo Ministrstva za zdravje o zagotavljanju informacij in opisuje usmeritve za doseganje trajnostnega informacijskega sistema za zdravstvo. Kazalniki v poročilu o uspešnosti so po eni strani rezultat, kaj je potrebno meriti in na drugi strani kaj je lahko meriti. Za mnogo zadev je nemogoče zagotoviti celo najmanjši vpogled v ključne vidike, saj podatki manjkajo ali so nedostopni. Tukaj je kar nekaj lukenj v sistemu (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 303).

Ko spremljamo pacienta skozi nego, je glavnina virov podatkov povezanih s ponudnikom zdravstvenih storitev. Podatki vključujejo registre splošne prakse, bolnišnične registre in farmacevtske registre. To je razumljivo, ker po navadi ponudniki storitev vodijo evidence, ne bolniki. Vendar pa je prisotno čedalje večje zavedanje, da kakovost oskrbe ni odvisna le od uspešnosti posameznih ponudnikov zdravstvenih storitev ali organizacij. Več in več

ljudi, ki uporabljajo zdravstvene storitve, se mora ukvarjati z več in več ponudniki. Skupni rezultat nege je v veliki meri odvisen od sodelovanja in usklajevanja med temi različnimi izvajalci nege. Poročilo o uspešnosti vključuje veliko kazalnikov, ki so povezani s koordinacijo oziroma usklajevanjem nege (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 304).

Ti kazalniki vključujejo vprašanja za anketo pacientov o prejemu protislovnih informacij ali kazalnik števila zdravnikov, ki naročajo zdravstvene teste, ki so že bili narejeni. Znanje o kakovosti oskrbe bi poleg omenjenih subjektivnih vprašanj povečalo spremljanje pacientov skozi celoten postopek zdravljenja, kar bi omogočalo pridobitev več objektivnih podatkov. Bistvenega pomena so enotnost v registraciji, povezljivost in jasni sporazumi o zasebnosti, dostopnosti podatkov in povezav (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015, str. 304).

Analiza učinkovitosti nizozemskega zdravstvenega sistema se nanaša na različne ravni. Na makro ravni analizira trende izdatkov in zdravstvenega stanja prebivalstva Nizozemske v primerjavi z drugimi državami. Na srednji ravni so se osredotočili na učinkovitost različnih sektorjev zdravstvenega varstva, kot so bolnišnične oskrbe ter oskrbe ostarelih občanov. Na koncu so predstavljeni nekateri kazalniki, ki odražajo stopnjo inovativnosti nizozemskega zdravstvenega varstva. Vnos in širjenje inovacij lahko poveča učinkovitost oskrbe in skrb za okolje, kot npr. uporaba elektronskih evidenc pacientov (e-zdravstvo) (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015).

V Poročilu o uspešnosti nizozemskega zdravstva je na voljo podrobnejše pojasnilo vsakega od spodaj navedenih kazalcev (vrsta kazalnika, področje varstva, ki je odgovorno zanj, kako se kazalec izračuna itd.).

#### **3.4.2.1 Kazalniki učinkovitosti na makro ravni**

Spodaj je prikazanih nekaj kazalnikov učinkovitosti na makro ravni (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015):

- izdatki za zdravstveno varstvo v primerjavi s pričakovano življenjsko dobo,
- izdatki za zdravstveno varstvo v primerjavi z nepotrebno umrljivostjo,
- delovanje na sistemskih ciljih, izkušnjah pacientov in neenakostjo na področju zdravja,
- administrativni stroški.

#### **3.4.2.2 Kazalniki učinkovitosti na srednji ravni**

Spodaj je prikazanih nekaj kazalnikov učinkovitosti na srednji ravni (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015):

- produktivnost bolnišnične oskrbe,
- spremembe pri cenah za diagnozo zdravljenja v B-segmentu,
- regionalne razlike v številu bolnišničnih sprejemov in bolnišničnih zdravstvenih postopkih,
- razlike v dolžini bivanja med bolnišnicami,
- izven-bolnišnična zdravila: uporaba generičnih zdravil in regionalne razlike,
- investirana sredstva in količina oskrbe v zdravstveni oskrbi za mentalno zdravje,
- investirana sredstva in količina oskrbe v zdravstveni oskrbi za ostarele občane,
- bolnišnični sprejemi, ki se jim je možno izogniti glede na mednarodno primerjavo,
- učinek substitucije zaradi modernizacije in inovacij.

### **3.4.2.3 Kazalniki dinamične učinkovitosti oziroma stopnje inovativnosti**

Spodaj je prikazanih nekaj kazalnikov dinamične učinkovitosti oziroma stopnje inovativnosti (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015):

- uporaba medicinske tehnologije (uporaba kateterizacije, bypass-ov in angioplastike po srčnem napadu),
- stopnja sprejetja novih zdravil proti raku,
- trendi na področju izdatkov za nova zdravila,
- pristojbine za dnevno oskrbo kot % vseh bolnišničnih pristojbin,
- število izvajalcev zdravstvenih storitev, povezanih z nacionalno elektronsko bazo zdravstvenih kartotek (National Exchange Point Electronic Health Records),
- uporaba e-zdravja v obliki video komuniciranja in teleoskrbe.

### **3.4.3 Uspešnost zdravstva**

V letu 2015 se je Nizozemska na podlagi poročila EHCI uvrstila na prvo mesto z 916 točkami. Nizozemska je edina država, ki je konsistentno uvrščena med prve tri v vseh poročilih, ki jih je Health Consumer Powerhouse objavila od leta 2005 naprej. V letu 2012 je Nizozemska dosegla 872 točk, kar je bilo zdaleč največ točk katerikoli države v sklopu indeksa EHCI. 916 točk v 2015 je še bolj impresivnih, saj je čedalje težje doseči zelo visoko oceno na številnih področjih. Nobena država ni vrhunsko dobra na vseh področjih. Edini indeks v zadnjih letih, kjer Nizozemska ni bila med top 3 državami, je indeks preprečevanja škode tobaka, kjer je bil zaznan precej liberalen odnos. Nizozemska je zmagala na štirih od šestih področij, največji doprinos pa je dejstvo, da se zdi, da Nizozemska nima nikakršnih šibkih točk, razen morda nekaj možnosti za izboljšavo glede razmer na področju čakalnih dob, kjer prednjačijo nekatere srednjeevropske države. Običajno Health Consumer Powerhouse skrbno navaja, da je EHCI omejen pri merjenju »prijaznosti potrošnikom« samega sistema zdravstvenega varstva, torej ne trdi, da meri, katera evropska država ima najboljši sistem zdravstvenega varstva na vseh področjih.

Nizozemska je edinstvena, kot edina država, ki se konsistentno pojavlja med najboljšimi tremi ali štirimi državami, ne glede na to, kateri vidik zdravstvenega sistema se preučuje. To ustvarja močno skušnjava, da lahko dejansko rečemo, da ima Nizozemska »najboljši zdravstveni sistem v Evropi« (EHCI, 2016, str. 6–7).

Treba je poudariti, da nadaljnja razprava vključuje v veliki meri predpostavke izven tega, kar je dejansko možno izpeljati iz rezultatov EHCI. Za Nizozemsko so značilni številni ponudniki zdravstvenega zavarovanja, ki delujejo konkurenčno in pri čemer so ločeni od ponudnikov nege oziroma bolnišnic. Prav tako ima Nizozemska verjetno najboljšo in najbolj strukturirano ureditev za sodelovanje pacientov pri političnih odločitvah v Evropi. Prav tako se je nizozemski zdravstveni sistem lotil nekaterih od tradicionalnih šibkih točk – dostopnosti – z vzpostavitvijo 160 centrov osnovne zdravstvene nege, ki imajo odprte kirurške oddelke 24 ur na dan, 7 dni v tednu. Glede na majhnost države to pomeni enostavno dostopnost za vsakogar. Sledi predpostavka: pomemben učinek na uspešnost nizozemskega zdravstvenega sistema je, da se odločitve v veliki meri sprejemajo s strani zdravstvenih delavcev s sodelovanjem pacientov. Finančne agencije, amaterji s področja zdravstvenega sistema, kot so politiki in birokrati, se zdijo v veliki meri odstranjeni iz operativnih zdravstvenih odločitev, bolj kot v katerikoli drugi državi v Evropi. To bi lahko bil že sam po sebi velik razlog za zmago nizozemskega zdravstvenega sistema v obdobju od 2008 do 2015 (EHCI, 2016, str. 7).

#### **4 PRIMERJAVA SISTEMOV MERJENJA UČINKOVITOSTI V ZDRAVSTVU IN USPEŠNOSTI ZDRAVSTVA**

Pri sistemih za merjenje učinkovitosti poslovanja zdravstva gre dejansko za merjenje kakovosti oziroma uspešnosti v zdravstvu. Znotraj omenjenih sistemov so vključeni kazalci učinkovitosti, ki očitno predstavljajo velik vpliv na kakovost in uspešnost zdravstva. Učinkovitost je torej pomembna temeljna sestavina kakovosti in uspešnosti zdravstvenega sistema in lahko bi rekli, da zasledovanje večje učinkovitosti vodi k večji kakovosti in uspešnosti zdravstva.

Zavedati se moramo, da je zdravstvo posebna panoga, pri kateri ne gre računati na zniževanje kakovosti na račun večje učinkovitosti oziroma zasledovanje učinkovitosti ne bi smelo vplivati na zniževanje kakovosti nudene zdravstvene storitve. Visoka raven kakovosti mora biti ves čas prisotna, saj gre dejansko za življenje ljudi.

Kot je razvidno iz prikaza sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu v izbranih evropskih državah, so sistemi merjenja precej različni. Običajno poleg učinkovitosti merijo tudi različne vidike kakovosti oziroma uspešnosti v zdravstvu. Ravno različnost je tista, ki vsak sistem merjenja dela posebnega ter predstavlja izzive pri njihovi primerjavi. Za primerjavo sistemov učinkovitosti v zdravstvu sem izbrala nekaj ključnih parametrov sistema:

- sistem merjenja,
- v katerih jezikih je poročilo na voljo,
- ažurnost (letnica zadnjega objavljenega poročila),
- metoda merjenja,
- perioda merjenja,
- leto vpeljave sistema,
- število kazalnikov,
- kazalniki (sklopi),
- način prikaza,
- dostopnost,
- mednarodna primerljivost in
- obveznost poročanja.

V Tabeli 8 so povzete ključne lastnosti sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu.

*Tabela 8: Primerjava sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu*

Postavka	Slovenija	Nizozemska	Avstrija	Italija
<b>Sistem merjenja</b>	Kazalniki kakovosti v zdravstvu	Dutch Health Care Performance Report	Ne obstaja uradni sistem na ravni celotne države, imamo parcialne: - Letno poročilo o zdravstveni statistiki (za državni statistični urad bolnišnice poročajo administrativne in klinične podatke, stroške opreme in zaposlenih), - spletni portal DIAG-Extranet (regionalnim zdravstvenim skladom in socialnim zdravstvenim zavarovalnicam omogočen dostop do podatkov o zdravljenju, stroških, zaposlenih in epidemioloških podatkov), - spletna platforma za kakovost <a href="http://www.qualitaetsplattform.at">www.qualitaetsplattform.at</a> (prostovoljna objava informacij o kakovosti managerskih struktur in projektih, povezanih z managementom kakovosti), - Letno poročilo o kakovosti, izdano s strani AUVA - sistem A-IQI s strani regionalnega združenja bolnišnic v Spodnji Avstriji - ki naj bi se vpeljal na nacionalni ravni, - idr.	Sistem PES, razvit s strani toskanske regije, naknadno sprejet v še osmih regijah, nenazadnje sprejet tudi s strani Ministrstva za zdravje

*se nadaljuje*

Tabela 8: Primerjava sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu (nad.)

Postavka	Slovenija	Nizozemska	Avstrija	Italija
<b>Na voljo v jezikih</b>	Slovenski	Nizozemski, angleški	Nemški	Italijanski, angleški
<b>Letnica zadnjega objavljenega poročila</b>	2011	2014	-	2014
<b>Metoda merjenja</b>	Priloga k letnemu poročilu bolnišnic, skupno poročilo s strani Ministrstva za zdravje	Poroča RIVM za Ministrstvo za zdravje	Ni skupnega poročanja na državni ravni (trenutno zgolj pilotni A-IQI)	Poročanje na regionalnih ravneh
<b>Perioda merjenja</b>	Letno	Letno, na spletni strani podatki osveženi na 3 mesece	Glej sistem merjenja	Letno
<b>Leto vpeljave sistema</b>	2006 – priloga k letnemu poročilu bolnišnic	2006	1997 – Letno poročilo o zdravstveni statistiki 2010 – spletna platforma <a href="http://www.qualitaetsplattform.at">www.qualitaetsplattform.at</a> 2009 – sistem A-IQI s strani regionalnega združenja bolnišnic v Spodnji Avstriji	2005 – razvit v toskanski regiji 2008 – sprejet v še osmih regijah
<b>Število kazalnikov (v zadnjem objavljenem poročilu)</b>	45	140	-	Cca. 180 (50 sestavljenih in več kot 130 enostavnih kazalnikov)
<b>Kazalniki</b>	Od leta 2006 javne bolnišnice poročajo kazalnike poslovne učinkovitosti: - finančne kazalnike,	Matrika kazalnikov: 1. dimenzija: perinatalna nega, preventiva, kurativa, življenje z boleznijo, nega v	Različno – glej sistem merjenja.	Šest dimenzij: - zdravstveno stanje prebivalstva, - sposobnost za izvajanje regionalne strategije, - klinična ocena, - zadovoljstvo pacientov, - zadovoljstvo zaposlenih, - operativna učinkovitost in gospodarska in finančna uspešnost.

*se nadaljuje*

Tabela 8: Primerjava sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu (nad.)

Postavka	Slovenija	Nizozemska	Avstrija	Italija
	<p>- kazalnike kadrovskih virov oziroma obremenjenosti kadra,</p> <p>- kazalnike spremljanja učinkovitosti izrabe opremskih virov,</p> <p>- kazalnike spremljanja učinkovitosti izrabe prostorskih virov ter</p> <p>- druge kazalnike.</p> <p>Od leta 2010 – razširjen nabor kazalnikov, izšel tudi Priročnik o kazalnikih kakovosti (opredeljena metodologija spremljanja za 73 kazalnikov s področja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- osredotočenosti na pacienta,</li> <li>- promocije, preventive, primarnega zdravja,</li> <li>- učinkovitosti zdravstvene oskrbe,</li> <li>- varnost pacientov in osebja.</li> </ul> <p>Leta 2013 – prenovljena navodila spremljanja nekaterih veljavnih kazalnikov.</p>	<p>zadnjih letih življenja,</p> <p>2. dimenzija: kakovost (učinkovitost, varnost, odzivnost), dostopnost, stroški.</p>		

*se nadaljuje*



Tabela 8: Primerjava sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu (nad.)

Postavka	Slovenija	Nizozemska	Avstrija	Italija
<b>Način prikaza, dostopnost</b>	Poročilo v pdf, na spletni strani <a href="http://www.mz.gov.si">www.mz.gov.si</a> .	Poročilo v pdf, na spletni strani <a href="http://www.gezondheidszorgbalans.nl">www.gezondheidszorgbalans.nl</a> .	Na posameznih spletnih straneh	Poročilo v pdf, na spletni strani <a href="http://www.meslab-sssip.it">http://www.meslab-sssip.it</a> (potrebna registracija).
<b>Mednarodna primerljivost</b>	9 (20 %)	34 (24 %)	-	Primerljivost na regionalni ravni
<b>Obveznost poročanja</b>	Obvezno	Obvezno	-	Obvezno v 9 regijah

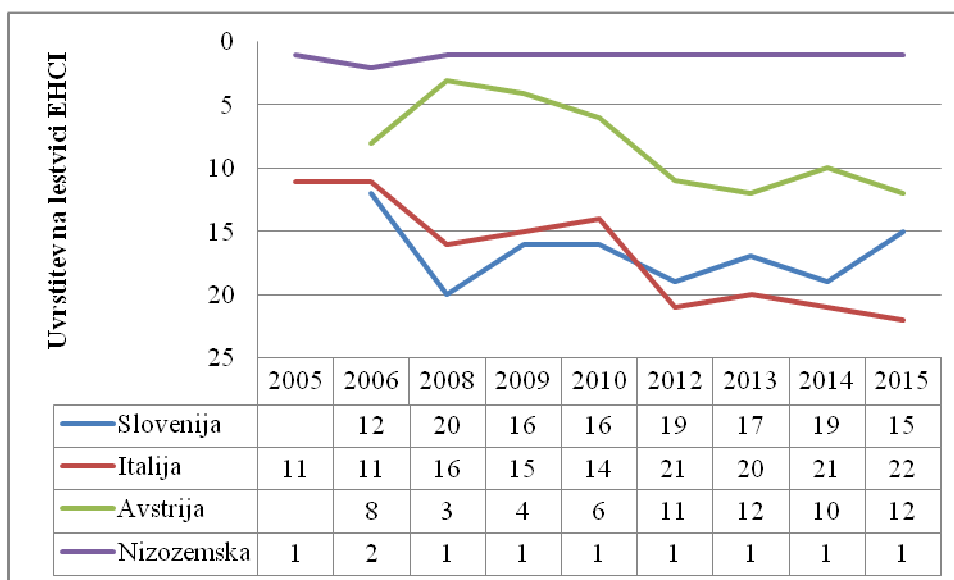
V.d. direktorice Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, asist. dr. Jasna Uranjek, dr. med, ocenjuje, da je v Sloveniji učinkovitost zdravstva pomembnejša od kakovosti. Učinkovit zdravstveni sistem je po njenem mnenju sistem, ki se ne osredotoča le na število, ampak omogoča več kakovostno opravljenih storitev v določenem času. Sistem plačil v Sloveniji podpira bolj številčne kot kakovostne parametre in tudi enkratno cenejše – na primer uporabo cenejše tehnike in materialov, pri katerih pa je rehabilitacija daljša (na drugi strani dražja tehnika in materiali omogočajo hitrejšo rehabilitacijo). Sistem naj bi bil učinkovit takrat, ko lahko s kakovostno obravnavo (kadrovske, materialno in stroškovno) naredimo največ. Pravilna bi bila primerjava učinkovitosti oddelkov posameznih strok med seboj na nacionalni ravni, za regijsko primerjavo je Slovenija premajhna. Merila in kazalci bi morali biti jasno definirani in rezultati javno objavljeni.

Dr. Igor Horvat, nekdanji direktor Splošne bolnišnice Jesenice, pravi, da bi morali imeti za sisteme merjenja učinkovitosti v zdravstvu enotno programsko rešitev, dostopno na ravni bolnišnic. Merjenje kakovosti vidi v opredelitvi posebnih kazalcev učinkovitosti, s katerimi bi merili kakovost zdravstvenih storitev. Pravi, da ne gre strogo ločevati učinkovitosti in kakovosti. Sistem mora biti tako učinkovit kot kakovosten.

Po mnenju direktorice Splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica, prim. Nataše Fikfak, dr. med., spec. int. med. in hemat., je slovenski sistem merjenja kakovosti oziroma učinkovitosti optimalen, vendar malo uporaben, ker je zgolj statističen. Na podlagi kazalcev namreč niso pripravljene ne zaključki ne predlogi izboljšav. Sistem je tako lahko odličen, a če ob tem ni pregleda in priporočil na izboljšanje oziroma popravke, ne more prinašati premikov v kakovostnejši obravnavi. Sistem predstavlja tudi ogromno obremenitev za zavode. Pojasnjuje, da je v javnem zdravstvu glavna omejitev cena storitve, tako da se lahko poveča učinkovitost le z zmanjšanjem časa za neko dejavnost, kar je večinoma povezano z zmanjšano kakovostjo. Pri ureditvi omenjenega izziva je gotovo na prvem mestu strokovnost, to je odlično znanje, ki ga lahko izmerimo s številom strokovnih objav in/ali zadovoljstvom bolnikov, številom posegov in zapletov in kazalniki, ki naj jih določi učiteljski zbor. Gotovo tudi ni enakega merila za vse ravni zdravstva, še najmanj pa je realen in učinkovit takšen kazalec, ki ga izvaja skupina administratorjev državnih inštitucij brez sodelovanja strokovnjakov iz realnosti.

Na podlagi javno objavljenih poročil EHCI so na Sliki 7 prikazane uvrstitve posameznih zdravstvenih sistemov na lestvici uspešnosti v časovnem razdobju od leta 2005 naprej. V letu 2005 Slovenija in Avstrija v poročilo še nista bili vključeni, poročil za leti 2007 in 2011 pa ni na voljo.

Slika 7: Uvrstitve posameznih zdravstvenih sistemov na lestvici uspešnosti EHCI v obdobju 2005–2015



Vir: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index, 2005–2015, 2016b

Slovenija se od leta 2006 prebija na višja mesta na lestvici in se giblje na intervalu med 15. in 20. mestom. Glede na to, da je v letu 2010 izšel Priročnik o kazalnikih kakovosti ter da se kazalnike spremlja tudi na nacionalni ravni, bi lahko sklepali, da ima omenjeno vpliv na trend izboljševanja uspešnosti zdravstva.

Italija je v obdobju od 2006 do 2015 doživela strm padec na lestvici EHCI in to za kar 11 mest, kar bi lahko pripisali dejstvu, da je v Italiji prisotna močna regijska oziroma politična razdrobljenost zdravstvenega sistema ter hkratna odsotnost sistema merjenja učinkovitosti na nacionalni ravni.

Avstrija je podobno kot Italija v obdobju od 2006 do 2015 doživela padec na lestvici EHCI, sicer bolj blag, za 4 mesta. Tudi v Avstriji je prisotna regijska razdrobljenost ter odsotnost sistema merjenja učinkovitosti na nacionalni ravni, kar je lahko povzročilo padec na lestvici.

Nizozemska že od leta 2006 na letni ravni spremlja učinkovitost svojega zdravstvenega sistema, ima dodelano matriko kazalnikov ter veliko mednarodno primerljivih kazalnikov. Prav tako so poročila ažurna in na voljo v angleškem jeziku. Nizozemska je tudi edina

izmed obravnavanih držav, ki ima prav poseben sistem vira financiranja zdravstva – približno 40 % finančnih virov se pridobi iz obveznih pogodbenih zdravstvenih zavarovanj. Za Nizozemsko so značilni številni ponudniki zdravstvenega zavarovanja, ki delujejo konkurenčno in pri čemer so ločeni od ponudnikov nege oziroma bolnišnic. Prav tako ima Nizozemska verjetno najboljšo in najbolj strukturirano ureditev za sodelovanje pacientov pri političnih odločitvah v Evropi. Glede na zapisana dejstva bi lahko sklepali, da imajo na uspešnost zdravstvenega sistema vpliv tako sistem merjenja učinkovitosti, posebna ureditev financiranja zdravstva ter konkurenčno tržno okolje.

## **SKLEP**

Kot je razvidno iz prikazanih sistemov merjenja učinkovitosti v izbranih evropskih državah so sistemi ter kazalniki vse prej kot enotni. Glede na dejstvo, da gre povsod za eno vrsto dejavnosti, tj. zdravstveno oskrbo, bi bilo za pričakovati večjo enotnost pri izbiri kazalnikov. Konec koncev verjetno vsi javni zdravstveni sistemi v Evropi zasledujejo enake cilje, kot so pravočasno, vsem dostopno in učinkovito zdravstveno varstvo.

Še vedno se zdi, da sta zdravstvena in ekonomska stroka na dveh različnih bregovih in dokler se vsi skupaj ne lotijo vpeljave celovitega sistema za zajem in prikaz relevantnih kazalnikov učinkovitosti, bo zdravstvo še vedno zavito v meglo oziroma njegovo poslovanje za javnost netransparentno.

Bolj kot priloge h klasičnim računovodskim letnim poročilom bi morali biti kazalniki učinkovitosti orodje za spremljavo delovanja zdravstvenega zavoda v realnem času in v povezavi z managerskimi orodji direktorjev zdravstvenih zavodov. Kazalniki učinkovitosti bi morali biti kot osnova za nagrajevanje zdravstvenega kadra, ki je pripomoglo k izboljšanju učinkovitosti določenih kazalnikov.

Pri pripravi sistema kazalnikov učinkovitosti je zagotovo treba pogledati dobre prakse doma in v tujini, se je pa potrebno tudi zavedati, da je sistem živa stvar, kar pomeni, da je kazalnike nujno ves čas kontrolirati, ali so še aktualni, in jih po potrebi zamenjevati ali dopolnjevati.

Nizozemski zdravstveni sistem zagotovo predstavlja idealen sistem zdravstva s spletom različnih dejavnikov: izjemen sistem merjenja učinkovitosti, tržno naravnano okolje ter posebna ureditev financiranja zdravstva. Avstrijski zdravstveni sistem sledi Nizozemskemu, vendar ga ovira razdrobljenost zdravstvenega sistema in pomanjkanje učinkovitega sistema merjenja učinkovitosti na nacionalni ravni. Za nami je trenutno edino italijanski zdravstveni sistem, ki ga tako kot avstrijskega ovira razdrobljenost upravljanja zdravstvenega sistema ter pomanjkanje sistema merjenja učinkovitosti na nacionalni ravni.

V samo analizo sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu bi bilo v prihodnosti smotrno vključiti tudi trende v višini financiranja zdravstva na prebivalca, stopnjo umrljivosti prebivalstva ter vsekakor analizo razširiti na vse evropske države, da bi lahko na temeljno raziskovalno vprašanje »Ali države, ki imajo bolj razvit sistem merjenja učinkovitosti v zdravstvu, bolj uspešno dosegajo cilje?« še bolj natančno odgovorili.

## LITERATURA IN VIRI

1. Albreht T., Bavčar P., Brejc P., Fornazarič D., Mesar T., Mrak L., Počkar K., Princes B., Strupi J., Šenkinc A., & Žerjal L. (2008). *Metodologija merjenja učinkovitosti zdravstvenih sistemov na mednarodni ravni*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
2. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. (2009). *Qualitätsbericht 2009, Qualitätsmanagement in Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren*. Najdeno 5. decembra 2011 na spletnem naslovu [https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/700628\\_Qualit%C3%A4sbericht.pdf](https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/700628_Qualit%C3%A4sbericht.pdf)
3. Amon, M., Fuchs, F., Mansky, T., & Nimptsch, U. (2010). *A-IQI: Austrian Inpatient Quality Indicators, Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding*. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.
4. Arah, O. A. (2005). *Performance reexamined, Concepts, content and practice of measuring health system performance* (doktorska disertacija). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Dissertatie.
5. Arah, O. A., Hurst, J., Klazinga, S., & Westert, GP. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(3), 5–13.
6. Bračič, S. (2015). *Zdravstveni sistem in opis*. b.k: Zveza študentov medicine Slovenije.
7. Bugarič, B., Damjan, M., Škraban, B., & Trpin, G. (2010). *Primerjalno pravna analiza pravne organiziranosti zavodov v nekaterih evropskih državah*. Ljubljana: Inštitut za primerjalno pravo pri Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani.
8. Bürgerländische Krankenanstalten GmbH. (2009). *Geschäftsbericht 2009*. Eisenstadt: Bürgerländische Krankenanstalten GmbH.
9. Coelli, T., Battese, G., O'Donnell, C., & Rao, P. (2005). *An introduction to efficiency and productivity analysis, Second edition*. New York: Springer Science+Business Media, Inc.
10. Česen, M. (1998). *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
11. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
12. Dema, H. (2009). *Analiza poslovnega okolja v zdravstvu*. Koper: Fakulteta za management.
13. Despić, O., Portela, M. C. S., & Thanassoulis, E. (2008). *The measurement of productive efficiency and productivity growth*. New York: Oxford University Press.
14. Domittner, B., Geißler, W., & Knauer, C. (2011). *Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten – Bericht über die praktische Qualitätsarbeit*. Dunaj: BIQG/Federal Ministry of Health.
15. Došenovič Bonča, P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

16. Droomers, M., Smits, J. P. J. M., & Westert, G. P. (2002). *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
17. Evropska komisija. (2012). *The 2012 Ageing Report, European Economy*. Bruselj: Evropska komisija.
18. Evropski ekonomsko-socialni odbor. (2014). *Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o učinkovitih, dostopnih in prožnih zdravstvenih sistemih*. Bruselj: Evropski ekonomsko-socialni odbor.
19. Feldstein, M. S. (1967). *Economic analysis for health service efficiency. Econometric studies of the British National Health Service*. Amsterdam: North-Holland.
20. Fende, U. (2007). *Zdravstveno zavarovanje v Sloveniji* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
21. Fried, H. O., Knox Lovell, C. A., & Schmidt, S. S. (2008). *The measurement of productive efficiency and productivity growth*. New York: Oxford University Press.
22. Garel, P. (2010). Učinkovite bolnišnice v Evropi. *Zbornik XVII. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 71–78). Čatež: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
23. Gleichweit, S., Kern, R., & Lerchner, M. (2011). *Sektorenübergreifende Patientenbefragung, österreichweit einheitliche, sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung, Ergebnisse der Befragung 2010/2011*. Vienna: Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen.
24. Health Consumer Powerhouse. (2016a). *Euro Health Consumer Index 2015*. Täby: Health Consumer Powerhouse Ltd.
25. Health Consumer Powerhouse. (2016b). *Euro Health Consumer Index 2005–2015*. Najdeno 1. junija 2016 na spletnem naslovu [http://www.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post\\_type=publications](http://www.healthpowerhouse.com/en/category/euro-health-consumer-index/?post_type=publications)
26. Hrovatin, N. (2001). *Jadranske po nemirnih vodah managementa nevladnih organizacij: Ekonomski vidiki menedžmenta nevladnih organizacij*. Ljubljana: Zavod Radio Študent.
27. Jacobs, R., Smith, P. C., & Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. New York: Cambridge University Press.
28. Kaljanac, E. (2006). *Analiza stroškovne učinkovitosti bolnišnice Topolšica* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
29. Kavčič, M. (2005). *Poskus izdelave uravnoteženega sistema kazalnikov uspešnosti v neprofitni ustanovi – primer Izobraževalnega centra za zaščito in reševanje Republike Slovenije* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
30. Kotnik, J. (2010). Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov. *Zbornik XVII. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 45–52). Čatež: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
31. Kramberger, A. (2006). *Sociološki pogled na zgrešene cilje vladne reforme javnega sektorja*. Ljubljana: Neprofitni management.

32. Kramberger, A. (2009). *Financiranje sistema zdravstvenega varstva v Evropski uniji in v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
33. Kuhar, M. (2007). *Strateško planiranje v slovenskih bolnišnicah* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
34. Kuhar, M., Marušič, D., & Robida, A. (2008). Metodologija za merjenje uspešnosti in učinkovitosti delovanja javnih bolnišnic v Sloveniji. *Bilten: ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 24(2), 45–51.
35. Laboratorio Management e Sanità. (2012). *The Performance Evaluation System of Health Care in Tuscany 2010*. Pisa: Scuola Superiore Sant'Anna of Pisa, Istituto di Management.
36. Laboratorio Management e Sanità. (b.l.). *Performance Evaluation System of Network of Regions*. Najdeno 1. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.meslab.sssup.it/en/index.php?page=network-of-regions>
37. Lampret, T. (2004). *Za starejše višje premije, za mlade pa ugodnosti*. Najdeno 1. junija 2016 na spletnem naslovu [http://www.dnevnik.si/tiskane\\_izdaje/dnevnik/87750](http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/dnevnik/87750)
38. Letica, S. (2003). *Pravičnost, etika in ekonomika v zdravstvu. Metode ekonomskega vrednotenja v zdravstvu ter njihova uporaba doma in v svetu*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
39. Lo Scalzo, A. (2009). Health System in Transition. *Italy: Health System Review*. 11(6).
40. Ministrstvo za zdravje. (2006). *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
41. Ministrstvo za zdravje. (2010a). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
42. Ministrstvo za zdravje. (2010b). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
43. Ministrstvo za zdravje. (2014). *Kazalniki kakovosti v zdravstvu, Letno poročilo 2011*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
44. Ministrstvo za zdravje. (2016). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
45. Mladenovič, Z. (2006). Kako v javnem sektorju zagotoviti merjenje učinkovitosti in uspešnosti? *Zbornik referatov* (str. 17–22). Ljubljana: Računsko sodišče Republike Slovenije.
46. Möderndorfer, J. (2016, 5. februar). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji je najbolj celovit in natančen pregled zdravstva v Sloveniji v zadnjih 15 letih*. Najdeno 8. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.strankasmc.si/predstavitev-analize-zdravstvenega-sistema-v-sloveniji-na-odboru-na-zdravstvo/>
47. Nakrst, K. (2013). *Kaj prinaša danes potrjen interventni zdravstveni zakon?* Najdeno 8. junija 2016 na spletnem naslovu <http://siol.net/novice/slovenija/kaj-prinasa-danes-potrjen-interventni-zdravstveni-zakon-375668>
48. Niederösterreichische Landeskliniken-Holding. (2010). *Bericht 2010, St. Pölten: Landeskliniken-Holding*. Najdeno 5. decembra 2011 na spletnem naslovu

- [http://www.holding.lknoe.at/fileadmin/media\\_data/Bilder/Boxenbilder\\_Startseite\(Inhalte/LKH%20GB%202010\\_WEB\\_einzel.pdf](http://www.holding.lknoe.at/fileadmin/media_data/Bilder/Boxenbilder_Startseite(Inhalte/LKH%20GB%202010_WEB_einzel.pdf)
49. Novela Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 29/1998.
  50. Nuti, S., Seghieri C., & Vainieri M. (2012). *Assessing the effectiveness of a performance evaluation system in the public health care sector: some novel evidence from the Tuscany region experience*. Najdeno 1. junija 2016 na spletnem naslovu <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10997-012-9218-5>
  51. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH. (2009). *Ärztlicher Qualitätsbericht 2009*. Najdeno 10. decembra 2011 na spletnem naslovu [http://www.oeqmed.at/fileadmjin/Downloads/WEB\\_OEQMed\\_Bericht.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmjin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf)
  52. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Health at a Glance: Europe 2010, Summary in Slovenian*. Najdeno 15. julija 2015 na spletnem naslovu <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/9789264090316-sum-sl.pdf?expires=1436987454&id=id&accname=guest&checksum=031CAC2F6C0FE397D321FB01940B40FE>
  53. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing.
  54. Ozcan, Y. A. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation: an assesment using data envelopment analysis (DEA)*. New York: Springer, cop.
  55. Ramič, S. (2013). Iskanje rešitev v sistemu zdravstvenega varstva. *Zbornik 10. festivala raziskovanja ekonomije in managementa* (str. 271–278). Koper: Fakulteta za management.
  56. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2011). *Definitierapport Zorgbalans. RIVM Rapport 260612001/2011*. Bilhoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
  57. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2015). *Dutch Health Care Performance Report 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
  58. Ruppe, G., Schmidt, A. E., & Tarver, L. (2012). *Innovations in Health Care Quality Measurement and Management in Austria*. Dunaj: European centre for social welfare policy and research.
  59. Salzburger Landeskliniken. (2010). *Qualitätsmanagement und Riskmanagement, Status-Vorschau 2010/2011*. Salzburg: Salzburger Landeskliniken.
  60. Simons, R. (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
  61. Smith, P. C. (2012). What is the scope for health system efficiency gains and how can they be achieved?. Eurohealth: Efficiency and healthcare. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 18(3), 3–6.



62. Squires, D. (2012). Explaining High Health Care Spending in the United States: An International comparison of Supply, Utilization, Prices, and Quality. *The commonwealth fund*, 10(1595), 1–14.
63. Stariha, J. (2010). Merjenje uspešnosti javnih zdravstvenih zavodov. *Zbornik XVII. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovodnih delavcev v zdravstvu* (str. 81–91). Čatež: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
64. Steiermärkische Krankenanstalten GmbH. (2009). *Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahme der steiermärkischen Krankenanstalten GmbH*. Graz: Steiermärkische Krankenanstalten GmbH.
65. Štruc, N. (2006). *Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
66. Tajnikar, M. (2003). *Mikroekonomija s poglavji iz teorije cen*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
67. Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH. (2010). *Leistungsbericht 2010*. Innsbruck: Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH.
68. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
69. Trojer, S. (2009). *Presojanje uspešnosti poslovanja domov upokojencev v Sloveniji s finančnimi in nefinančnimi kazalniki* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
70. Tunstal, L. (b.l.). *Backgrounder: The Dutch health care system*. Najdeno 9. junija 2016 na spletnem naslovu <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/20621>
71. Understanding Italy. (b.l.). *Italian National Health Service*. Najdeno 9. junija 2016 na spletnem naslovu <http://www.understandingitaly.com/profile-content/health.html>
72. Unterarbeitsgruppe Qualität. (2010). *Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen, Version 1.0, Mai 2010*. Wien: Bundesgesundheitskommission.
73. Vlahović, D. (2013). *Zdravstvo, kam odšlo si, kje si zdaj?*. Najdeno 1. septembra 2013 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/revolt/zdravstvo/zdravstvo-kam-odslo-si-kje-si-zdaj.html>
74. Vorarlberger Krankenhaus-Betriebs GmbH. (2007). *Versorgung für die Zukunft sichern – Bericht 2007 der Vorarlberger Landeskrankenhäuser*. Feldkirch: Vorarlberger Betriebs GmbH.
75. Winsten, C. B. (1957). Discussion on Mr. Farell's paper. *Journal of Royal Statistical Society Series, Series A*, 120(3), 282–284.
76. World Health Organization EU. (2006a). *Approaching health financing policy in the WHO European region*. Copenhagen: World Health Organization.
77. World Health Organization EU. (2006b). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
78. World Health Organization. (2000). *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
79. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS št. 9/1992*.
80. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS št. 9/1992, 26/1992 popr.*

81. Zdravniška zbornica Slovenije. (2014). *Strateške usmeritve slovenskega zdravstva za izhod iz krize*. Najdeno 9. junija 2016 na spletnem naslovu [www.zdravniskazbornica.si/f/6238/strat-usmer-za-zdravstvo-kzo](http://www.zdravniskazbornica.si/f/6238/strat-usmer-za-zdravstvo-kzo)
82. Zorgbalans. (b.l.) V Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Najdeno 1. septembra 2016 na spletnem naslovu [www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl)

## **PRILOGA**

## **PRILOGA 1: Vprašalnik za polstrukturirane intervjuje**

1. Katere lastnosti sistemov merjenja učinkovitosti v zdravstvu se vam zdijo najbolj pomembne?
2. Kako komentirate sisteme merjenja v predstavljenih 4 državah?
3. Kateri sistem se vam zdi najbolj primeren za Slovenijo oziroma kakšen sistem bi bil za Slovenijo primeren?
4. Kje vidite priložnost za izboljšavo učinkovitosti v slovenskem zdravstvenem sistemu?
5. Morebitne dodatne pripombe/komentarji: