

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

MAGISTRSKO DELO

**MERJENJE USPEŠNOSTI POSLOVANJA ZDRAVSTVENEGA DOMA S
POMOČJO URAVNOTEŽENEGA SISTEMA KAZALNIKOV**

Ljubljana, maj 2006

NATAŠA ŠTRUC

IZJAVA

Študentka Nataša Štruc izjavljam, da sem avtorica tega magistrskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom prof. dr. Maksa Tajnikarja in skladno s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah dovolim objavo magistrskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 15.05.2006

Podpis:

KAZALO

1. UVOD	1
1.1. Oris problematike magistrskega dela	1
1.2. Cilj magistrskega dela	2
1.3. Metodologija in struktura magistrskega dela	2
2. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV	3
2.1. Vzroki za nastanek uravnoveženega sistema kazalnikov	3
2.2. Uravnoveženi sistem kazalnikov	5
2.3. Štirje vidiki uravnoveženega sistema kazalnikov	8
2.3.1. Finančni vidik	8
2.3.2. Vidik poslovanja s strankami	9
2.3.3. Vidik notranjih poslovnih procesov	10
2.3.4. Vidik učenja in rasti	11
2.4. Povezovanje kazalnikov v eno strategijo	13
3. ZDRAVSTVENI SEKTOR	14
3.1. Zdravstveno varstvo	14
3.2. Značilnosti zdravstvenega sektorja	15
3.3. Konkurenca v zdravstvenem sektorju	17
3.4. Udeleženci v zdravstvenem sektorju	18
3.4.1. Udeleženci v zdravstvenem sektorju z vidika ponudbe in povpraševanja	18
3.4.1.1. Ponudbena stran	18
3.4.1.2. Stran povpraševanja	19
3.4.2. Udeleženci v zdravstvenem sektorju z vidika zdravstvene organizacije	20
3.5. Management v zdravstvu	22
4. ZDRAVSTVO V SLOVENIJI	23
4.1. Zdravstveni sistem v Sloveniji	23
4.2. Spremembe v zdravstvenem sistemu v Sloveniji	28
4.3. Strategija slovenskega zdravstva	31

5. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV V ZDRAVSTVENEM SEKTORJU....	33
5.1. Uravnoteženi sistem kazalnikov v javnem sektorju	33
5.2. Uravnoteženi sistem kazalnikov v zdravstvu	35
6. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV V ZDRAVSTVENEM DOMU BLED IN ZDRAVSTVENEM DOMU BOHINJ.....	40
6.1. Predstavitev poslovanja Zdravstvenega doma Bled in Zdravstvenega doma Bohinj ter njegove organizacijske strukture	40
6.2. Uravnoteženi sistem kazalnikov v ZD Bled – ZD Bohinj	45
6.2.1. Poslanstvo, strategija, cilji	47
6.2.1.1. Poslanstvo ZD Bled – ZD Bohinj.....	47
6.2.1.2. Strategija ZD Bled – ZD Bohinj.....	47
6.2.1.3. Cilji ZD Bled – ZD Bohinj	48
6.2.2. Vidik poslovanja s strankami	48
6.2.2.1. Opredelitev strank ZD Bled – ZD Bohinj	48
6.2.2.2. Strategija in cilji za vidik poslovanja s strankami	50
6.2.2.3. Predlogi kazalnikov za vidik poslovanja s strankami.....	51
6.2.3. Finančni vidik	55
6.2.3.1. Prikaz finančnega poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj	55
6.2.3.2. Strategija in cilji za finančni vidik.....	56
6.2.3.3. Predlogi kazalnikov za finančni vidik	57
6.2.4. Vidik notranjih poslovnih procesov	62
6.2.4.1. Prikaz notranjih poslovnih procesov ZD Bled – ZD Bohinj	62
6.2.4.2. Strategija in cilji za vidik notranjih poslovnih procesov	64
6.2.4.3. Predlogi kazalnikov za vidik notranjih poslovnih procesov.....	64
6.2.5. Vidik učenja in rasti.....	67
6.2.5.1. Poslovanje ZD Bled – ZD Bohinj z vidika učenja in rasti	67
6.2.5.2. Strategija in cilji za vidik učenja in rasti	68
6.2.5.3. Predlogi kazalnikov za vidik učenja in rasti.....	69
6.3. Oblikovanje uravnoteženega sistema kazalnikov.....	73
7. SKLEP	78
8. LITERATURA	81
9. VIRI	86

1. UVOD

1.1. Oris problematike magistrskega dela

Organizacije ne delujejo več na trgih, na katerih so imele stalne znane tekmece in kupce, temveč na trgih s hitro spreminjajočo se konkurenco, ki postaja bolj globalna, ima boljše tehnološke dosežke (zlasti na področju informacijske tehnologije), ima manj zveste kupce, saj le-ti lahko izbirajo med ogromnim številom istovrstnih izdelkov različne kakovosti, cen, ravni postrežbe in z njo povezanih storitev. Omenjeno sicer bolj velja v zasebnem sektorju, vendar naj bi z raznimi reformami javnega sektorja tudi le-ta postajal boljši in bolj »prijazen« do svojih »uporabnikov«.

Spremljanje učinkovitosti delovanja v organizacijah postaja ključnega pomena, saj nam le-to pomaga, da vidimo, kam nas vodi sedanje poslovanje. V organizacijah po svetu vedno bolj postajajo pomembna neopredmetena sredstva, to so sredstva, ki niso otipljiva, vendar predstavljajo pomemben del pri določanju vrednosti posamezne organizacije – ne le zasebne, temveč tudi javne. Neopredmetenih sredstev ne moremo spremljati tako kot opredmetenih, saj niso vidna, zato je pomembno, da ima posamezna organizacija vzpostavljen sistem za spremljanje njihovega delovanja. Med neopredmetenimi sredstvi lahko omenimo izkušnje in znanje zaposlenih, dobre poslovne odnose s strankami, dobro organizacijsko klimo med zaposlenimi. Da bi posamezna organizacija povečevala njihovo vrednost, je potrebno vzpostaviti nek sistem, ki bi spremljal njeno poslovanje z vidika učinkovitosti, vendar ne le finančne.

Ena izmed metod za spremljanje učinkovitosti (*ang.* efficiency) poslovanja je tudi uravnoteženi sistem kazalnikov (*ang.* Balanced Scorecard). Ustanovila sta ga dva svetovalca, Robert S. Kaplan in David P. Norton iz Harvarda, prvi članek na to temo sta objavila leta 1992 v reviji Harvard Business Review. Glavni namen omenjene metode je v tem, da organizacija na podlagi točno določene strategije pripravi sistem kazalnikov, ki se nanaša na štiri vidike – vidik poslovanja s strankami, finančni vidik, vidik notranjih poslovnih procesov ter vidik učenja in rasti. Kazalniki, ki jih določi za posamezni vidik, organizaciji predstavljajo pripomoček za spremljanje učinkovitosti, ki jih vodi k doseganju strategije in posledično k zastavljenim ciljem.

Velik pomen spremljanja učinkovitosti se dandanes pojavlja tudi v javnem sektorju. Učinkovitosti v javnem sektorju ne gledamo preko finančne uspešnosti, temveč je tu zelo pomembna kakovostno opravljena storitev za prebivalstvo posamezne države. Javni sektor je danes, zaradi vedno večjih fiskalnih omejitev, pod naraščajočim pritiskom, da mora upravičiti uporabo redkih dobrin in prikazati, da zagotavlja vrednost za davkoplačevalski denar. V

posameznih segmentih javnega sektorja, kar velja tudi za zdravstveni segment, se pojavljajo številne reforme, s katerimi naj bi izboljševali njegovo učinkovitost.

Uravnoteženi sistem kazalnikov ni namenjen organizaciji kot celoti, temveč je pomembno, da ga vzpostavijo posamezne poslovne enote »po meri«, da je dejansko ustvarjen zanje in dejansko meri njihovo učinkovitost. Tako za zdravstveni sistem velja, da prične uvajati uravnoteženi sistem kazalnikov v manjših enotah in ga nadgrajuje v večjih, da lahko na ta način postane bolj učinkovit. Glede na to, da ima Slovenija »zdravstveno domni« sistem, možnost pridobitve zdravstvene storitve na enem mestu, bi bilo primerno pričeti z zdravstvenim domom. Samo uvajanje je podobno kot v zasebnem sektorju, paziti pa je potrebno, da javni sektor na prvo mesto postavlja vidik poslovanja s strankami in ne finančni vidik, kot je to v zasebnem sektorju. Stranke so lahko različne, v zdravstvenem sektorju niso le bolniki in zdravniki, temveč tudi različne zdravstvene organizacije, plačniki, zdravniške organizacije, skupnosti, državne in lokalne oblasti.

Prepričana sem, da je uvedba uravnoteženega sistema kazalnikov v zdravstveni dom možna le v primeru točno definirane strategije, kar trenutno v Sloveniji predstavlja Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (2000).

1.2. Cilj magistrskega dela

Glavni namen magistrskega dela je preverjanje hipoteze, ali je možno, in na kakšen način, v izbranem zdravstvenem domu vpeljati uravnoteženi sistem kazalnikov. Ugotovila bom, kakšno je poslanstvo in strategija zdravstvenega doma, kar bo predstavljalo osnovo za opredelitev nabora finančnih in nefinančnih kazalnikov, ki naj bi zdravstvenemu domu omogočali spremljanje učinkovitosti njegovega, predvsem prihodnjega delovanja.

1.3. Metodologija in struktura magistrskega dela

Metoda, s katero sem poskušala doseči namen magistrskega dela, je prenos teoretičnih spoznanj o uravnoteženem sistemu kazalnikov in delovanju zdravstvenega sistema na splošno, v prakso. Praktični del se, poleg spoznanj o uravnoteženem sistemu kazalnikov, opira na teoretično in praktično poznavanje problema zdravstvenega sistema v Sloveniji, konkretno sem se osredotočila na manjši zdravstveni dom.

Spoznavanje poslovanja zdravstvenega doma sem pričela s pripravo podrobnega vprašalnika, namenjenega vodilnemu osebju zdravstvenega doma, poleg tega pa sem za lažje razumevanje problematike pridobila že obstoječo dokumentacijo. Na podlagi teoretičnega poznavanja

problematike in na podlagi pridobljene dokumentacije ter odgovorov na postavljena vprašanja sem ugotovila, ali je bil namen magistrskega dela dosežen.

Magistrsko delo je sestavljeno iz treh delov. Prvi del (drugo poglavje) zajema predstavitev samega uravnoveženega sistema kazalnikov, od njegovega nastanka in do koristi, ki jih le-ta prinaša. Podrobneje sem predstavila vse štiri vidike sistema kazalnikov – finančni vidik, vidik poslovanja s strankami, vidik notranjih poslovnih procesov ter vidik učenja in rasti.

V drugem delu (tretje, četrto in peto poglavje) predstavljam delovanje zdravstvenega sektorja na splošno, nato sem se osredotočila na njegovo delovanje v Sloveniji. Na podlagi poznavanja uravnoveženega sistema kazalnikov, ki je predstavljen v drugem poglavju, ter na podlagi izkušenj drugih zdravstvenih institucij po svetu, sem poskušala v petem poglavju povzeti delovanje uravnoveženega sistema kazalnikov v zdravstvu.

V tretjem, praktičnem delu (šesto poglavje) sem se osredotočila na izbrani zdravstveni dom, kjer sem skušala spoznati, v kolikšnem obsegu in na kakšen način že spremljajo učinkovitost njegovega delovanja ter predvsem na spoznavanje njegove strategije. Omenjene informacije in teoretična podlaga so mi pomagali pri določanju kazalnikov, s katerimi naj bi zdravstveni dom spremljal svojo uspešnost. Rezultati omenjenega spremljanja uspešnosti naj bi pripomogli k učinkovitejšemu delovanju v prihodnosti, kar naj bi se odražalo predvsem v zadovoljstvu zaposlenih in bolnikov.

V zadnjem, zaključnem delu magistrskega dela sem podala ugotovitev, na kakšen način je možno (če je sploh možno) vpeljati uravnoveženi sistem kazalnikov v izbrani zdravstveni dom.

2. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV

2.1. Vzroki za nastanek uravnoveženega sistema kazalnikov

Podjetja se že nekaj desetletij nahajajo v informacijski dobi, ki daje poudarek storitvenim dejavnostim (finance, zdravstvo, prevoz, telekomunikacije). V industrijski dobi so izkoriščala ekonomijo obsega (vpeljevala novo tehnologijo), kar jim je omogočalo masovno proizvodnjo standardnih proizvodov, sedaj pa se je pojavila potreba po dodatnih zmožnostih za doseganje konkurenčnega uspeha. Kaplan in Norton (1996, str. 3), kot tudi mnogi drugi avtorji (Kenton, 2005a, Ložar, 2003a), poudarjajo, da imajo danes, v informacijski dobi, velik pomen za delovanje storitvenih podjetij neopredmetena sredstva. Njihov vpliv sega na odnose s strankami, razvoj inovativnih proizvodov in storitev, izkoriščanje znanja in izkušenj

zaposlenih ter razvijanje informacijske tehnologije, baz podatkov in sistemov. Veliko neopredmetenih sredstev ima potencial za povečevanje vrednosti podjetja, mednje lahko uvrščamo intelektualno lastnino, poslovne procese, specialistična znanja, izkušnje zaposlenih in mnoge druge, ki se ne pojavljajo v bilancah stanja. Glavna naloga podjetnikov in investorjev je, da morajo ugotoviti, kako opredeliti neopredmetena sredstva, ki pripomorejo k dodajanju vrednosti, kako jih meriti, da bi razumeli vrednost, ki jo ustvarjajo (Kenton, 2005a).

Kaplan in Norton (2001, str. 15) dajeta velik pomen strategijam, osnovanih na znanju, ki aktivirajo neopredmetena sredstva organizacije. Današnje gospodarstvo, kjer so neopredmetena sredstva postala glavni vir konkurenčne prednosti, zahteva orodja, ki opisujejo sredstva, osnovana na znanju, in strategije, namenjene ustvarjanju vrednosti, ki jih omogočajo ta sredstva. Brez takšnih orodij imajo podjetja težave z upravljanjem nečesa, česar ne morejo opisati in meriti.

Tudi mnogi drugi managerji ugotavljajo, da se je s širjenjem proizvodnih procesov, z nastankom novih organizacijskih struktur in kazalnikov uspešnosti poslovanja ter ob večanju konkurenčnega boja pojavila potreba po proučevanju nefinančnih kazalnikov; najprej na področju notranjih procesov v kontrolne namene, nato tudi na področju zunanjih procesov. Hočevar (2003, str. 2-3) meni, da naj se managerji ne osredotočajo le na finančne kazalnike, ki imajo sami po sebi slabosti, kot so kratkoročnost merjenja, premajhna osredotočenost na neopredmetena sredstva in prikrojevanje podatkov.

Kaplan in Norton (Weber, 2002, str. C1-1) sta prišla do zaključka, da »tradicionalne metode merjenja vrednosti enostavno ne delujejo«. Tudi onadva menita, da je glavni problem v tem, da se vodilni osredotočajo predvsem na finančne kazalnike, kar je lahko nevarno in ne zadostuje za oblikovanje »prihodnje ekonomske vrednosti« podjetja, ključ do uspeha imajo tiste organizacije, ki znajo razviti in uporabljati neopredmetena sredstva. S finančnimi merili ne moremo primerno določati nebilančnih faktorjev, kot so izkušnje, pristojnosti in motivacija zaposlenih, baz podatkov in informacijska tehnologija, učinkovit in fleksibilen operativni proces, inovacije produktov in storitev, zvestoba kupcev.

Pravilno izbran sistem merjenja uspešnosti delovanja organizacije močno vpliva na vedenje ljudi, tako zunaj, kot znotraj organizacije. Zanj je pomembno, da temelji na strategiji organizacije, današnje organizacije pa morajo biti strateško in poslovno uspešne, če želijo preživeti in se soočiti z jutrišnjimi izzivi. Eden izmed pripomočkov, s katerim lahko dosežemo zahtevano ravnovesje med strategijo in poslovanjem, je uravnoteženi sistem kazalnikov (Rohm, 2005).

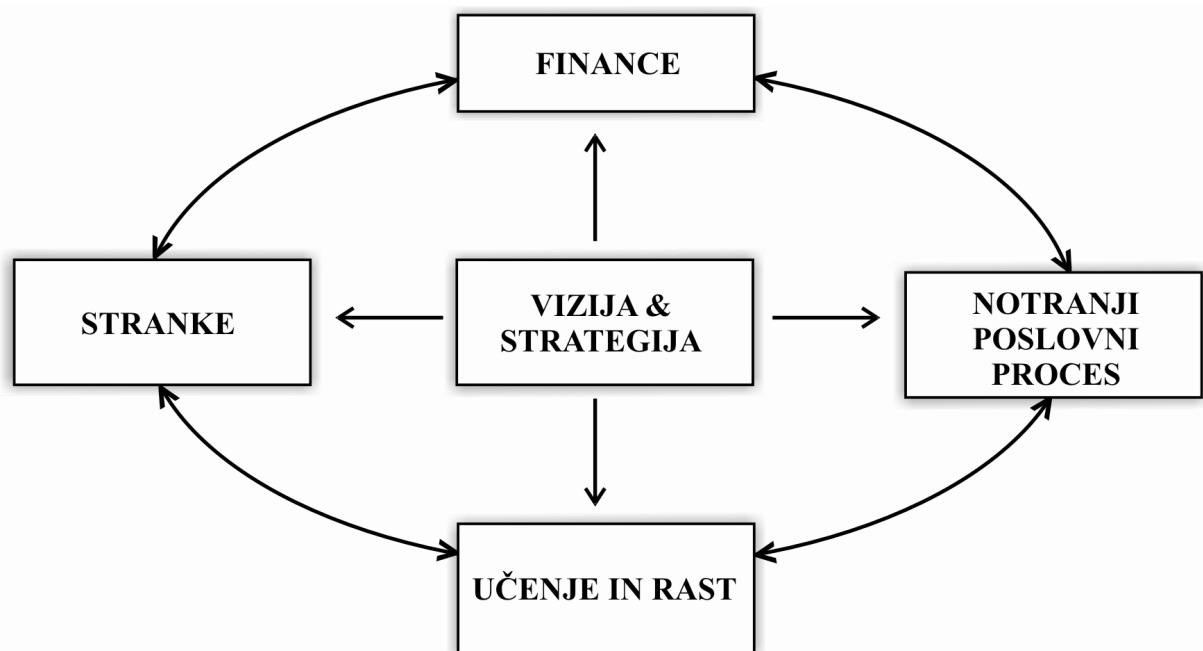
2.2. Uravnoteženi sistem kazalnikov

Glavna ustvarjalca ideje uravnoteženega sistema kazalnikov, ki je bila prvič izdana leta 1992 v Harvard Business Review, sta bila Robert S. Kaplan in David P. Norton. V njej sta zaključila, da je uravnoteženi sistem kazalnikov zasnovan kot nov, strateški način merjenja uspešnosti (*ang.* effectiveness) poslovanja podjetja kot celote. Finančne kazalce dopolnjuje na ravni podjetja z nefinančnimi, merjenje uspešnosti pa navezuje na uresničevanje strategije podjetja. Predvsem pa je pomembno, da v enem izkazu uravnoteženo združuje strateško pomembne razsežnosti vsakega poslovnega procesa: kako upravičiti zaupanje lastnikov, kako zadovoljiti kupce, kako izvajati procese v podjetju in kako informacijsko, organizacijsko in razvojno poskrbeti, da bo načrtovano delovalo (Rejc, 2003, str. 117).

Avtorja vidita organizacijsko poslovanje v okviru štirih vidikov, od katerih vsak vsebuje nekaj kazalnikov (Olve, Sjöstrand, 2002, str. 7-8):

- finančni vidik,
- vidik poslovanja s strankami,
- vidik notranjih poslovnih procesov ter
- vidik učenja in rasti.

Slika 1: Uravnoteženi sistem kazalnikov za zasebni sektor



Vir: Rohm, 2005

Osnova, ali vsaj del osnove, za uravnoteženi sistem kazalnikov je vizija in strategija podjetja. Slika 1 kaže povezavo med ključnimi deli sistema kazalnikov, značilno za zasebni sektor – vizijo, strategijo in vidiki. Ravnovesje je doseženo, ko so vsi štirje vidiki in vizija usklajeni s poslovno strategijo ter poslovanjem organizacije (Rohm, 2005).

Uravnoteženi sistem kazalnikov je najučinkovitejši takrat, ko ga uporabimo kot podlago za izvajanje sprememb v organizaciji. Potrebo po spremembah managerji posredujejo tako, da za obdobje treh do pet let določijo cilje za kazalnike v sistemu, katerih doseganje bo preoblikovalo organizacijo. Uravnoteženi sistem kazalnikov uporablja omejeno število kazalnikov (navadno 15-20), ki prikazujejo poslovanje glede na faktorje uspeha. Glavni vidik uravnoteženega sistema kazalnikov je namerna izbira nabora kazalnikov, s katerimi se doseže cilj, določen v strategiji podjetja. Čeprav povezave med posameznimi vidiki niso vedno prikazane, predstavljajo pomemben del pri razvoju in uporabi uravnoteženega sistema kazalnikov. Kot kazalnik navadno razumemo opis nečesa, prikazan s številkami, besedami ali simboli. Ponavadi ta opis zadeva trenutno ali želeno (cilj) stanje nečesa. To je pomembno, ker je uspeh uravnoteženega sistema kazalnikov odvisen od njegove uporabnosti in ne oblike (Olve, Sjöstrand, 2002, str. 9).

Uravnoteženi sistem kazalnikov je večdimenzionalni okvir za opisovanje, implementiranje in upravljanje strategije na vseh ravneh organizacije s povezovanjem ciljev, pobud in meril s strategijo in poslanstvom organizacije. Sistem prikazuje celovito uspešnost organizacije. Od prvega pojava uravnoteženega sistema kazalnikov v začetku leta 1992, je ta pristop prevzelo mnogo podjetij in državnih institucij. Ustanovitelja Kaplan in Norton (1996, str. 8) ga opredeljujeta kot lahko razumljiv koncept, s katerim opisujemo ambicije ali dosežke organizacije. Poleg tega je uporaben za komunikacijo glede strateških namenov, ko podjetje potrebuje vključevanje managerjev in zaposlenih za dogovarjanje o aktivnostih, ki so potrebne za doseganje strateških ciljev (razvoj pristojnosti, odnosi s strankami in informacijska tehnologija) ter odločanje o tem, kakšne bodo njihove koristi v prihodnosti in kontroliranje ter nagradjevanje teh aktivnosti. Olve, Roy in Wetter (1999, str. 5-7) pa ugotavljajo, da uravnoteženi sistem kazalnikov temelji na treh časovnih dimenzijah – včeraj, danes in jutri, z njegovo pomočjo postane osredotočanje podjetja širše in pomembna postane kontrola ključnih nefinančnih kazalnikov.

Mnenje o uravnoteženem sistemu kazalnikov so podali tudi mnogi drugi avtorji. Shutt (2003) na primer pravi, da se uravnoteženi sistem kazalnikov ne uporablja za kontrolo obnašanja ali ocenjevanje preteklega delovanja, temveč za izobraževanje in pospeševanje poslovne strategije in doseganje z strategijo povezanih ciljev. Preko takšnega vpeljevanja bo management identificiral in se odzval na potrebe strank in vzpodbudil izboljšanje kvalitete. Dimovski (2002) poudarja, da je uravnoteženi sistem kazalnikov vsestranski managerski sistem kontrole, ki tradicionalne finančne kazalnike uravnoteži z operativnimi kazalniki,

povezanimi s kritičnimi faktorji uspeha. Glavna prednost je združevanje štirih vidikov poslovanja, kot so finančni vidik, poslovanje s strankami, notranji poslovni procesi ter učenje in rast. Poleg tega strateški plan zagotavlja okvir, ki pomaga oblikovati delo zaposlenih, vsaki osebi dovoljuje merjenje individualnega delovanja in daje podatke o spremembah takoj, ko se delovanje poveča (Campbell, 2002, str. A3-1-2).

Rohm (2005) ga opredeljuje kot managerski sistem, ki se lahko uporablja v katerikoli organizaciji, ne glede na velikost, le da prilagodi svojo vizijo in poslanstvo potrebam strank, zmore ovrednotiti poslovno strategijo, kontrolira napredek na področju učinkovitosti, nadgradi poslovne kapacitete in poroča o napredku svojim zaposlenim. Uravnoteženi sistem kazalnikov je najbolje opredeliti za strateške poslovne enote, vendar je pomembno, da mora imeti organizacijska enota (oziroma bi morala imeti) strategijo, stranke (notranje in zunanje) in notranje procese, ki ji omogočajo izpolnjevanje njenega poslanstva in strategije. Če jih ima, je enota upravičena do uravnoteženega sistema kazalnikov (Kaplan, Norton, 1996, str. 36).

Danes uravnoteženi sistem kazalnikov uporablja več kot polovica od 1000 podjetij, ki jih Fortune uvršča med najuspešnejša, po mnenju nekaterih (Schatz, 2000, str. 4) je uravnoteženi sistem kazalnikov najučinkovitejše in najuspešnejše sredstvo za posredovanje podatkov do najnižje stopnje. Primerjava slovenskih podjetij z multinacionalkami je pokazala, da imajo slovenska podjetja od 5 do 15 let zaostanka pri vpeljavi sodobnih sistemov vodenja. Ker hočejo zaostanek v zadnjem času hitro nadoknaditi, sodobne sisteme vpeljujejo preveč površno in premalo sistematično. Uravnoteženi sistem kazalnikov je postal v tujini priljubljen leta 1992, v Sloveniji pa po letu 2000, ko je imel idejni ustanovitelj uravnoteženega sistema kazalnikov, Robert S. Kaplan, pri nas predavanje (Ložar, 2003). Omenila bi le to, da je leta 2004 Skupina Aktiva prejela nagrado, ki jo podeljujeta Balanced Scorecard Collaborative, Inc. in harvardska poslovna šola, ter je bila prva v Sloveniji, ki je leta 1999 pričela uvajati model uravnoteženega sistema kazalnikov.

V literaturi in strokovnih člankih je mogoče zaslediti precej zagovornikov uravnoteženega sistema kazalnikov, nekaj pa je tudi skeptikov. Nekateri avtorji trdijo, da ni popoln, drugi, da mu manjka skladnosti s teorijo obnašanja podjetja. Poleg tega je bilo opravljenih zelo malo empiričnih raziskav, ki bi dokazale, da uravnoteženi sistem kazalnikov podjetjem pomaga dosegati boljše poslovanje (Rejc, 2004, str. 367). Skeptiki opozarjajo (Schatz, 2000, str. 6), da morajo postati kazalniki prihodnosti usklajeni s konceptom nove ekonomije ter omogočati preobrat na pristop, ki temelji na vrednosti ob resničnem povezovanju meril elektronskega poslovanja s tradicionalnimi merili.

2.3. Štirje vidiki uravnoveženega sistema kazalnikov

Štirje vidiki sistema kazalnikov omogočajo ravnotežje med kratkoročnimi in dolgoročnimi cilji, med objektivnimi in subjektivnimi merili. Množica kazalnikov nas lahko samo zmede, zato je namen pravilno vzpostavljenega uravnoveženega sistema kazalnikov usmerjenost k doseganju strategije podjetja s pomočjo štirih vidikov – finančnega vidika, vidika poslovanja s strankami, vidika notranjih poslovnih procesov ter vidika učenja in rasti.

2.3.1. Finančni vidik

Uravnoveženi sistem kazalnikov ima finančni vidik, ker so finančni kazalniki pomembni za povzemanje ekonomskih posledic dejanj, ki so že bila storjena. Finančni kazalniki kažejo, ali strategija podjetja in izbrani nefinančni kazalniki za doseganje strateških ciljev prispevajo k boljšemu finančnemu stanju podjetja (Rejc, 1998, str. 498). Kazalniki, ki najbolj pojasnjujejo uspešnost podjetja z denarnimi enotami, so: dobiček iz poslovanja, dobičkonosnost sredstev, dobičkonosnost kapitala, rast prodaje in ustvarjanje denarnih pritokov (Hočevnar, 2003, str. 3).

Pri finančnem vidiku je pomembno, da organizacija ve, v katerem poslovnem ciklu se nahaja, saj se finančni cilji razlikujejo za posamezno fazo poslovnega cikla. Poslovni cikel je sestavljen iz treh faz: rasti, zrelosti in upadanja. Ko organizacija ugotovi, v kateri od faz se nahaja, se lahko management odloči, ali bi določene finančne spremembe izboljšale položaj organizacije v prihodnosti (Shutt, 2003). Za vsako od treh razvojnih stopenj Kaplan in Norton (Harej, 2003, str. 12) podajata tri finančne usmeritve, ki ženejo poslovno strategijo organizacije, in sicer rast in sestava prihodkov (novi izdelki in storitve z višjo dodano vrednostjo, nove stranke oziroma trgi ter spremembe programa), zmanjševanje stroškov (npr. zmanjšanje stroškov na enoto dela, absolutno zmanjšanje administrativnih stroškov) ter izbira sredstev oziroma naložbena strategija (usmerjanje novih poslov in sredstev, ki trenutno niso izkoriščeni).

V okviru finančnega vidika nam morajo biti znana pričakovanja lastnikov z vidika rasti in dobičkonosnosti, kakšna so sprejemljiva finančna tveganja (Olve, Roy, Wetter, 1999, str. 60). Finančni cilji in kazalniki imajo dvojno vlogo, in sicer definiranje finančnega delovanja na podlagi strategije in služiti kot končni cilj za cilje in kazalnike drugih vidikov uravnoveženega sistema kazalnikov (Kaplan, Norton, 1996, str. 25-26).

2.3.2. Vidik poslovanja s strankami

Vidik poslovanja s strankami v okviru uravnoveženega sistema kazalnikov kaže zmožnost organizacije zagotoviti kvalitetne produkte in storitve, učinkovito dostavo in celotno opravljanje storitev ter zadovoljevanje stranke (Guide to a Balanced Scorecard Performance Management Methodology, 2005). Pomembnejši kazalniki so zadovoljstvo kupcev, ohranjanje kupcev, prihod novih kupcev, dobičkonosnost kupcev ter tržni delež v ciljnih segmentih.

Kazalniki vidika poslovanja s strankami zagotavljajo povratno informacijo o tem, kako uspešna je organizacija. Samo doseganje primernih rezultatov na področju zadovoljstva strank ni dovolj za doseganje visoke stopnje zvestobe, za ohranjanje strank in visoko dobičkonosnost. Kadar stranke ocenijo svoj nakup za povsem ali izredno zadovoljliv, lahko neko podjetje računa na ponoven strankin nakup (Harej, 2003, str. 15).

Podjetja navadno izberejo dva tipa kazalnikov za vidik poslovanja s strankami. Prvi tip so splošni kazalniki ali osnovna skupina kazalnikov, ki jih uporabljajo tako rekoč vsa podjetja. Drugi tip kazalnikov so kazalniki uspešnosti, po katerih se podjetje loči od tekmecev, rezultatov pri poslovanju s strankami. Osnovna skupina kazalnikov vidika poslovanja s strankami vsebujejo naslednje kazalnike (Kaplan, Norton, 1996, str. 68):

- tržni delež,
- zvestoba strank,
- pridobivanje strank,
- zadovoljstvo strank ter
- dobičkonosnost strank.

Ponudba za stranke je ključna za razumevanje osnovne skupine kazalnikov zadovoljstva, pridobivanja, zvestobe, dobičkonosnosti in tržnega deleža strank. Opredeljevanje ponudbe, ki jo bodo organizacije ponudile ciljnim segmentom, postane ključ za oblikovanje ciljev in kazalnikov vidika poslovanja s strankami. Ta ponudba mora določati, kako naj se organizacija razlikuje od konkurence, da bi ohranila in pritegnila ciljne kupce in poglobila odnose z njimi. Da to lahko dosežejo, morajo upoštevati kazalnike uspešnosti (Kaplan, Norton, 1996, str. 73-75):

- lastnosti proizvodov, storitev,
- odnos s strankami ter
- podobo in ugled.

Vidik poslovanja s strankami mora biti v skladu z notranjimi poslovnimi procesi in razvojem podjetja. Če podjetje ne bi dalo na trg novih proizvodov in storitev, ki bi stroškovno in

učinkovito zadovoljile potrebe stranke na dolgi in kratki rok, podjetje ne bi doseglo zadostnega nivoja prihodkov (Olve, Roy, Wetter, 1999, str. 61).

2.3.3. Vidik notranjih poslovnih procesov

Vidik notranjih poslovnih procesov se osredotoča na rezultate notranjega poslovanja, ki vodijo k finančnemu uspehu in zadovoljnim strankam. Zaradi tega sledi finančnemu vidiku in vidiku poslovanja s strankami, saj takšen vrstni red uvedbe uravnoteženega sistema kazalnikov v organizaciji omogoča, da usmerijo kazalnike uspešnosti notranjih poslovnih procesov na tiste procese, ki bodo izpolnili cilje poslovanja s strankami in cilje delničarjev oziroma lastnikov (Kaplan, Norton, 1996, str. 94). Da bi podjetje doseglo cilje organizacije in pričakovanja strank, mora identificirati ključne poslovne procese (Guide to a Balanced Scorecard Performance Management Methodology, 2005). Ti procesi omogočajo poslovni enoti, da opredeli ponudbo, ki bo pritegnila kupce in jih ohranila na ciljnem tržnem segmentu in zadovolji pričakovanja lastnikov po visokih finančnih donosih. Kazalniki notranjih poslovnih procesov so osredotočeni na tiste notranje procese, ki imajo največji vpliv na zadovoljstvo strank in doseganje finančnih ciljev (Hočevvar, 2003, str. 4).

Dober opis vidika notranjih poslovnih procesov je Porterjeva veriga vrednosti. Model prikazuje vse procese podjetja, od analize potreb strank do dostave produkta oziroma storitve. Ti procesi so natančno analizirani, bistvo tega je, da vsak proces neposredno ali posredno ustvarja vrednost za stranko. Proces mora biti opisan z vidika stroškov, procesnega časa, zagotovljene kvalitete. Rezultat predstavlja osnovo za izbiro načina merjenja procesa (Olve, Roy, Wetter, 1999, str. 62).

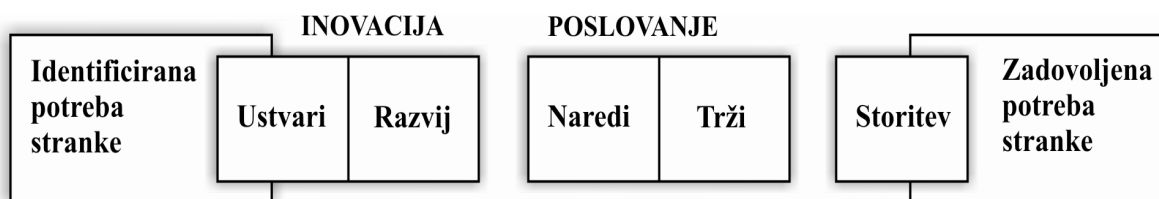
Kaplan in Norton (1996, str. 96-107) v svojem delu priporočata, naj organizacije za uravnoteženi sistem kazalnikov opredelijo verigo vrednosti notranjih poslovnih procesov, po naslednjem vrstnem redu (Slika 2):

- proces inovacij, s katerim se v organizaciji ugotavlja obstoječe potrebe strank in s katerimi se razvijajo nove rešitve, ki zadovoljujejo te potrebe (tržne raziskave, oblikovanje in razvoj proizvoda/storitve);
- operativni proces, v katerem podjetje dostavi izdelke in storitve strankam (proces od prejema naročila do dostave proizvoda/storitve);
- proces poprodajne storitve, ko po opravljenem nakupu podjetje stranki ponudi še storitve, ki povečujejo vrednost kupljenega izdelka ali storitve (jamstva, popravila napak, pritožbe, obdelava plačil na primeru plačila s kreditno kartico).

Danes organizacije črpajo svoje konkurenčne prednosti iz nepretrganega toka inovativnih izdelkov in storitev, kar pomeni, da je proces raziskav in razvoja postal pomembnejši člen

verige vrednosti poslovanja, kot v preteklosti. Uspeh procesa raziskav in razvoja morajo organizacije spodbujati in ovrednotiti s posebnimi cilji in kazalniki (Kaplan, Norton, 1996, str. 99). Shutt (2003) meni, da se uravnoteženi sistem kazalnikov razlikuje od tradicionalnih strategij, ker nadzira in izboljšuje obstoječe poslovne procese na način, da prisili organizacijo, da le-ta določi popolnoma nove procese, ki zadevajo stranke in finančne cilje, ter jih vključi v kratkoročne poslovne cikle. Uveljavljanje novih procesov v nove oddelke je način, s katerim lahko dosežemo cilje organizacije.

Slika 2: Veriga vrednosti notranjega poslovnega procesa



Poslovni proces

Proces inovacij:

- Oblikovanje proizvoda
- Razvoj proizvoda

Proces poslovanja:

- Proizvodnja
- Marketing
- Poporodajne storitve

Vir: Kaplan, Norton, 1996, str. 27

2.3.4. Vidik učenja in rasti

Četrti in zadnji vidik uravnoteženega sistema kazalnikov se nanaša na učenje in rast. Medtem ko vidik poslovanja s strankami in vidik notranjih poslovnih procesov identificirata pomembne faktorje za sedanji in prihodnji uspeh, vidik učenja in rasti pomaga organizaciji pri določanju, kakšne kapacitete bi bile potrebne, da bi dosegli zahtevano vrednost s strani prihodnjih strank in udeležencev (Shutt, 2003). Močna globalna konkurenca zahteva, da podjetja neprestano izboljšujejo svoje kapacitete za zadovoljevanje strank in lastnikov (Kaplan, Norton, 1996, str. 28-29).

V okviru vidika učenja in rasti mora podjetje skrbeti, kaj je potrebno storiti za razvoj zahtevanega znanja, ki je potreben za zadovoljitev potreb strank, hkrati pa mora imeti zahtevano učinkovitost in produktivnost procesov, ki ustvarjajo vrednost za stranke. Pri tem je pomembno, da podjetje določi glavna področja, katera naj bi bila osnova za prihodnji razvoj podjetja. Kot posledico omenjene strateške odločitve, mora tudi določiti, kako obdržati znanje,

ki je še vedno pomembno na področjih, ki niso opredeljena kot glavna (Olve, Roy, Wetter, 1999, str. 65).

Učenje in rast izhajata iz treh glavnih virov – ljudi, sistemov in organizacijskih postopkov. Finančni vidik, vidik poslovanja s strankami in vidik notranjih poslovnih procesov uravnoteženega sistema kazalnikov razkrivajo velike vrzeli med obstoječimi kapacitetami ljudi, sistemi in postopki ter zahtevami za doseganje rasti poslovanja. Za zapolnitev teh vrzeli morajo podjetja investirati v izobraževanje zaposlenih, uvajanje nove tehnologije in sistemov ter oblikovanje postopkov in poteka dela (Kaplan, Norton, 1996, str. 28-29).

Tabela 1 prikazuje, kako je vidik učenja in rasti razdeljen na tri pomembne kategorije. Vsaka od njih ima točno določen namen in kazalnike (ki se od podjetja do podjetja razlikujejo).

Tabela 1: Posamezne kategorije vidika učenja in rasti

Kategorija	Namen	Kazalnik
<i>Sposobnost zaposlenih</i>	Organizacije potrebujejo dodatno usposabljanje za svoje zaposlene, da le-ti začnejo kreativno razmišljati v smeri doseganja ciljev organizacije.	zadovoljstvo zaposlenih, ohranjanje zaposlenih v organizaciji, produktivnost zaposlenih.
<i>Zmogljivost informacijskih sistemov</i>	Če želimo, da zaposleni uspešno delujejo v današnjem konkurenčnem okolju, potrebujejo dobre informacije o strankah, notranjih poslovnih procesih in finančnih posledicah odločitev. Vodilni zaposleni morajo biti informirani o tem, v kateri segment posamezna stranka spada, tako da lahko ocenijo, kakšen napor morajo vložiti, da zadovoljijo stranko.	hitrost dostopnosti do želenih podatkov točnost zahtevanih podatkov.
<i>Motivacija, avtonomnost in usklajevanje</i>	Tudi najboljše kvalificirani zaposleni, ki jim organizacija zagotavlja izvrsten dostop do informacij, ne bodo prispevali k uspehu organizacije, če ne bodo motivirani za delovanje v najboljšem interesu organizacije in če ne bodo svobodni pri sprejemanju odločitev in delovanju.	število zamisli na zaposlenega, število uresničenih zamisli.

Vir: Kaplan, Norton, 1996, str. 127-139

2.4. Povezovanje kazalnikov v eno strategijo

Eno najtežjih opravil je povezovanje kazalnikov v vzročno-posledične sheme, prek katerih predstavimo, kako podjetje ustvarja vrednost in dosega finančno uspešnost.

Kaplan in Norton (1996, str. 148-150) opredeljujeta, da so za povezovanje vseh kazalnikov v eno strategijo potrebni trije principi:

- vzročno-posledični odnos je odnos, ki je izražen z vrsto če-potem stavkov, s katerimi lahko pripravimo strategijo poslovne enote. Le-ti omogočajo povezavo med cilji (in kazalniki) iz različnih vidikov, da jih podjetja lahko obvladujejo. Vsak kazalnik uravnoveženega sistema kazalnikov mora biti sestavni del verige vzročno-posledičnih razmerij, ki posredujejo pomen strategije poslovne enote za organizacijo;
- dober uravnovežen sistem kazalnikov mora vsebovati ustrezen splet želenih rezultatov (kazalniki z zamikom, *ang.* outcome measurement) in vodil (ciljev, *ang.* driver measurement) poslovanja (vnaprejšnji kazalniki), ki so prilagojeni strategiji poslovne enote;
- povezava s financami pomeni, da mora uravnovežen sistem kazalnikov ohraniti pomemben poudarek na rezultatih, še posebej finančnih, kot so na primer donos na zaposleni kapital ali ekonomska dodana vrednost (*ang.* Economic Value Added).

Rejc (2003, str. 117) opozarja na to, da je težko povezovati kazalnike v eno strategijo, saj poslovni procesi ne potekajo vedno enako, temveč tudi, da je pogosto vprašljivo, ali res drži enopomenski vzročno-posledični odnos med štirimi vidiki in kazalci, in če že drži, ni vedno jasno, kakšna bo njegova časovna razsežnost. V praksi je zaporedje dogodkov in procesov tudi drugačno: kupci so nezadovoljni s kakovostjo izdelkov, v podjetju je treba izboljšati kakovost proizvodnega procesa, nujno je dodatno usposabljanje zaposlenih in/ali nova tehnologija. Zaradi vlaganj bodo narasli stroški, poslovna uspešnost se bo kratkoročno zmanjšala. Šele ob ponovnih nakupih in zadovoljstvu kupcev, nato pa ponovljenih nakupih in dobrem glasu se bo dolgoročno poslovna uspešnost povečala. Pomembno je torej, koliko časa bo v resnici potrebno, da se uresniči predvidena zveza.

Castaneda-Mendez (1999) trdi, da so kazalniki potrebni za testiranje različnih vzročno-posledičnih odnosov na nivoju organizacije, procesa in posameznika. Opredeljuje tri vzročno-posledične odnose, katere mora upoštevati vsaka organizacija, ki prevzame uravnoveženi sistem kazalnikov.

Prvi odnos je odvisnost znotraj organizacije ter med strankami in zaposlenimi. Ta medsebojna odvisnost je slabša, ko ena ali več strani ne pozna vrednosti druge strani, oziroma meni, da je neučinkovita. Organizacije morajo to odvisnost krepiti z integriranjem in vzpostavljanjem strukture, procesov, rezultatov, kvalitete in stroškov.

Drugi vzročno-posledični odnos, ki ga morajo organizacije testirati, je strateški plan. Na primer Kaplan in Norton definirata strategijo, kot hipotezo o vzročno-posledičnem odnosu. Zdravstvene strategije na primer zahtevajo, kako (vzrok) lahko dosežejo določen nivo zdravstvene kvalitete (posledica). »Kako« mora biti razložen z določenim nivojem poslovanja organizacije na področju učinkovitosti in uspešnosti.

Tretji pomemben vzročno-posledični odnos je na procesnem nivoju (razlaga, kako procesi vplivajo na določene rezultate). Managerji morajo stalno obnavljati svoje znanje o tem, kako procesi vplivajo na rezultate, ko upravljajo (vzdržujejo in izboljšujejo delovanje) in vodijo sistem in procese. Da to lahko izboljšajo, morajo poznati odnose med kazalniki procesov in kazalniki rezultatov. Skupine ljudi, ki so zadolžene za izboljševanje procesov, pogosto pri tem niso uspešne, ker se osredotočajo le na kazalnike procesov ali le na kazalnike rezultatov. Takšen sistem lahko postane ovira za učinkovito izboljševanje.

3. ZDRAVSTVENI SEKTOR

Zdravstveni sektor je zelo splošen pojem, ki v bistvu zajema zdravstveno nego (zdravstveno varstvo), izobraževanje, nego otrok in starejših ljudi ter socialno pomoč. Njegova glavna naloga je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja ljudi.

3.1. Zdravstveno varstvo

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003) opisuje zdravstveno varstvo kot sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih, poleg tega obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Osnovno izhodišče socialnega modela zdravstvenega varstva je, da zdravje ni običajno tržno blago, temveč javna dobrina. Dostop do ustreznega zdravstvenega varstva je ena izmed državljanskih pravic, ki se zagotavlja vsem, ki so vključeni v javni sistem, ne glede na njihovo zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje (»Bela knjiga« o zdravstveni reformi, 2003).

Stanovnik (1998, str. 153) opredeljuje zdravstveno oskrbo kot meritorno dobrino (dobrina posebnega družbenega pomena) in ne v celoti kot javno dobrino. Kranjec (2003, str. 86) pa opredeljuje javne dobrine kot tiste, katerih ne moremo izključiti iz porabe in poraba enega

potrošnika ne zmanjšuje porabe drugih potrošnikov. Večina zdravstvenih storitev ne izpolnjuje nobene od omenjenih značilnosti, saj so zdravstvene storitve tipične individualne dobrine, ki jih trošijo individualni pacienti.

V »Beli knjigi« o zdravstveni reformi (2003) je, kot osnovni cilj vseh evropskih sistemov zdravstvenega varstva, podana zagotovitev dostopa do pravic na ustrezni kakovostni ravni vsem ljudem. Pravni dokumenti Evropske unije opredeljujejo dostop do zdravstvenega varstva kot univerzalno pravico. Tako na primer temeljni akti o pravicah državljanov Evropske unije razglašajo, da ima »vsakdo pravico dostopa do preventivnega zdravstvenega varstva in pravico do medicinskega zdravljenja«. Unija s tem prepozna in spoštuje »upravičenost državljanov do pravic in storitev širšega področja socialnega varstva, ko gre za zagotavljanje socialne varnosti v primerih materinstva, bolezni, industrijskih nesreč, odvisnosti in starostnega obdobja«.

Zgodovina zdravstvenega varstva ljudi sega v državah razvitega dela Evrope več kot sto let nazaj. V začetku so bile ekonomske in strokovne možnosti za učinkovito državno ukrepanje zelo skromne, danes pa sistemi zdravstvenega varstva delijo usodo drugih področij socialne varnosti. Poleg slovenskih avtorjev (Česen, 2003, str. 14), tudi tuji avtorji (Castaneda-Mendez, 1999) ugotavljajo, da se razvite družbe v začetku enaindvajsetega stoletja soočajo s podedovanimi širokimi pravicami iz javnih zdravstvenih zavarovanj, vse večjimi pričakovanji in zahtevami glede kakovosti zdravstvene oskrbe ter brezkompromisnimi stališči ljudi, ki ne dopuščajo zniževanja doseženega zdravstvenega standarda niti v obdobjih gospodarskih težav. Poleg tega se mnoge zdravstvene organizacije srečujejo s pritiski zniževanja stroškov, izboljševanjem kakovosti zdravstvene nege in z navodili, kako preverjati njihovo delovanje.

3.2. Značilnosti zdravstvenega sektorja

Delovanje zdravstvenega sektorja je zelo specifično, saj ga opredeljujejo mnoge značilnosti, ki veljajo samo zanj. Poznavanje le-teh nam omogoča boljše razumevanje delovanja zdravstvenega sistema. Med glavnimi značilnostmi zdravstvenega sektorja Kornai in Eggelston (2001, str. 48-65) omenjata sledeče:

1. *vrednost zdravja*; Zdravju ljudje pripisujejo velik pomen, predvsem njegovemu ohranjanju in doseganju. Na žalost visoka vrednost zdravja nastane šele takrat, ko se pojavijo težave, ko nekdo, ali njegov bližnji, zboli in se pojavi strah pred smrtjo. Zdravju je težko določiti ekonomsko vrednost – proizvod (storitev) je vreden toliko, kolikor je uporabnik pripravljen zanj (zanjo) plačati. Ekonomska vrednost zdravja se lahko določa preko sodišč in zavarovalnic, nihče pa ne zna definirati, koliko je človeško življenje zares vredno;
2. *dostopnost*; Splošno družbeno načelo je, da ima vsakdo pravico do osnovne zdravstvene oskrbe, kar mora biti zagotovljeno s strani družbe. Zdravstvena oskrba mora biti dostopna

(univerzalna dostopnost), pri čemer mora upoštevati potrebe ljudi: tisti, ki imajo večje potrebe, dobijo več kot tisti, ki potrebujejo manj, ljudje z enakimi potrebami pa dobijo enako (pravična dostopnost) (»Bela knjiga« o zdravstveni reformi, 2003);

3. *negotovost in povpraševanje po zavarovanju*; Pomembna značilnost zdravstvenega sektorja je, da je potreba po zdravstveni oskrbi navadno nepredvidljiva. Zaradi nepredvidljivosti se ljudje raje dodatno zavarujejo. Zavarovanje pa je mehanizem za prenos sredstev od tistih, ki jih potrebujejo manj, k tistim, ki jih potrebujejo več;
4. *asimetrija informacij*; Asimetrija informacij se pojavi na trgu, kjer ima ena stran (npr. prodajalec) več informacij kot druga stran (npr. kupec). V primeru zdravstvene oskrbe je pacient praviloma slabo informiran in v veliki meri odvisen od zdravnika in njegovih odločitev o zdravljenju oziroma skrbi (Stanovnik, 1998, str. 153). Pacient nima zdravstvenega znanja in izkušenj, ki bi mu pomagale k zadostni informiranosti;
5. *selekcija*; Selekcija se pojavlja predvsem zaradi asimetrije informacij – nekateri bolniki vedo več, drugi manj, imajo različne vrste bolezni in imajo različno izbiro glede zavarovanj. V okviru selekcije moramo omeniti dve, in sicer nasprotno selekcijo (*ang.* adverse selection) in tvegano selekcijo (*ang.* risk selection). Nasprotna selekcija nastane takrat, ko se ljudje razlikujejo po njihovih potrebah po zdravniški oskrbi. Zavarovalnica nima informacij o svojih potencialnih zavarovancih. Določi povprečno višino premije, v primeru, da pridobi več zavarovancev, katerih stroški bodo presegli višino premije, bodo prisiljeni zvišati premijo, ki bo odvrnila bolj zdrave zavarovance. Omenjeno lahko pripelje do bankrota zavarovalnice. Tvegana selekcija pa nastane takrat, ko zavarovalnice želijo odpraviti bolne in privabiti zdrave zavarovance. To napravijo tako, da izločijo kritje določenih storitev, ponudijo storitve, ki privabijo manj tvegane zavarovance (npr. karte za fitnes);
6. *moralni hazard*; Omenjeni fenomen nastaja tudi v zdravstvenem sektorju. Zavarovalnica krije celotne stroške zdravljenja, v primeru določene bolezni posameznega bolnika. Problem se pojavi, ko posameznik zboli in si v tem primeru želi najdražje zdravljenje, dražje diagnostične pripomočke, bolj plačane, bolj izkušene zdravnike in najnovejša zdravila. V tem primeru se pojavi asimetrija informacij v povezavi med zdravniki in bolniki na eni strani ter zavarovalnico na drugi. Zavarovalnica nima virov in časa preverjati načine zdravljenja ter presoјati, ali so ustrezni za vsak posamezni primer, zato se obveže financirati povpraševanje, ne glede na njegovo ekonomičnost;
7. *ponudbena stran in njen monopol*; Monopol je značilen za ponudbeno stran zdravstvenega sektorja. Nastaja predvsem zaradi storitev, povezanih z visoko tehnologijo, npr. za manjšo skupnost ne bi bilo smiselno imeti več kot eno bolnišnico. Zaradi tega zdravstveni sektor usmerja regulativa s strani države;
8. *bolnikova nezmožnost braniti se*; V zdravstvenem sektorju ni sledu o popolni konkurenci. Zdravniki imajo moč nad bolniki. Čeprav bi bili bolniki primerno informirani, imajo zdravniki večji vpliv in odgovornost za odločanje, kot bolniki sami. Čeprav bi si zdravniki želeli slišati mnenje s strani bolnika, to ni vedno mogoče (npr. v času operacije);

9. *naraščanje stroškov*; Stroški zdravstvene oskrbe navadno v večini držav naraščajo. Glavni razlogi so drag tehnološki razvoj, podaljševanje življenjske dobe ljudi in večje kritje zdravstvenih stroškov s strani zavarovalnic, katere nanje prevajajo zdravniki in bolniki.

Kranjec (2003, str. 85-86) podaja še eno značilnost, to je negotovost glede nastopa bolezni, poteka zdravljenja, delovanja zdravil in še številnih drugih dejavnikov. Česen (2003, str. 29) pa omenja, poleg nekaterih že omenjenih značilnosti opravljanja zdravstvenih storitev, še neoprijemljivost uspešnosti opravljanja zdravstvenih storitev, neločljivost izvajanja storitev in njihove uporabe ter minljivost zdravstvenih storitev.

Glede neoprijemljivosti uspešnosti opravljanja zdravstvenih storitev in neločljivosti izvajanja storitev velja, da ni mogoče zanesljivo ugotavljati vloge izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri zdravstvenih izidih, saj so rezultati merjenja v precejšnji meri odvisni tudi od odzivanja bolnikovega organizma ter od njegovega sodelovanja v procesih zdravljenja. Neposredna navzočnost daje bolniku izjemne možnosti, da sam ocenjuje delo zdravstvenega osebja. Lastna doživetja bo torej lahko strnil v oceno o zadovoljstvu oziroma nezadovoljstvu z zdravstveno oskrbo.

Minljivost zdravstvenih storitev pomeni, da zdravniških storitev ni mogoče ločiti v prostoru in času, saj se takoj porabijo. Ne moremo jih pošiljati uporabnikom, jih prevažati, skladiščiti. Slednje lahko povzroča izvajalcem kar nekaj preglavic pri uravnavanju tekočega povpraševanja po njihovih zdravstvenih storitvah.

3.3. Konkurenca v zdravstvenem sektorju

Trg v zdravstvenem sistemu obstaja, vendar je kompleksen in reguliran. Zdravstveni trg ima značilnosti monopola, ne glede na to, ali je državna ali zasebna lastnina. Da bi se monopol zmanjšal, je zelo pomemben vstop zasebne lastnine. Dokler je le en lastnik (država), konkurenca ni mogoča. Za razvoj konkurence je pomembno, da država postane maksimalen regulator in minimalen lastnik – manager. Za oblikovanje konkurence v zdravstvenem sistemu je torej pomembna privatizacija (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 733-734). Le-ta obstaja takrat, ko je na trgu tako veliko število ponudnikov storitev, da posameznik ne more bistveno vplivati na ceno oziroma ponujeno količino, ko porabniki zdravstvenih storitev poznajo ceno, vrsto in kakovost storitev, ki jih ponujajo izvajalci zdravstvenih storitev, ko se oblikujejo cene na osnovi ponudbe in povpraševanja, ter ob predpostavki, da porabniki zdravstvenih storitev pri svojih odločitvah ukrepajo smotno (Svetic, 1993, str. 22-23).

Kadar govorimo o trgu zdravstvenih storitev, ponavadi zanemarjamo poglavitno lastnost konkurenčnega trga – sposobnost in možnost kupca (bolnika), da sam svobodno izbere in kupi

zdravstveno storitev ali izdelek. Problem nastane, ker na trgu zdravstvenih storitev obstaja med kupcem (bolnikom) in prodajalcem (zdravnikom) velika razlika v poznavanju zdravstvenega problema – asimetrija informacij. Zdravniku ni treba razkazovati bolniku strokovnega znanja in sposobnosti ter ga prepričevati, da njegove sposobnosti presegajo tiste, ki jih ima njegov kolega v sosednji ambulanti (Česen, 2003, str. 20-21). Ker, razen v tržno naravnanih sistemih zdravstva, naštetih pogoji niso izpolnjeni v celoti, prevzema vlogo trga način financiranja (Svetic, 1993, str. 23). Bolj spodbudno je torej lahko tekmovanje med zdravstvenimi zavarovalnicami, ki izvajajo obvezno ali prostovoljno zdravstveno zavarovanje (Česen, 2003, str. 21).

3.4. Udeleženci v zdravstvenem sektorju

V uspešno in nemoteno delovanje zdravstvene oskrbe je vključenih mnogo ljudi in institucij. Vsi skupaj izpolnjujejo njeno poslanstvo in si prizadevajo dosežati njene strateške cilje. Vanj pa prinašajo tudi lastne interese, ki jih v okviru možnosti tudi uresničujejo. Interesi udeležencev (posameznikov, interesnih skupin, organizacij) so v delovanju zdravstvene oskrbe v različnih okoliščinah zelo različni (Česen, 2003, str. 102). Udeleženci se načeloma ne spreminjajo, spreminja se le njihov pomen v posameznih državah, kar pa je odvisno od celotnega zdravstvenega sistema. V nadaljevanju so prikazani udeleženci v zdravstvenem sektorju z vidika ponudbe in povpraševanja ter z vidika zdravstvene organizacije.

3.4.1. Udeleženci v zdravstvenem sektorju z vidika ponudbe in povpraševanja

Tako kot na drugih področjih ekonomije, je tudi za zdravstveni sektor značilna osnovna razdelitev med stranjo ponudbe in povpraševanja. Kornai in Eggelston (2001, str. 69) pravita, da se v zdravstvu na ponudbeni strani nahaja nudenje zdravstvenih storitev pacientom, na strani povpraševanja pa način financiranja zdravstva in organizacije, ki predstavljajo uporabnike zdravstvenih storitev.

3.4.1.1. Ponudbena stran

Svetic (1993, str. 20) pojasnjuje, da s ponudbo zdravstvenih storitev običajno opredeljujemo celotno aktivnost izvajalcev zdravstvenih storitev. Obseg celotne ponudbe v danih razmerah določajo izvajalci zdravstvenih storitev s svojimi zmogljivostmi (oprema, kadri, znanje). Ponudba zdravstvenih storitev se izraža s količino in vrsto zdravstvenih storitev, ki so na voljo bolnikom.

Določeno je, da bolniki dobivajo zdravstvene storitve od posameznih izvajalcev, kot so zdravniki, medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje, vendar je vse mišljeno kot nek organizacijski okvir in oblika lastništva, v katerem posameznik dela. Bolj podroben pregled ponudbene stani dajeta Kornai in Eggelston (2001, str. 73):

1. *organizacije*; Zdravniki, sestre in drugo zdravstveno osebje so zaposleni v posameznih vrstah organizacij. Te zdravstvene storitve so navadno financirane neposredno s strani organizacije, namesto, da plača storitev vsak bolnik posebej. Takšne organizacije se razvrščajo glede na to, kdo je njihov lastnik. Pri tem razlikujemo:
 - državne organizacije. Javne ali organizacije v lasti države se lahko razčlenjujejo še naprej. Lahko so monopolni izvajalci – edina državna organizacija – ali neke vrste decentraliziran sistem organizacij, ki so v lasti lokalnih institucij;
 - neprofitne, nedržavne organizacije (dobrodelne organizacije, cerkev);
 - zasebne organizacije.

V realnosti se pojavljajo primeri, ki so kombinacija zgoraj omenjenih organizacij.

2. *samozaposleni posamezniki*; Izvajalci zdravstvenih storitev navadno opravljajo storitve kot neodvisni, samozaposleni posamezniki ali zasebniki. Kriterij ni ta, da je zdravnik ali medicinska sestra uradno registriran kot samozaposleni, plačuje davke itd., pomembno je to, da je zdravstvena nega zagotovljena neodvisno, samozaposleni je plačan s strani bolnika, zavarovalca ali sponzorja.

Svoje videnje ponudbe v zdravstvenem sistemu podajata tudi Tajnikar in Došenovič (2004, str. 732-733), med katero uvrščata, tako kot Kornai in Eggelston, izvajalce ali dobavitelje, ki so lahko organizacije v državni lasti, neprofitne organizacije v nedržavni lasti (tudi zavarovalnice, ki omogočajo prostovoljno zdravstveno zavarovanje), zasebne profitne organizacije in samozaposleni strokovnjaki. V svetu država s svojo zakonodajo omogoča večjo privatizacijo zdravstvenih organizacij tako, da država ni več edina, ki ustanavlja in upravlja izvajalce zdravstvenih storitev in zdravstvene zavarovalnice. S tem ko omogoča vstop zasebnim investitorjem, se povečujejo kapacitete, spekter zdravstvenih storitev, razvoj novih oblik zavarovalnih shem.

3.4.1.2. Stran povpraševanja

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah nastane, ko posameznik občuti potrebo po zdravniški pomoči ter jo želi dobiti. Po teoriji o povpraševanju se posameznik smotrno odloča med istovrstnimi skupinami proizvodov ali storitev tako, da doseže največjo korist (Svetic, 1993, str. 18).

Glavni prejemnik zdravstvene nege je bolnik, kar je že splošno znano, pomembno pri tem pa je, kdo plača to storitev. Kornai in Eggleston (2001, str. 74-75) naštevata naslednje izvajalce plačil zdravstvenih storitev:

1. *državno financiranje*; Država financira zdravstvene storitve iz proračuna (davčni prihodki), kar pomeni, da niso uporabljeni dodatni proračunski viri, lahko pa tudi skozi obvezno zdravstveno zavarovanje. To je odvisno od družbenega interesa, ki je rezultat političnega procesa v povezavi z zmožnostmi države, ki so odvisne od zmožnosti financiranja zdravstva s strani državljanov in od tradicionalnih in kulturnih standardov (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 731);
2. *obvezno zavarovanje*; Posamezniki imajo dolžnost, da se zavarujejo;
3. *prostovoljno zavarovanje*; Posamezniki se lahko prostovoljno zavarujejo v okviru posameznih zavarovalnih institucij;
4. *direktno plačilo s strani bolnika*; Bolniki plačajo izvajalcu zdravljenja iz svojega žepa. Ta oblika financiranja se navadno imenuje »samoplačniška«.

3.4.2. Udeleženci v zdravstvenem sektorju z vidika zdravstvene organizacije

Med udeleženci v okviru delovanja javnega zdravstvenega zavoda prihaja do različnih menjalnih razmerij, interesov. Pri tem je vseeno, ali delujejo znotraj ali zunaj zavoda. Lahko nastopajo kot njegovi preskrbovalci ali pa od njega prejemajo zdravstvene, včasih pa tudi poslovne in druge koristi. Z vidika zdravstvene organizacije imamo lahko zunanje in notranje udeležence, kar je razvidno tudi iz Slike 3 na strani 22.

Česen (2003, str. 109-116) poudarja, da imajo zdravstvene organizacije, v primerjavi s pridobitnimi gospodarskimi organizacijami, relativno malo avtonomije. Večino pomembnih pobud za upravljalvske in poslovodne odločitve dobijo od zunanjega okolja preko zunanjih udeležencev, ki so:

1. *uporabniki – bolniki in plačniki*. Plačnik zdravstvenih storitev je lahko država, obvezno in/ali prostovoljno zavarovanje (zavarovalnica) ali posameznik, ki neposredno plača storitev (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 730). Pri analizi potreb porabnikov je pomembno izobraževanje porabnika in proučevanje možnih rešitev, kajti le na ta način bo tudi bolnik aktivni člen v verigi nastajanja kakovosti v zdravstvu (Svetic, 1996, str. 163);
2. *ustanovitelji*. Ustanovitelji javnih zdravstvenih zavodov so organi oblasti, saj gre za urejanje javne zdravstvene službe. Praviloma so to organi države neposredno. Ustanovitelji so lahko tudi nosilci oblasti na nižjih administrativnih ravneh;
3. *dobavitelji virov*. Poglavitni dobavitelji finančnih virov javnih zdravstvenih zavodov so plačniki zdravstvenih programov iz javnega zdravstvenega zavarovanja. Drugi pomembni poslovni partnerji javnih zdravstvenih zavodov so dobavitelji zdravstvenega in

nezdravstvenega materiala, darovalci (prostovoljni prispevki v humanitarne namene) in sponzorji (udeležujejo se življenja zavodov z namenom, da reklamirajo lastne izdelke, navadno zdravila);

4. *konkurenti*. V mreži javne zdravstvene službe je med javnimi zdravstvenimi zavodi ter koncesionarji malo konkurence, še manj pa med samimi zavodi. Pri konkurenci je pomembno, da zdravstveni zavod pravočasno pristopi k njenem prepoznavanju in oceni svoj položaj v primerjavi z položajem konkurenčne ustanove (Svetic, 1996, str. 163);
5. *stanovske in politične organizacije*. V javnem zdravstvenem zavodu delujejo različne sindikalne in stanovske organizacije, ki varujejo legitimne interese in pravice članstva v zvezi z delom ali nagrajevanjem dela.

Pomemben je tudi vpliv trga dela, saj se vedno več zdravstvenih delavcev odloča za prezaposlitev v manj naporne poklice, kar predstavlja strošek širše družbene skupnosti (Svetic, 1996, str. 162-163).

Česen (2003, str. 103-116) opredeljuje tudi notranje udeležence posameznih organizacij, katere razvršča na naslednji način:

1. *poslovni in strokovni managerji*. Ločimo jih po področjih, ki jih vodijo (strokovni in poslovodni managerji), ter po moči (vodilni in srednji managerji);
2. *zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci – strokovnjaki*. Neposredno izpolnjujejo poslanstvo zavoda in so zato ključni delavci v organizaciji. Med zdravstvenimi delavci imajo posebno mesto nosilci zdravstvene dejavnosti (zdravniki, zobozdravniki, farmacevti, patronažne sestre, fizioterapevti in klinični psihologi);
3. *drugi zaposleni delavci - administrativni in tehnični delavci*. To je kvalificirano (tudi visoko kvalificirano) podporno osebje, ki ima posebna znanja, ki so nujna za nemoteno delovanje organizacije;
4. *prostovoljci*. Sodeč po izkušnjah v razvitem svetu, bo sčasoma tudi pri nas vse več ljudi, ki bodo iz nesebičnih in humanitarnih razlogov želeli prostovoljno in brez plačila prispevati lasten delež k boljšemu zdravju posameznikov in skupnosti.

Slika 3: Udeleženci v zdravstvu z vidika zdravstvene organizacije



Vir: Povzeto po Česen, 2003, str. 103-116

3.5. Management v zdravstvu

Hauc (2001, str. 14) trdi, da se management v neprofitnih organizacijah razlikuje od managementa v profitnih organizacijah, že dolgo ne drži več. Če naj bi ta razlika obstajala, je ta mogoča v tem, da zdravstvene organizacije izvajajo svojstveno poslanstvo in delujejo po doktrinarnih, moralnih in etičnih načelih zdravstva, ki so mednarodno določena, dogovorjena in ustaljena. Razlike so lahko tudi v tem, da neprofitne organizacije poslujejo na osnovi določenih finančnih virov (zdravstveno zavarovanje, državni proračun), da je večina zdravstvenih organizacij v državni lasti in tako tvorijo del državnega premoženja. Vse večje zaostrovanje na področju financiranja zdravstva, večanje osveščenosti prebivalstva glede svojih pravic, konkurenčnost, velika vlaganja v tehnologijo zdravljenja, stalen pritisk na zniževanje stroškov in pritisk zaposlenih na večanje svojih plač ter vrsta drugih razlogov povzročajo, da mora management zdravstva prevzeti vse več nalog in odgovornosti. Za zdravstvene organizacije pa lahko danes trdimo, da so »zdravstvena podjetja«, ki morajo imeti temu primeren »zdravstveno podjetniški management«.

Česen (2003, str. 27) pravi, da kljub nepridobitnosti javne zdravstvene službe želijo tudi managerji v javnih zdravstvenih zavodih maksimirati prihodke, podobno, kot je to v pridobitnih dejavnostih. Vendar pa se v gospodarskih organizacijah managerji hkrati usmerjajo tudi k zmanjševanju stroškov, če želijo konec poslovnega obdobja doseči primeren dobiček. V javnih zdravstvenih zavodih pa prizadevanja za zniževanje stroškov niso ravno priljubljena. Zelo pogosto lahko delujejo izvajalci zdravstvenih storitev in management

javnega zdravstvenega zavoda celo očitno neracionalno in negospodarno, saj jim država na koncu poravnava vse obveznosti.

Problemi in zahtevna vprašanja v zdravstvu niso samo v naraščajočih stroških za zdravstveno varstvo, ampak tudi v iskanju odgovorov financerjev (država, zavarovalnice), ali vlaganja in financiranje dejavnosti, programov in storitev prinašajo tudi ustrezne rezultate – boljše zdravstveno stanje prebivalcev, učinkovitejše delovanje sistema. Uresničevanje teh ciljev je možno z ustreznimi kadrovskimi, finančnimi, materialnimi viri in obstoječim zdravstvenim stanjem prebivalstva (Košir, 2001, str. 24). Management v zdravstvenih organizacijah je torej, poleg strokovnih medicinskih znanj, ključni dejavnik za uspešno vodeno zdravstveno varnost, ki, v povezavi z managementom zdravstvenega zavarovanja, pomeni integracijo izvajanja in financiranja zdravstvenih programov in storitev za obvladovanje stroškov in izboljševanje kakovosti.

Na procese vodenja v sistemu zdravstvenega varstva vplivajo različni, dostikrat si nasprotujoči interesi posameznih subjektov tega sistema. Gre za svojevrstne pritiske s strani bolnikov, ki želijo imeti svobodo izbire in dostop do dovolj informacij o storitvah, da lahko to svobodo izbire udeležijo. Delodajalci imajo zahteve po omejevanju višine prispevkov, zaradi zagotavljanja konkurenčnosti proizvodov oz. storitev, s strani izvajalcev zdravstvenih storitev (zaposlenih) so prisotne zahteve po maksimizaciji virov. Plačniki imajo s strani države javna pooblastila zadrževati izdatke v okviru narodno gospodarskih ciljev (Košir, 2001, str. 25). V praksi se z viri na področju zdravstvenega varstva ne upravlja optimalno. Rezerva za optimalno uporabo virov je v izboljšanju vodenja zdravstvenih zavodov. Znotraj zdravstvenega sektorja vlada napeto stanje med zdravstvenim osebjem, ki skuša povečati zdravstvene koristi za svoje bolnike, in pričakovanji načrtovalcev. Temeljna predpostavka, ki jo mora npr. upoštevati bolnišnica je, da merilo njenega uspeha ni le zadovoljen zdravnik, ampak ozdravljeni in zadovoljni bolnik (Hočevnar, 2001, str. 33).

4. ZDRAVSTVO V SLOVENIJI

4.1. Zdravstveni sistem v Sloveniji

Tako kot v ostalih državah v tranziciji, se tudi v Sloveniji dogajajo številne spremembe v javnem sektorju. Zdravstveni sistem v Sloveniji je zakonsko urejen in najpomembnejši del regulative na področju delovanja zdravstvenega sistema v Sloveniji predstavljata Zakon o zdravstveni dejavnosti (2004) in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (2004) predstavlja pomemben zakonski okvir (poleg drugih aktov) za delovanje zdravstvenih zavodov. Zdravstveno dejavnost opredeljuje kot ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev.

Zdravstvena dejavnost se opravlja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost (zdravstveni domovi, zdravstvene postaje, zasebni zdravstveni delavci, lekarne), na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost (bolnišnice, zdravilišča in zasebni zdravniki specialisti posameznih strok), na terciarni pa obsega opravljanje dejavnosti klinik in inštitutov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov. Strokovne institucije, ki delujejo v Sloveniji, so prikazane v Tabeli 2. Zdravstvena dejavnost se, kot javna služba, opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe (merila za postavitev mreže javne zdravstvene službe se določijo s planom zdravstvenega varstva Republike Slovenije ob upoštevanju, na primer zdravstvenega stanja, števila, starostne in socialne strukture prebivalcev). Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija.

Tabela 2: Strokovne institucije v zdravstvu v Sloveniji

Javni zavodi	zdravstveni domovi, bolnišnice, lekarne, zavodi za zdravstveno varstvo, zdravilišča
Zdravstveno zavarovanje	obvezno zdravstveno zavarovanje (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), prostovoljno zdravstveno zavarovanje (zavarovalnice)
Zbornice in združenja	Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije itd.
Sindikati	Sindikat delavcev v zdravstveni negi, Sifram – Sindikat farmacevtov Slovenije, FIDES – Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, itd.
Posvetovalni organi Ministrstva za zdravje	Zdravstveni svet, Razširjeni strokovni svet
Izobraževalne institucije	srednje šole (Srednje šole za zdravstvo,...), fakultete (Biotehniška fakulteta, Medicinska fakulteta itd.)
Drugo	Svet za zdravje Republike Slovenije, Etična komisija Republike Slovenije itd.

Vir: Ministrstvo za zdravje, www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003) mora ustanovitelj (na primarni ravni je to občina ali mesto, na sekundarni in terciarni ravni pa Republika Slovenija) zdravstvenega zavoda zagotoviti ustrezne materialne pogoje za delo zavoda in za razširitev

zmogljivosti. Upravlja ga svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanovitelja, zdravnikov, drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev v zavodu, zavarovancev oziroma drugih uporabnikov (predstavnik uporabnikov določi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (odslej ZZS), če zavod opravlja zdravstvene storitve na njegov račun).

Direktor zdravstvenega zavoda imenuje in razrešuje svet zavoda s soglasjem ustanovitelja. Kolegijski organ zdravstvenega zavoda je strokovni svet. Naloge, sestavo in način oblikovanja strokovnega dela določa statut zavoda.

Sredstva za delo pridobiva zdravstveni zavod (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2004):

- iz sredstev ustanovitelja v skladu z aktom o ustanovitvi,
- s plačili za storitve,
- po pogodbi z ZZS (obvezno zdravstveno zavarovanje),
- po pogodbi z ministrstvom, pristojnim za zdravstvo, za naloge, ki se na podlagi zakona financirajo iz proračuna in
- iz drugih virov na način in pod pogoji, določenimi z zakonom, aktom o ustanovitvi in statutom zavoda.

Slovenija ima univerzalni zdravstveni sistem, kar pomeni, da so skoraj vse zdravstvene storitve plačane iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 726). Poleg tega je obseg dejavnosti v zdravstvenih organizacijah prevelik v primerjavi z viri, ki jih imajo na voljo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in učinkovitost managementa in delovanja zdravstvenih organizacij na splošno (predvsem z vidika prevelikega obsega zdravstvenih dejavnosti) ni visoka in ne upošteva finančnih omejitev. Pri tem se pojavlja problem določanja meje med javnim interesom in nalogami trga v zdravstvu. Ta meja se lahko določi z javnim konsenzom glede na pravice, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 728).

V zdravstvenem sistemu je pomembno določiti povezavo med povpraševanjem in ponudbo, izvajanjem in financiranjem. Pomembna značilnost zdravstvenega sistema je stopnja povezanosti med uporabniki (*ang.* consumer), zavarovalci/plačniki in izvajalci. Lahko pa se pojavi tudi četrta oseba, sponzor (vladna organizacija ali delodajalec, ki je posrednik med uporabnikom in zavarovalcem). Kornai in Eggelston (2001, str. 76-77) navajata dve vrsti povezav:

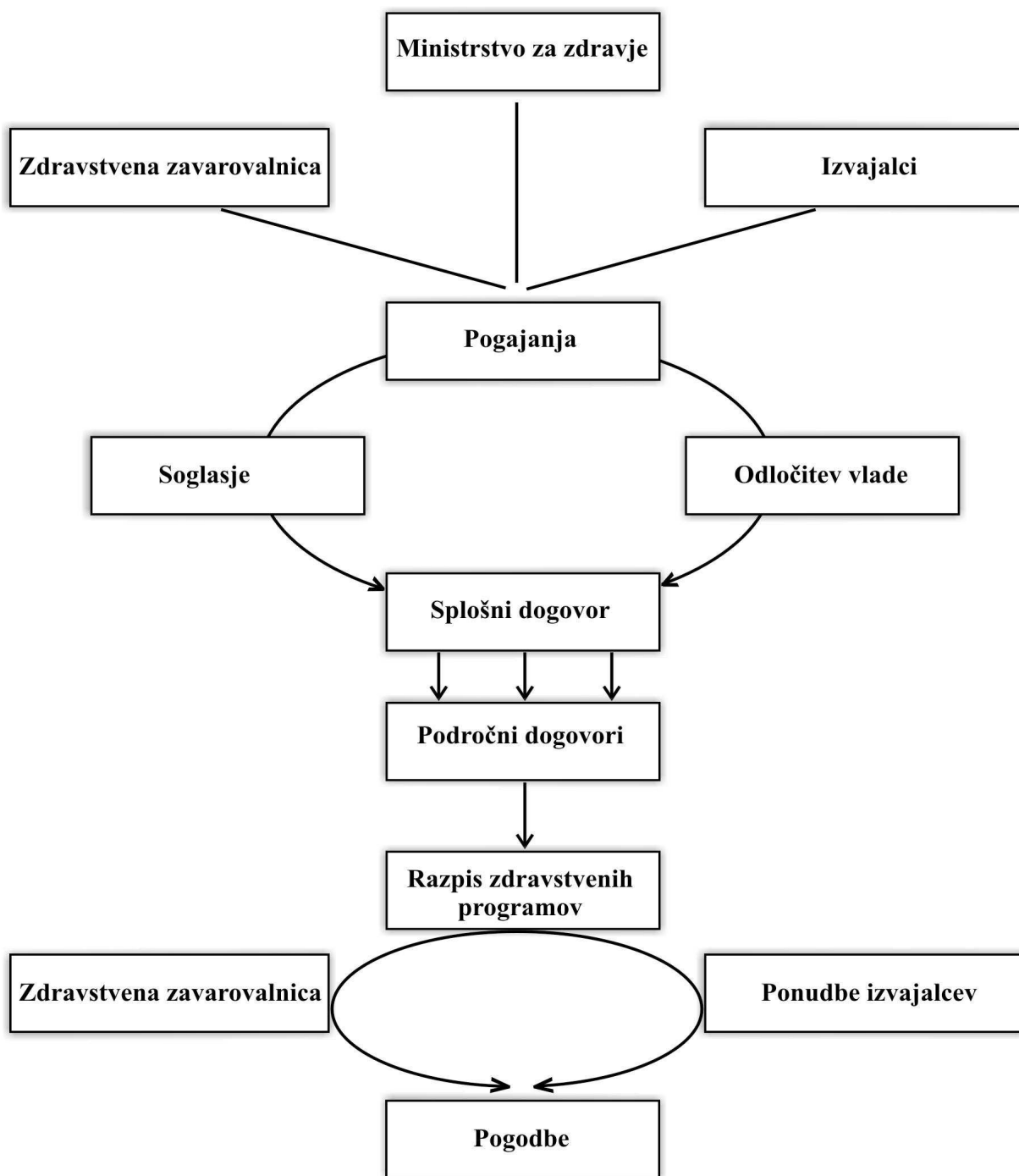
- *povezanost*, ko se dve funkciji, financiranje in izvajanje izvajata v okviru ene organizacije. Namesto, da bi bili vlogi ločeni, integrirana zdravstvena storitev omogoča povezanost med zavarovalcem in izvajalcem, vse v okviru ene organizacije (sponzor, zavarovalec in izvajalec);

- *razdelitev*, kar pomeni, da sta v nekaterih sistemih dve funkciji sponzorja in izvajalca strogo ločeni. Ena fizična oseba ali pravna oseba zagotavlja zdravstveno storitev, druga oseba ali podjetje pa jo plača. Vlogo sponzorja lahko opravi npr. vladna agencija ali nacionalni zavarovalni sklad (poveže vlogo plačnika in zavarovalca).

V Sloveniji obstaja druga vrsta povezav. Zakonsko je določen nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je pri nas ZZZS, ki je, kot javni zavod, prejel pooblastila za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (zbiranje prispevkov, nadzor nad porabo sredstev, sklepanje pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev) (»Bela knjiga« o zdravstveni reformi, 2003). Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003) obvezno zavarovanje obsega zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela ter zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Zagotavlja se za plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebno in posmrtnino ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Zakon opredeljuje še zavarovane osebe, pravice iz obveznega zavarovanja, vire sredstev (prispevki).

Javni zdravstveni zavod pridobiva sredstva v največjem deležu s strani ZZZS. Odnose med ZZZS in zdravstvenimi zavodi ter zasebnimi zdravstvenimi delavci ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003). V Sloveniji imamo partnerski sistem oblikovanja obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev. V njem sodelujejo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in izvajalci oziroma predstavniki izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje). Rezultat pogajanj je Splošni dogovor za poslovno leto (odslej Splošni dogovor), ki ga sprejmejo vsako leto posebej. Na podlagi Splošnega dogovora, ZZZS izvede javni razpis, na katerega se prijavijo izvajalci. Po izbiri sklene ZZZS z izvajalci letne pogodbe o obsegu storitev, v katerih je določena vrsta, obseg in cena storitve, način plačevanja ter nadzor nad izvajanjem pogodbe. V pogodbi je opredeljeno število zaposlenih, ki jih bo ZZZS financiral, določen je standard po kvalifikacijski strukturi zaposlenih, vseh dodatkih, materialnih stroškov in amortizaciji. Priloga k pogodbi so tudi urniki in odkupljeni čas, ki ga bo ZZZS plačal. Prihodek na podlagi omenjene pogodbe predstavlja glavni vir financiranja zdravstvenih zavodov. Potek dogovorov med partnerji je prikazan na Sliki 4.

Slika 4: Dogovori med partnerji in pogodbe o izvajanju zdravstvenih programov



Vir: Česen, 2003, str. 173

Na področju prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja v Sloveniji, kakor trdi Kranjec (2003, str. 88), dve slovenski zavarovalnici izkazujeta visoke dobičke, ki niso posledica njihove učinkovitosti, temveč oligopolnega položaja na trgu in kartelskega obnašanja. Zaradi takšnega monopola bi bilo potrebno na tem področju sprejeti neko regulativo, ki bi le-to onemogočila. Septembra 2005 so začele veljati spremembe pri prostovoljnem dopolnilnem zdravstvenem

zavarovanju. Za zavarovalnice je ključna uvedba izravnalnih shem (uvedba finančne izravnave razlik med zavarovalnicami zaradi različno starih in različno bolnih zavarovancev), več kot 1.400.000 zavarovancev pa je z novim zakonom dobilo možnost, da ponovno izberejo svojo zdravstveno zavarovalnico za dodatno zavarovanje, ne da bi s prestopom kaj izgubili. Zdaj lahko vsi zavarovanci izbirajo med tremi zavarovalnicami: Vzajemno, Adriaticom in Triglavom (Repovž, 2005).

4.2. Spremembe v zdravstvenem sistemu v Sloveniji

Slovenski zdravstveni sistem je dokaj stabilen, v zadnjem desetletju pa je dosegel povečanje kakovosti in racionalizacijo svojega dela, v kar ga je sililo dejstvo, da je bil iz leta v leto bolj podfinanciran. Konkretni razlogi za spremembe so bili isti, kot pri drugih državah: na eni strani omejena in od produktivnosti odvisna sredstva za zdravstveno varstvo, na drugi strani pa povečano povpraševanje ljudi po zdravstvenih storitvah, ki je posledica vedno večjega števila starejših ljudi in kroničnih bolnikov, pa tudi razvoja znanosti, ki prinaša dražje storitve in zdravila (Zupanič, 2003).

Na pobudo Ministrstva za zdravje smo v Sloveniji podpisali socialni sporazum (april 2003), ki vključuje napoved zdravstvene reforme, z naslednjimi besedami: »Zaradi nakopičenih problemov, katerih reševanje je v interesu države in njenih državljanov, bo potrebno v sistemu zdravstvenega varstva in na drugih področjih, ki so povezana z zdravstvom, v naslednjih letih reformirati nekatere dosedanje rešitve in pospešiti že začete procese izboljšav...«.

Med pričakovanimi učinki reforme so bili povečanje dostopnosti državljanov do zdravstvenih storitev in njihove kakovosti, zagotavljanje pravičnosti pri zbiranju sredstev in poštenost pri njihovem razporejanju med izvajalce po potrebah državljanov, reforma naj bi izboljšala učinkovitost zdravstvenega sistema in gospodarnost pri ravnanju s sredstvi. Poleg tega naj bi skrajšala nesprejemljive čakalne dobe in diagnostične postopke, vzpostavila prave vzpodbude za povečanje kakovosti zdravstvenih storitev, spodbudila pošteno strokovno in poslovno tekmovalnost in učinkovitost ter zagotovila podporo področjem javnega zdravstva, tako da se skrb za zdravje ne bo začela šele z začetkom bolezni, temveč bo cilj podaljševanje življenja brez bolezni. Hkrati naj bi se tudi zmanjšale izgube zdravstvenega sistema (Zupanič, 2003).

Reforma torej temelji na štirih vrednotah: pravičnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti. Načelo pravičnosti pomeni, da imajo ne glede na plačilne možnosti vsi državljani pravico do take zdravstvene obravnave, ki jo potrebujejo. Dostopnost do zdravstvenega varstva je definirana kot dejanska uporaba zdravstvene službe in vse, kar posamezniku to omogoča ali ga pri tem ovira. Kakovost zdravstvene obravnave razumemo kot najboljšo možno oskrbo z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja, ki jo ljudje prejmejo vedno, kadar jo potrebujejo.

Pričakovani »zdravstveni dobiček« (učinkovitost) merimo s klasičnimi kazalci (pričakovana življenjska doba, umrljivost novorojenčkov,...), poleg pričakovanj pa posameznik pričakuje od zdravstvenega sistema še druge »dobičke« (občutek varnosti, vzbujanje upanja). Učinkovitost je možno izboljšati v vseh segmentih in na vseh ravneh zdravstvenega sistema – pri zbiranju in razporejanju sredstev, pri zagotavljanju dostopnosti, pri izvajanju zdravstvenega varstva in zagotavljanju kakovosti.

Glavni cilji reforme izhajajo iz zgoraj omenjenih štirih vrednot, iz katerih izvira šest glavnih ciljev reforme (za vsak cilj so posebej predlagane spremembe, s katerimi naj bi jih dosegli) (»Bela knjiga« o zdravstveni reformi, 2003):

1. pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo (pri zbiranju sredstev na temelju solidarnosti zbirajo denar vsi državljani v sorazmerju s svojimi prihodki, v zameno pa imajo enako dostopnost do zdravstvenih storitev, ko jih potrebujejo);
2. razporejanje sredstev po potrebah državljanov (razporejanje sredstev mora biti usmerjeno k potrebam državljanov in kakovostni zdravstveni oskrbi, pravičen način razporejanja virov ustvarja vzpodbude za spremembe obnašanja izvajalcev in vpliva na učinkovitost, enakopravnost ter kakovost rezultatov zdravstvene reforme);
3. boljša dostopnost do zdravstvenega varstva (vsakdo si želi, da bi prišel do katerekoli zdravstvene storitve kadarkoli in kjerkoli jo bo potreboval);
4. razvoj sistema celovite kakovosti (pri celovitem sistemu kakovosti gre za skupek povezanih in načrtovanih aktivnosti in ukrepov s ciljem nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe, pri čemer gre za sistematično zbiranje podatkov o izvajanju zdravstvene oskrbe, uvajanju standardov in z dokazi podprtih kliničnih smernic za kakovostno in stroškovno učinkovito zdravstveno oskrbo);
5. večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva (država se zaveda, da mora biti dober skrbnik sistema zdravstvenega varstva, ki so ji ga zaupali pravi lastniki – državljani, kar pomeni zavezo in odgovornost, da bodo pričakovanja državljanov izpolnjena kar najbolj učinkovito in kakovostno);
6. krepitev področja javnega zdravja (gre za izboljšanje zdravja prebivalstva in s tem boljša kakovost življenja).

Trenutno razprave o reformi slovenskega zdravstvenega sistema kažejo, da obstajajo velike razlike v pogledih, ali naj zdravstvo ostane pretežno del javnega sektorja ali pa je treba pričeti resno razmišljati o privatizaciji zdravstva ob upoštevanju njegove specifične vloge v zadovoljevanju potreb in uresničevanju načela pravičnosti in solidarnosti. Med zdravniki prevladuje mnenje, da morajo izvajalci zdravstvenih storitev ostati, tako kot doslej, pretežno v javnem sektorju in v organizacijski obliki negospodarskih javnih zavodov, med ekonomisti pa se vedno bolj uveljavlja mnenje, da je potreben temeljit razmislek o prihodnji organiziranosti zdravstvenih izvajalcev, predvsem v smeri zdravstvenih podjetij, ki naj poslujejo tako v javnem, kot v zasebnem sektorju. Poleg tega je potrebno povečati konkurenčne odnose, ne le

med izvajalci in zdravstvenimi zavarovalnicami, temveč tudi med zdravstvenimi izvajalci in uporabniki (bolniki), zdravstvenimi zavarovalnicami in dobavitelji. To bi pozitivno vplivalo na vzpodbujanje razvoja strateškega managementa v zdravstvu, določanje odnosov med managementom in vlado in spreminjanje zdravstvenih organizacijskih struktur iz togih v bolj fleksibilne (Tajnikar, Došenovič, 2004, str. 729). Z novo reformo se načrtuje postopen prehod s sedanje organiziranosti zdravstvenih domov na čedalje večjo koncesionarstvo zdravnikov, ki bi opravljali dejavnosti bodisi v sedanjih prostorih zdravstvenih domov bodisi zunaj njih (okviru zdravstvenih domov naj bi ostali le preventivna dejavnost in urgenca). S kombinacijo zasebnikov v osnovnem zdravstvu in svobodnih zdravnikov specialistov naj bi se skrajšale čakalne dobe, cene storitev naj bi bile višje, sam sistem pa naj bi bil zaradi pospešitve vseh procesov boljši in cenejši (Zupanič, 2005).

Tajnikar in Došenovič (2005, str. 16) trdita, da je v Sloveniji potrebna poleg privatizacije tudi komercializacija. Komercializacija pomeni razvijanje in uvajanje popolnoma tržnih dejavnosti, ponudbo novih zdravstvenih storitev in tudi storitev, ki so le posredno povezane z zdravstvom. Danes v slovenskem zdravstvenem sistemu večina javnih izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva posluje na pragu rentabilnosti, medtem ko zasebni izvajalci z novo obliko komercializacije in novo obliko stroškovne učinkovitosti dosegajo povprečni donos okoli 20 odstotkov. Po svetu se razmerja med zasebnimi in javnimi ponudniki zdravstvenih storitev razlikujejo. Zupanič (2005b) podaja primere Velike Britanije, Švedske in Nizozemske. V Veliki Britaniji so šele s prihodom Tonya Blaira uvedli dodatno zavarovanje, zasebne izvajalce in samoplačniško svetovanje, na Švedskem in Finskem imajo le sedem odstotkov zdravnikov zasebnikov, le Nizozemska ima prevladujoč delež zasebnništva.

Med izvajalci javne zdravstvene službe v Sloveniji prevladujejo javni zdravstveni zavodi, sledijo jim zasebniki s koncesijo, nekaj je tudi gospodarskih družb in zasebnih zavodov s koncesijo. Trendi v Sloveniji gredo v smeri povečevanja zdravnikov s koncesijo, predvsem z vidika konkurenčnosti in stroškovne učinkovitosti.

Iz Tabele 3 je razvidna rast števila izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva za 14 odstotkov. Glede na samo situacijo povečevanja števila zdravnikov s koncesijo se zdi zanimiv podatek, da se delež javnih zavodov povečuje hitreje, saj se je njihov delež v celotnem številu izvajalcev povečal za eno odstotno točko. Največji porast pri zasebnikih s koncesijo imajo v območni enoti Krško, javnih zavodov pa v območni enoti Nova Gorica (relativno gledano).

Tabela 3: Analiza števila izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva med letoma 2003 in 2005.

Območna enota	Število izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva						Indeks Javni zavodi 05/03	Indeks Zasebni ki 05/03	Indeks Skupaj 05/03
	Javni zavodi		Zasebniki s koncesijo		Skupaj				
	2003	2005	2003	2005	2003 3	2005 5			
Celje	7	10	96	118	103	128	143	123	124
Koper	6	9	96	103	102	112	150	107	110
Kranj	7	3	93	100	100	103	43	108	103
Krško	3	3	22	37	25	40	100	168	160
Ljubljana	18	22	281	308	299	330	122	110	110
Maribor	5	7	158	180	163	187	140	114	115
Murska Sobota	4	5	50	59	54	64	125	118	119
Nova Gorica	3	6	40	43	43	49	200	108	114
Novo mesto	4	6	34	42	38	48	150	124	126
Ravne na Koroškem	6	8	66	73	72	81	133	111	113
Skupaj	63	79	936	1063	999	1142	125	114	114
Delež v celotnem številu	6	7	94	93					

Vir: Došenovič, 2004, str. 58 (<http://www.zzzs.si/izvajalci>, 25.8.2003) in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, <http://www.zzzs.si/izvajalci>, 2.11.2005

4.3. Strategija slovenskega zdravstva

Strategija je pristop, s pomočjo katerega lahko dosežemo poslanstvo in postavimo vizijo organizacije. Organizacije imajo več poslovnih strategij, ki se nanašajo na različna strateška področja. Navadno se pojavljajo na več različnih nivojih – pri postavitvi posla, izboljšanju poslovne učinkovitosti in izboljšanju konkurenčnosti proizvodov. Enako velja tudi za javne organizacije, kot npr. zadovoljevanje potreb prebivalcev, izboljšanje tehnologije, izboljšanje poslovne učinkovitosti in izboljšanje družbene varnosti in počutja. Za vsako omenjeno področje imamo lahko več poslovnih strategij, ki določajo delo ljudi (Rohm, 2005). Svetic (1996, str. 166) opozarja, da morajo pri ugotavljanju strategije in ciljev zdravstvenega zavoda odločitve zdravstvenega zavoda vključevati koncept zdravstvene politike, s cilji pa morajo biti seznanjeni zaposleni. Okvir za oblikovanje bodočih usmeritev so širši družbeni interesi, pa tudi samostojno strokovno delo, humani odnosi med zaposlenimi, kakovost življenja, zadovoljstvo zaposlenih.

V Sloveniji imamo, kot temeljni strateški plan zdravstvene politike in razvoja zdravstvenega varstva, v letu 2000 sprejet Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (2000) (odslej Nacionalni program). Omenjeni dokument, ki vsebuje strategijo in razvojne usmeritve zdravstvenega varstva, prednostna razvojna področja, usmeritve in merila za oblikovanje mreže javne zdravstvene službe in odgovornosti za izvajanje nacionalnega programa zdravstvenega varstva, je osnovni izhodiščni dokument za strateško planiranje v zdravstvenih organizacijah (Košir, 2001, str. 28). Nacionalni program zdravstvenega varstva upošteva strateške usmeritve iz dokumenta Svetovne zdravstvene organizacije »Zdravje za vse do leta 2000«, zdravstveno stanje prebivalstva Slovenije, pogoje za politiko krepitev zdravja, zmanjševanje razlik v možnostih za zdravje različnih skupin prebivalcev in krepitev osebne odgovornosti za zdravje, zagotavljanju pravice do življenjskega okolja, ki omogoča najvišjo raven znanja in blagostanja, dvigovanje kakovosti zdravstvenega varstva in raziskave problematike zdravja. Poleg tega opredeljuje način zagotavljanja teh usmeritev ob upoštevanju celovitega sistema zdravstvenega varstva, gospodarskih in družbenih razmer v Sloveniji in vseh dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zdravje prebivalstva. Programi za krepitev zdravja posegajo tudi na mnoga področja zunaj zdravstva.

Osnovna strategija zdravstvene politike v nadaljnjem razvoju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je dvig kakovosti zdravja prebivalstva Slovenije in prilagajanje ter izboljševanje delovanja sistema v skladu s finančnimi možnostmi. Zdravstveno varstvo naj zagotavlja ustrezno zdravstveno varnost državljanov Republike Slovenije ob izvajanju razvojnih usmeritev in predlogov ukrepov za izpeljavo potrebnih nadaljnjih organizacijskih, kadrovskih in ekonomskih sprememb na vseh področjih varovanja in ohranjanja zdravja (Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje vse do leta 2004, 2000). V pripravi naj bi bil nov nacionalni program zdravstvenega varstva, ki bo zajel obdobje do leta 2013 (Zupanič, 2005). Glavna sprememba, ki naj bi jo omenjeni nacionalni program prinesel, je, kot sem že omenila pri reformi slovenskega zdravstva, zmanjševanje deleža javnih zavodov in povečevanje koncesionarstva zdravnikov.

5. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV V ZDRAVSTVENEM SEKTORJU

5.1. Uravnoteženi sistem kazalnikov v javnem sektorju

V modelu uravnoteženega sistema kazalnikov za zasebni sektor vsi kazalniki stremijo k izboljševanju vrednosti za delničarje (lastnike), kar pa ne velja za javni sektor. Njegov uspeh v javnem sektorju naj bi se meril s tem, kako učinkovito in uspešno so zadovoljili potrebe svojih strank (prebivalcev) (Olve, Roy, Wetter, 1999, str. 296-297). Uravnoteženi sistem kazalnikov v javnih organizacijah torej omogoča racionalizacijo njihovega poslanstva (servisiranje strank in odjemalcev, ne le enostavno s porabo v okviru proračunskih sredstev) in komunikacijo z zunanjimi odjemalci in zaposlenimi glede rezultatov poslovanja, s katerimi bo organizacija dosegla svoje poslanstvo in strateške cilje (Kaplan, Norton, 1996, str. 188).

V javnem sektorju manjka odgovor na navidez enostavno vprašanje: »Ali to kar delamo ustvarja kakšne spremembe, ali je kdo na boljšem zaradi našega truda?« Da lahko odgovorimo na to vprašanje, morajo vodstvo, managerji in zaposleni videti celotno poslovanje s širšega vidika (od vrha). Od sistema morajo zahtevati, da zagotavlja možnost za ocenjevanje doseganja prvotnega poslanstva organizacije. Uravnoteženi sistem kazalnikov omogoča merjenje delovanja tako zasebnemu, kot dobro urejenemu javnemu sektorju, ki je v fazi tranzicije v 21. stoletju (Niven, 2003).

Javne in državne organizacije imajo navadno probleme z oblikovanjem jasne strategije. Mnogi želijo razviti strategijo na mnogih straneh z vsemi možnimi podatki, kar pa ni ustrezno za pripravo učinkovitega uravnoteženega sistema kazalnikov (Niven, 2003). Strategija javnih organizacij naj bi bila sestavljena iz programov in pobud, ne pa iz rezultatov, ki naj bi jih organizacija dosegla. Pučko (2003, str. 344) opredeljuje proces strateškega managementa v nedobičkonosni organizaciji, kot proces strateškega planiranja in proces uresničevanja strategije. Njegova bistvena naloga je usklajevati organizacijo (njene značilnosti) s potrebami v njenem okolju. Strateško planiranje mora v tem okviru pomagati narediti temeljne odločitve in izoblikovati dejanja, ki bodo dale smer in značilnosti celotni organizaciji. Te odločitve so odvisne od pooblastil, ki jih dobiva organizacija, njenega poslanstva, spektra in ravni storitev, ki jih bo organizacija opravljala, stroškov, finančnih ter poslovnih in sploh organizacijskih rešitev.

Večina javnih organizacij ima težave z uravnoteženim sistemom kazalnikov, ker uvršča finančni vidik na prvo mesto, saj doseganje finančnega uspeha ni glavni cilj večine od teh organizacij (Kaplan, Norton, 2002a, str. B3-11). Niven (2003) izhaja iz poslanstva

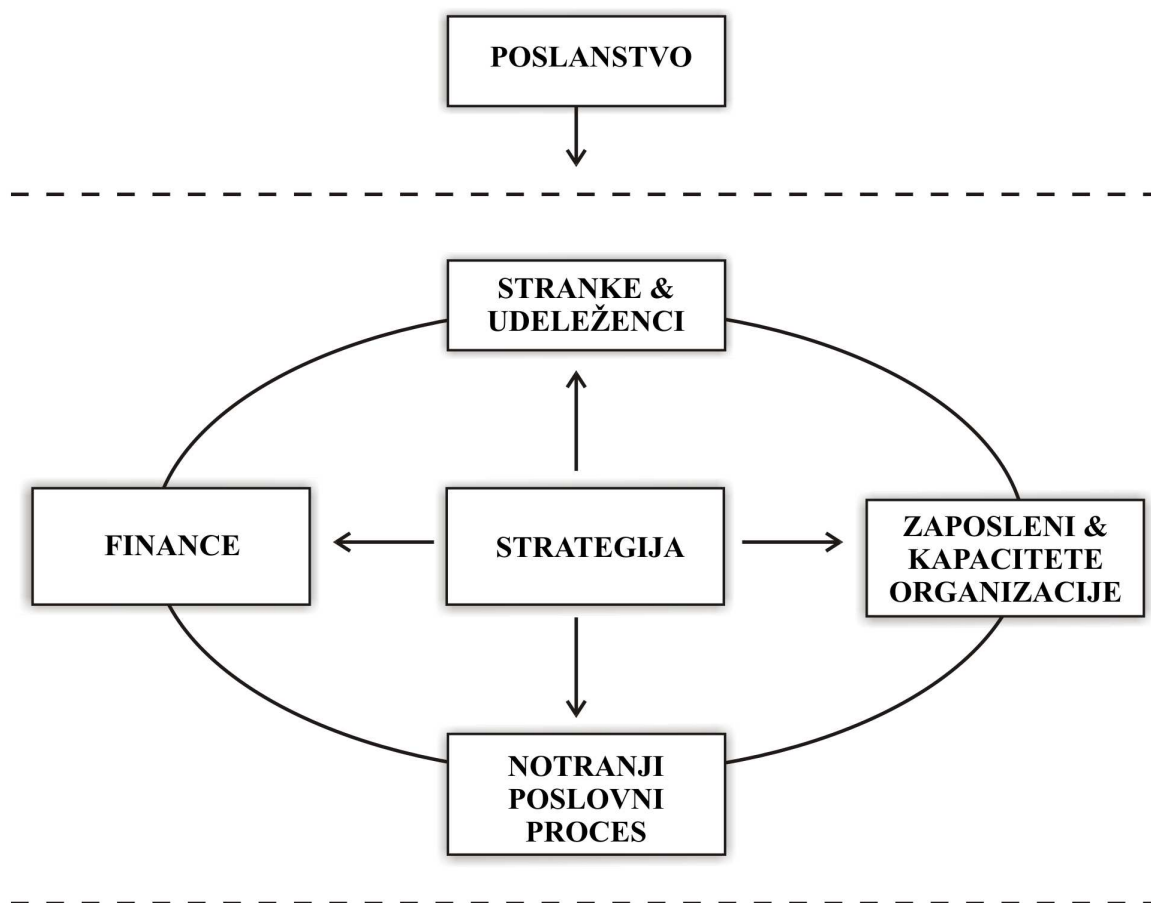
organizacije, kjer je pomembno določiti, kdo so stranke organizacije, lastniki. Glavno vprašanje, ki se pri tem pojavlja, je: »Kdo so naše stranke?« V teh organizacijah, ne tako kot v zasebnem sektorju, se pojavljajo različne skupine, ki opravljajo storitve, skupine, ki plačajo storitve, in skupine, ki imajo koristi od teh storitev. Določitev stranke v tem primeru lahko postane problem. Pomisliti je potrebno, za katero stranko opravljamo storitev. Vsako določeno skupino strank bo zanimal rezultat posameznih kazalnikov ostalih treh vidikov. Ko je skupina strank določena, je izbira kazalnikov delovanja postala bolj enostavna.

Pri ostalih treh vidikih uravnoveženega sistema kazalnikov je potrebno za javne organizacije (glede na zasebne) malce spremeniti interpretacijo, in sicer na naslednji način (Niven, 2003):

- *finančni vidik*; Vsaka organizacija, ne glede na to, ali je javna ali zasebna, lahko posluje in zadovoljuje potrebe strank le, če ima na voljo določena finančna sredstva. Finančni kazalniki v javnem sektorju lahko kažejo uspeh ali neuspeh pri skupini strank, s katero sodelujejo. Vendar finančna sredstva še niso zagotovilo, da bo storitev opravljena kvalitetno in poslanstvo doseženo. Pravzaprav bo v primeru, ko bodo storitve opravljene z najnižjimi stroški, vendar z največjo učinkovitostjo, pritegnile večjo pozornost in s tem več denarja s strani darovalcev;
- *vidik notranjih poslovnih procesov*; Ko pripravljamo kazalnike za ta vidik, se moramo vprašati: »Kateri so ključni notranji procesi, ki vplivajo na povečevanje naše vrednosti v očeh strank?« Vsaka javna organizacija, ne glede na velikost, mora imeti definirane procese, ki jo vodijo k njenemu cilju. Ključ uravnoveženega sistema kazalnikov je v tem, da izberemo in merimo le tiste procese, ki povečujejo vrednost organizacije v očeh strank, kar vodi organizacijo k doseganju svojega poslanstva;
- *vidik rasti in učenja*; Samo osnovo za vzpostavitev uravnoveženega sistema kazalnikov predstavljajo zaposleni in organizacijska infrastruktura. Uspeh samega izboljševanja poslovanja in zadovoljevanja potreb strank je v veliki meri odvisen od zaposlenih in orodij, ki jih uporabljajo za doseganje poslanstva. Navadno se cilji in kazalniki tega vidika spregledajo. Za ta vidik so pomembna tri področja: sposobnosti zaposlenih in njihove pristojnosti, pretok informacij (ali imajo zaposleni orodja in informacije, ki jim omogočajo učinkovite odločitve za povečevanje vrednosti za stranke) in organizacijska klima (predvsem zadovoljstvo in motivacija).

Slika 5 kaže osnovni koncept sistema kazalnikov v javnem sektorju. Sprememba z zasebnim sektorjem se pojavi pri poslanstvu (ključno vodilo javnih organizacij), opazna je sprememba vidika poslovanja s strankami v stranke in udeležence ter sprememba položaja finančnega vidika in vidika poslovanja s strankami (Rohm, 2005).

Slika 5: Uravnoteženi sistem kazalnikov v javnem sektorju



Vir: Rohm, 2005

5.2. Uravnoteženi sistem kazalnikov v zdravstvu

V nepridobitni javni zdravstveni službi je merjenje uspešnosti opravljanja zdravstvenih programov bolj zahtevno. Lahko sicer merimo in ugotavljamo, koliko smo delali, zelo težko ali skoraj nemogoče pa je vselej izmeriti, kaj smo v resnici naredili in koliko je to vredno. Kako izmeriti ali vsaj korektno oceniti, koliko smo prispevali k »boljšemu, dodanemu zdravju« skupnosti z opravljanjem zdravstvenih programov v javni službi? Kako priti do zanesljivih kazalnikov (meril, indikatorjev), ko pa vemo, da dobro ali slabo zdravje ljudi ni odvisno le od delovanja javne zdravstvene službe?

Uspešnosti ne pojmujejo vsi enako. Za zdravstvene delavce, zlasti zdravnike, je uspeh ozdravitev, ki jo dosežejo s skupnimi prizadevanji z bolnikom. Za poslovni management javnega zdravstvenega zavoda ter za javne plačnike zdravstvenih storitev pa je uspeh popoln, če je bila ozdravitev dosežena z gospodarno porabo razpoložljivih virov. Za popoln uspeh je

torej pomembno, da smo hkrati uspešni pri doseganju zdravstvenih izidov ter učinkoviti pri porabi virov, ki jih imamo (Česen, 2003, str. 190). V 21. stoletju, je uspešen management v zdravstvu odvisen od organizacij in direktorjev, ki ustvarjajo ravnotežje med kvaliteto in zadovoljstvom strank s primernimi finančnimi in dolgoročnimi cilji. Danes se morajo zdravstvene organizacije soočati z vodenjem zdravstva, kontrolo države, novo tehnologijo in povečanimi cenami zdravil (Shutt, 2003).

Nekatere zdravstvene organizacije so že spoznale, da ne smejo gledati le finančnih kazalnikov, ko vrednotijo svoje poslovanje, ostale pa še vedno ugotavljajo, katere kazalnike naj izberejo in kako naj uporabijo rezultate teh kazalnikov. Zaradi povečevanja števila managerjev v zdravstvu, ki so že določili nek koncept (Castaneda-Mendez, 1999), morajo zdravstvene organizacije hitro izboljšati svoje sisteme za merjenje delovanja. Osrednja vsebina dela managementa v zdravstvu temelji na strategiji, ki spreminja poslanstvo v dejavnost, na vodenju ljudi in na samorazvoju (Hočevar, 2001, str. 34). Za nadzor nad uresničevanjem planov in merjenjem poslovne uspešnosti je na voljo precej managerskih orodij. Med njimi tudi uravnoteženi sistem kazalnikov, ki omogoča (Košir, 2001, str. 29-30):

- celovito merjenje poslovne uspešnosti in učinkovitosti organizacije in njenih posameznih organizacijskih enot (motiviranje odgovornih nosilcev za uspešno izvajanje planov, primerjavo med posameznimi organizacijami in njenimi organizacijskimi enotami itd.),
- vodenje organizacije s pomočjo štirih medsebojno prepletajočih se vidikov,
- povezanost strateškega in letnega planiranja s finančnim poslovanjem,
- povezanost strateških in letnih ciljev s potrebnimi dejavnostmi (npr. dejavnostjo dodatnega izobraževanja in usposabljanja),
- kontinuirano posodabljanje strateškega plana in
- povratno zanko strateškega učenja (samoučeča organizacija, ugotavljanje oziroma pregled vzrokov ter posledic glede na cilje, aktivnosti in rezultate).

Woodward, Manuel in Goel (2004) pravijo, da je bil uravnoteženi sistem kazalnikov namenjen temu, da managementu zagotovi pregled celotnega delovanja organizacije v povezavi z njenimi cilji. Ne osredotoča se le na en posamezni vidik, kot so npr. finance, raje prenaša strateške cilje organizacije v niz kazalnikov delovanja, pri čemer izloči nepotrebne informacije. Sistem kazalnikov omogoča uravnoteženi pogled na organizacijo, na njene prednosti in tveganja pri strateških in poslovnih odločitvah. Velik problem se pojavi pri identificiranju strank, ki so bile včasih predvsem bolniki in zdravniki, danes stranka v zdravstvu lahko predstavlja različne zdravstvene organizacije, plačnike, zdravniške organizacije, bolnike, skupnosti ter državne in lokalne oblasti (Shutt, 2003). To orodje lahko zaposlenim in drugim udeležencem, vključno z javnostjo, pripomore k boljšemu razumevanju ključnih strategij organizacije. Študija zdravstvenih organizacij, ki so prevzele uravnoteženi sistem kazalnikov, je ugotovila naslednje prednosti (Woodward, Manuel, Goel, 2004):

- osredotočanje organizacije na poslanstvo in strategije,
- kontrola in ocenjevanje uvajanja strategije,
- mehanizem za komuniciranje in sodelovanje,
- dodelitev odgovornosti za delovanje na vseh področjih organizacije ter
- stalna povratna informacija glede na strategijo in priložnosti.

V zdravstvu je velika količina podatkov, vendar malo informacij za ustrezne odločitve. Eden od razlogov je ta, da imajo nekaj neodvisnih virov podatkov, ki med sabo niso povezani, zato težje pridejo do realne slike poslovanja organizacije. Vsi udeleženci, še posebno zdravniki, morajo dobiti informacije, ki so točne, razumljive in primerne za njihov nivo. Pomembno je, da se skupine osredotočijo na njihovo lastno poslovanje (Meliones et al., 2002, str. C7-1-2).

Kot primer, lahko navedem zdravstveni model v Ontariu za upravo organizacije Workplace Safety&Insurance board. Najprej so postavili svojo strategijo in jo dali v pregled svetovalcem, ki so jim predlagali model, kot sledi (Health Care Model. Workplace Safety&Insurance Board, 1999):

- zdravstvene storitve se kupujejo tam, kjer je najbolj pomembna kvaliteta;
- zdravstvena nega, ki se zagotavlja delavcem, mora izkazovati klinične dokaze in mora slediti najboljšim navodilom prakse, kjer je to možno in primerno;
- plačila izvajalcem so v skladu z doseženim rezultatom.

Za nov model so jim svetovali tri strategije:

- točno, ob pravem času in prava informacija glede zdravstvenega stanja delavca mora biti zagotovljena s strani izvajalca zavarovalnici, ki lahko pri tem uporabi avtomatiziran sistem (večja učinkovitost);
- pristop glede plačila mora biti fleksibilen;
- zdravstvene storitve morajo biti ovrednotene s pomočjo uravnoveženega sistema kazalnikov, ki morajo vsebovati faktorje, kot so fizični in funkcionalni status delavca, zadovoljstvo delavca in delodajalca in finančne kazalnike.

Iz omenjenega je razvidno, da javnim organizacijam primanjkuje strateško razmišljanje. Navadno ni direktne povezave med strategijo in ključnimi kazalniki ter nobenih podatkov, ki bi ugotavljali, ali dosegajo strategijo. Če organizacija ne uspe dosegati ciljev, postaneta poslanstvo in vizija zamegljena, osebje postaja nezadovoljno in pride do razvoja krize. Ko pade donos, postane poslanstvo ogroženo in programi ter storitve postanejo tarča odstranitve.

Način, kako lahko v desetih korakih uvedemo uravnoveženi sistem kazalnikov v javno ali zasebno organizacijo, predstavlja Oliviera (2002, str. C2-2-4):

1. opredelitev poslovnega primera – določanje strokovnjakov in ključnih udeležencev, vključevati mora tudi finančna sredstva in plan dela;
2. identificiranje strategij – ugotovitev poslovnih strategij za posamezni poslovni primer, npr. stroškovna strategija, tržna strategija, strategija učinkovitosti;
3. identificiranje ciljev – določanje ciljev, ki se nanašajo na že omenjene štiri vidike – finančni, poslovanje s strankami, notranjih procesov poslovanja ter učenja in rasti;
4. identificiranje kazalnikov delovanja – za vsak cilj je potrebno določiti rezultat in vodila, kako lahko do teh rezultatov pridemo, kazalniki morajo meriti trende, želeno pot, vzročno posledične odnose med vodili in rezultati delovanja;
5. identificiranje virov podatkov – finančni podatki iz računovodskih podatkov, demografski in količinski podatki, vrste zavarovanj iz zdravstvenih evidenc;
6. ustvarjanje baz podatkov – povzeti jih moramo iz različnih notranjih in zunanjih informacijskih sistemov in baz podatkov;
7. izbiranje informacijske tehnologije;
8. ustvarjenje uravnoteženega sistema kazalnikov – inštalacija računalniške opreme in programov, ustrezni podatki se morajo prenesti v novo bazo podatkov;
9. uvajanje strategije – s pridobljenimi kazalniki se mora organizacija odzvati na cilje, ki niso bili doseženi, in vzpodbujati tiste, ki so bili;
10. izboljševanje in ponovna uporaba - dodajanje novih poslovnih strategij.

V Tabeli 4 je predstavljen rezultat (kazalniki) vseh štirih vidikov uravnoteženega sistema kazalnikov na primeru zdravstvene organizacije – kardiološki center, ki so določeni s pomočjo zgoraj omenjenih desetih korakov uvajanja uravnoteženega sistema kazalnikov.

Tabela 4: Primer uravnoteženega sistema kazalnikov za kardiološki center

Strategija	Cilj	Rezultat	Vodilo
	Finančni vidik		
Stroškovna	Doseči dobičkonosno rast	↓ povprečni skupni strošek na primer	↓ povprečna ležalna doba
Stroškovna	Izboljšati finančno delovanje	↑ vrednost obveznic	↓ vloženih fin. obveznosti
Tržna	Optimizacija zdravstvenih storitev (product mix)	↓ marže plačnikom glede na obseg	↑ definirane pogodbe s plačnikom
	Vidik poslovanja s strankami		
Tržna	Izboljšati kvaliteto storitev	↑ raziskava zadovoljstva strank	↑ izobraževanja, osveščanja bolnikov
Tržna	Razviti ciljne trge plačnika	↑ načrt tržnega deleža	↑ sredstva, namenjena za trženje na pogodbo plačnika
Tržna	Razviti ciljne trge zdravnika	↑ tržni delež kardiologije	↑ število kardioloških izpostav
Učinkovitost	Izboljšati zdravstveni status	↑ določenih zdravstvenih raziskav	↑ procent bolnikov, ki jim grozi odpoved srca
Tržna	Izboljšati/okrepiti imidž glede na segmente strank	↑ tržni pristop glede na skupne rezultate	↑ sredstva, namenjena za reklamo na posteljo
	Vidik notranjih poslovnih procesov		
Učinkovitost	Izboljšati klinične inovacije	↓ porabo kliničnih virov	↑ sredstva, namenjena raziskavam, kot delež v sredstvih, namenjenih poslovanja kardiologije
Stroškovna	Izboljšati poslovno produktivnost	↓ dnevov vezave terjatev	↓ delež zavrženih terjatev zaradi nepopolnih informacij
	Vidik učenja in rasti		
Učinkovitost	Nadgradnja pristojnosti zaposlenih	↑ pomembnost strateških izkušenj in znanj	↑ delež zdravnikov, potrjenih s strani uprave
Učinkovitost	Ustvariti klimo	↑ raziskav klime med zaposlenimi	↑ delež zdravstvenega osebja, ki je imelo izobraževanje s področja managementa

Vir: Povzeto po Oliveira, 2002, str. C2-3.

Pri uvajanju uravnoveženega sistema kazalnikov v posamezno organizacijo ima velik pomen informacijska tehnologija. Veliko organizacij uresničuje koristi uravnoveženega sistema kazalnikov z uporabo tehnologij, ki umeščajo uravnoveženi sistem kazalnikov v poslovni proces, s čimer podpirajo njegove zahteve. Zelo pomembno je, da ko se odločajo za njegovo oblikovanje vedo, kakšen informacijski sistem imajo oziroma kaj potrebujejo. Informacijski sistem za podporo uravnoveženega sistema kazalnikov mora imeti osnovne elemente uravnoveženega sistema kazalnikov, ki so (Balanced Scorecard Functional Standards Release 1.0a, 2000):

- štirje vidiki: finančni, stranke, notranji poslovni proces ter učenje in rast;
- strateški cilji, ki kažejo, kako naj bi se strategija izvajala;
- kazalniki, ki morajo meriti poslovanje ter izražati napredek k doseganju cilja (kazalnik mora biti vrednostno merljiv);
- ciljna vrednost, ki je vrednostno merljiv cilj za vsak kazalnik, celoten niz ciljnih vrednosti postane osrednji cilj organizacije. Ciljna vrednost oblikuje priložnost za doseganje uspeha, organizaciji pomaga kontrolirati napredek pri doseganju strateških ciljev in pričakovanj;
- vzročno-posledični odnos, ki prikazuje povezave med posameznimi cilji, le-ta pa se lahko med cilji spreminja.

Poleg tega je pomembno, da ti elementi z vidika komunikacije in strateškega izobraževanja izražajo vse štiri vidike, cilji morajo biti definirani s stavkom ali dvema, kjer opisujejo strateško stanje, kazalniki in ciljna vrednost so izkazani s formulami, enoto mere, določati morajo periodičnost poročanja, odgovornost poročanja, vire podatkov, datum ciljne vrednosti in pretekle podatke o ciljni vrednosti. Pomembna je tudi povratna informacija in učenje, pri čemer mislim predvsem na poročanje, kjer lahko ciljne vrednosti primerjamo s preteklim poslovanjem (Balanced Scorecard Functional Standards Release 1.0a, 2000).

6. URAVNOTEŽENI SISTEM KAZALNIKOV V ZDRAVSTVENEM DOMU BLED IN ZDRAVSTVENEM DOMU BOHINJ

6.1. Predstavitev poslovanja Zdravstvenega doma Bled in Zdravstvenega doma Bohinj ter njegove organizacijske strukture

Občini Bled in Bohinj imata 16.121 prebivalcev (glede na popis prebivalstva, izveden v letu 2002, od tega jih je v občini Bled 10.899), kar predstavlja 0,82 % slovenskega prebivalstva. V obeh zdravstvenih domovih je zaposlenih 10 zdravnikov, kar je en zdravnik na 1.612 prebivalcev. Slovensko povprečje znaša 1.337 prebivalcev na zdravnika (v letu 2002), kar

pomeni, da bi občini morali imeti vsaj dva zdravnika več (Popis 2002, 2003). Omenjeno kaže splošno znano pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji.

Zdravstveni dom Bled in zdravstveni dom Bohinj (odslej ZD Bled – ZD Bohinj) predstavlja eno organizacijsko enoto Osnovnega zdravstva Gorenjske (odslej OZG), ki je pravna oseba (javni zavod) in nastopa v pravnem prometu, povezanem z dejavnostjo, samostojno in odgovarja za svoje obveznosti do višine sredstev, s katerimi razpolaga. S 1. julijem 2004 se je enota ZD Radovljica, s sedežem na Bledu, razdelila na enoto ZD Radovljica in enoto ZD Bled – ZD Bohinj. Poleg ZD Bled – ZD Bohinj ima OZG v svoji sestavi še naslednje organizacijske enote (Odlok o preoblikovanju OZG, 2004):

- Zdravstveni dom (odslej ZD) Jesenice,
- ZD Radovljica,
- ZD Tržič,
- ZD Kranj,
- Zobna poliklinika Kranj,
- ZD Škofja Loka in
- Uprava.

Slika 6: Občine, ki so ustanoviteljice Osnovnega zdravstva Gorenjske



Vir: Hovnik-Keršmanc, Hafner, 2002, str. 7

Njegove ustanoviteljice, pri tem posredno tudi organizacijskih enot, so občine, ki so predstavljene tudi na Sliki 6 (17 jih je - Bled, Bohinj, Radovljica, Cerklje, Jezersko, Kranj, Naklo, Preddvor, Šenčur, Gorenja vas-Poljane, Škofja Loka, Železniki, Žiri, Jesenice, Kranjska gora, Žirovnica, Tržič).

OZG opravlja zdravstveno dejavnost na primarni ravni, ki v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (2004) zajema izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti na območju ustanoviteljic ter v skladu z opredelitvijo dejavnosti v Odloku o preoblikovanju OZG (2004) (med drugim - upravljanje z nepremičninami za plačilo ali po pogodbi, dajanje pisarniške in računalniške opreme v najem, obdelavo podatkov, zobozdravstveno dejavnost, računovodske, knjigovodske in revizijske dejavnosti, davčno svetovanje itd.). V mejah osnovne zdravstvene dejavnosti:

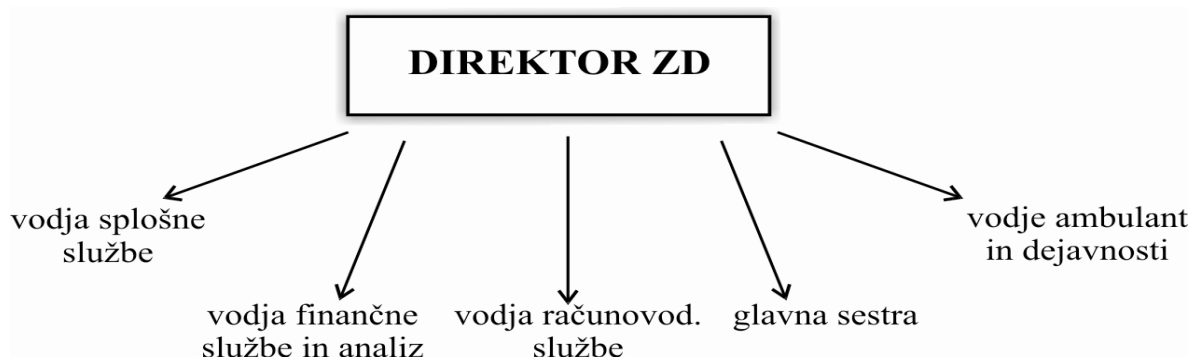
- organizira preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev,
- zagotavlja nujno medicinsko pomoč,
- izvaja zdravstveno varstvo odraslih (splošna medicina),
- izvaja zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine,
- zagotavlja patronažno varstvo ter laboratorijsko in drugo diagnostiko,
- izvaja družinsko medicino,
- izvaja preventivno in kurativno zobozdravstvo vseh skupin prebivalcev,
- izvaja medicino dela, prometa in športa,
- izvaja fizioterapijo in rehabilitacijo,
- zagotavlja urgentne in neurgentne reševalne prevoze in
- izvaja specialistično ambulantno dejavnost in v njenem okviru zagotavlja specialistične storitve s področja, ki niso vezana na bolnišnično zdravljenje in v skladu s priznano zdravstveno mrežo na območju Gorenjske.

Zdravstveni dom je nastal kot rezultat potreb, da se prebivalstvu zagotovi dostopno zadovoljevanje osnovnih zdravstvenih potreb po pravici do zdravja. V Sloveniji imajo zdravstveni domovi dolgo tradicijo, saj so nastali že pred drugo svetovno vojno (Veternik, 2001, str. 37).

Organizacija vodenja v slovenskih zdravstvenih domovih je povečini podobna, manjše razlike so le med večjimi in manjšimi zdravstvenimi domovi. Povprečni zdravstveni dom danes zaposluje od 100 do 150 delavcev (ZD Bled – ZD Bohinj imata 63,5 zaposlene), praviloma ga vodi zdravnik, ki del svojega časa dela tudi v svoji ambulanti. Širši management zdravstvenega doma sestavljajo direktor, dva ali tri vodje iz administracije, glavna sestra in vodje posameznih ambulant ter dejavnosti (vodja splošne medicine, otroškega in šolskega dispanzerja, laboratorija, fizioterapije, nege in patronažnih služb itd.), kar je razvidno iz Slike 7.

Informacije med člani managementa potekajo vertikalno in horizontalno, delo vodij je pretežno individualno, po potrebi glede na problematiko, tudi timsko oziroma skupinsko. Večina zdravstvenih domov ima organizirane skupne kolegije, kjer se občasno, ali pa redno mesečno, sestanejo vsi vodje služb in oddelkov. Poleg rednih kolegijev, kjer sodelujejo vsi vodje oziroma člani širšega managementa, se običajno tedensko, ali glede na potrebe, sestaja ožji kolegij, ki ga sestavljajo vodja splošne službe, vodja finančne in računovodske službe, glavna sestra in direktor (operativni management). Naloge ožjega kolegija so v glavnem reševanje tekoče problematike, povezane s finančnimi težavami, kadri, zaposlovanjem, pripravo določenih gradiv, analiz za Občine in druge organe. Kadar se odloča o nakupu strokovne opreme, kjer je potrebno mnenje vodje posamezne službe (npr. vodje splošnih ambulant, vodje laboratorija itd.), se v ožji kolegij povabi tudi vodjo te službe (Veternik, 2001, str. 39).

Slika 7: Organizacijska struktura ZD



Vir: Veternik, 2001, str. 39

ZD Bled – ZD Bohinj ima na osnovi pooblastila direktorja OZG in določb statuta še druga pooblastila v pravnem prometu, poleg opravljanja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. Le-ta so sklepanje poslov za nabavo materiala in storitev ter poslov v zvezi z investicijskim vzdrževanjem do višine, za katero se javno naročilo izvaja v skladu s pravili za naročanje malih vrednosti, vodenje kadrovske politike v skladu s smernicami strokovnega sveta oziroma direktorja, odgovornost za strokovno delo v zdravstvenem domu v skladu z zakoni itd.

Organi ZD Bled – ZD Bohinj so direktor, glavna sestra in strokovni kolegij. Direktor organizira in vodi poslovanje in je neposredno odgovoren za zakonitost poslovanja, strokovnost dela in, v okviru svojih pooblastil, za poslovni uspeh enote. Imeti mora univerzitetno izobrazbo medicinske smeri in najmanj 5 let delovnih izkušenj v zdravstvu. Njegove naloge so določene v statutu. Med drugim so njegova pooblastila, da odgovarja za zakonitost dela, direktorju zavoda poroča o vodenju zdravstvenega doma, pripravlja plane nabav opreme in investicijskega vzdrževanja ter plane strokovnega izobraževanja v zdravstvenem domu.

ZD Bled – ZD Bohinj ima dve glavni sestri, katerih naloga je, da organizirata in vodita dejavnost zdravstvene nege in sta neposredno odgovorni za strokovnost dela v okviru svojih pooblastil. Njune naloge so prav tako določene v statutu, med katerimi sta glavni nalogi načrtovanje, vodenje, organiziranje in nadziranje dejavnosti zdravstvene nege ter usklajevanje izvajanja zdravstvene nege z vsemi strokovnimi službami in dejavnostmi ZD Bled – ZD Bohinj.

Strokovni kolegij je posvetovalni organ in ga sestavljajo vodje služb ZD Bled – ZD Bohinj in glavni sestri. Vodi ga direktor obeh zdravstvenih domov. ZD Bled in ZD Bohinj delujeta na dveh lokacijah, zato ima ZD Bohinj tudi svojega vodjo, katerega imenuje direktor.

Organizacijska struktura zaposlenih v ZD Bled:

- zaposleni v ZD Bled, katerih delo je krito iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja:
 - 3 splošne ambulate – specialisti splošne medicine,
 - medicina dela – specialist,
 - otroški dispanzer – pediater,
 - dispanzer za žene – specialist,
 - zobozdravnik – mladinsko zobozdravstvo Osnovne šole Bled,
 - laboratorij,
 - rentgen z ultrazvokom – specialist radiologije,
 - fizioterapija,
 - patronažna služba in
 - reševalna postaja;
- zunanji sodelavci (niso zaposleni v ZD Bled), katerih delo je krito iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja:
 - 2x tedensko okulist in
 - 1x tedensko ortoped;
- zasebniki:
 - koncesionar nevrolog in
 - 3x koncesionar zobozdravnik.

Organizacijska struktura zaposlenih v ZD Bohinj:

- zaposleni v ZD Bohinj, katerih delo je krito iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja:
 - 2 splošna zdravnika,

- splošni zdravnik – pediater,
- 1x tedensko ginekolog iz ZD Bled,
- fizioterapija,
- patronažna služba in
- laboratorij.

Poleg tega izvajajo še šolo za starše in preventivne delavnice na teme (v obeh zdravstvenih domovih):

- zdravo hujšanje,
- zdrava prehrana,
- opuščanje kajenja,
- delavnica: življenjski slog,
- delavnica: test hoje,
- delavnica: dejavniki tveganja in
- preventivne mikrocetre – merjenje krvnega tlaka, krvnega sladkorja in holesterola.

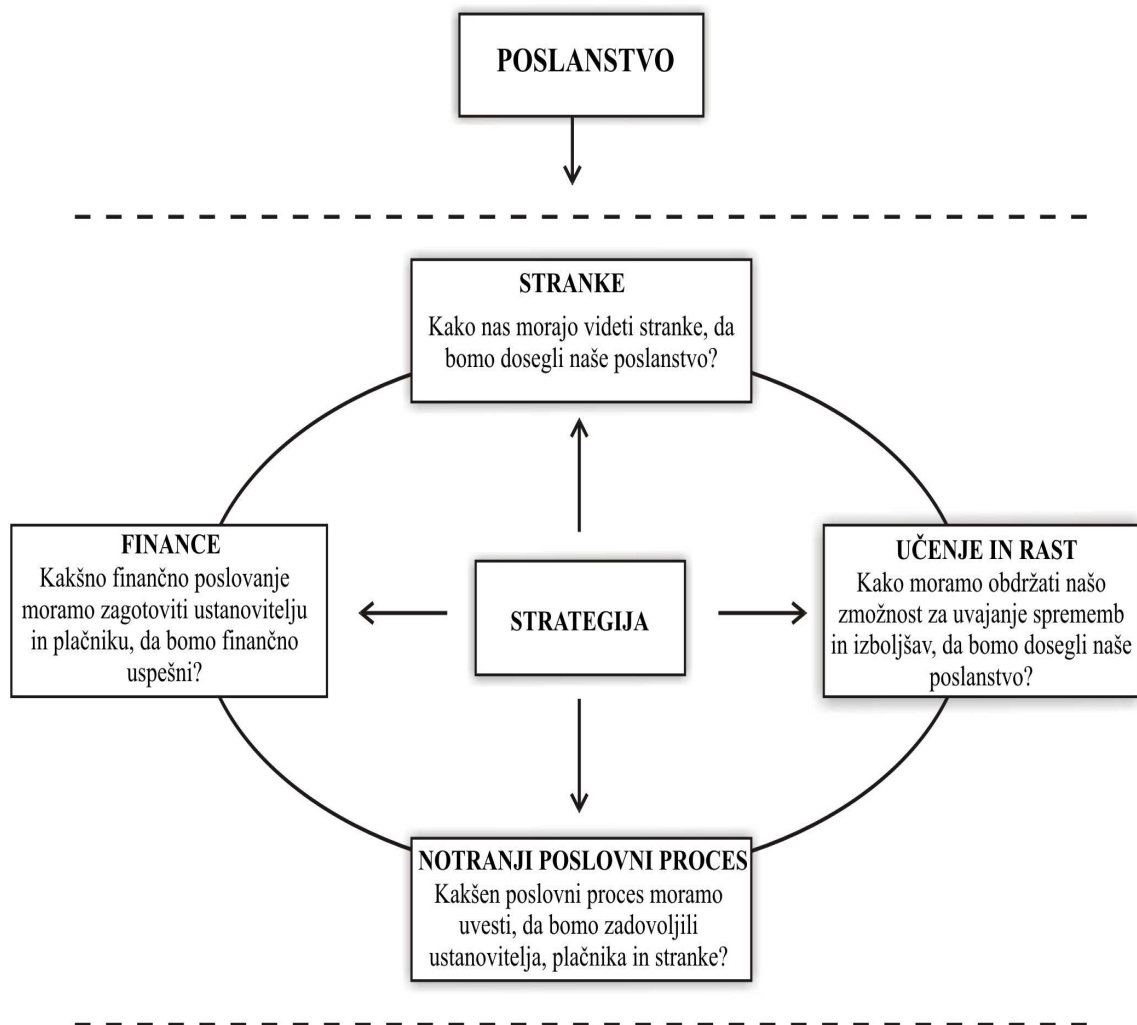
6.2. Uravnoreženi sistem kazalnikov v ZD Bled – ZD Bohinj

Glavni namen vzpostavitve uravnoreženega sistema kazalnikov v ZD Bled – ZD Bohinj je merjenje njune uspešnosti poslovanja oziroma merjenje uspešnosti uresničevanja strategije ter dolgoročno in kratkoročno postavljenih ciljev z vidika strank, financ, notranjih poslovnih procesov ter učenja in rasti. Z izbranimi kazalniki bo zdravstveni dom meril doseganje ciljev in ciljnih vrednosti. Na podlagi tega bodo lahko pripravljali periodična poročila, s pomočjo katerih bodo ugotavljali uspešnost poslovanja z vidika doseganja ciljev in ciljnih vrednosti, poleg tega se bodo lahko primerjali z vsemi zdravstvenimi domovi na Gorenjskem ter, v primeru javno objavljenih podatkov, tudi z drugimi zdravstvenimi domovi v Sloveniji, kar sem storila tudi sama. Za primerjavo poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj in OZG sem pridobila letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana (odslej ZD Ljubljana) za leto 2004, katerega podatki so mi, poleg plana, realizacije preteklega leta ZD Bled – ZD Bohinj oziroma OZG (v primeru finančnih podatkov), predstavljali tudi primerjalni podatek.

Da bi vzpostavili uravnoreženi sistem kazalnikov, so potrebni štirje koraki (Chow et al., 2002, C4 - 4) (Slika 8):

1. določanje poslanstva zdravstvenega doma,
2. določanje ciljev, ki so povezani s strategijo (ki je dana s strani države),
3. doseganje ciljev, pridobivanje sredstev in
4. povratna informacija ter učenje.

Slika 8: Štirje koraki za vzpostavitev uravnoteženega sistema kazalnikov



Vir: prirejeno po Chow et al., 2002, str. C4-4 in Rohm, 2005

V magistrskem delu ne bodo predstavljeni vsi štirje koraki, osredotočila se bom na poslanstvo in cilje, ki izhajajo iz njega, in strategije ter določila kazalnike, s katerimi bi lahko zdravstveni dom spremljal učinkovitost svojega poslovanja. Povratno informacijo in učenje pa bodo spremljali sami, s pomočjo odmikov med doseženimi kazalniki in ciljno vrednostjo le-teh.

Glede na to, da je v zdravstvenem sistemu v Sloveniji strategija določena v Nacionalnem programu, nimamo veliko možnosti za njeno prilagajanje. Odločila sem se, da bom glede na to, da je Nacionalni program precej obširen, izhajala iz njega, saj kaže trenutno politiko zdravstvenega sistema v Sloveniji (sprememb zaenkrat še ni). Poleg tega je OZG dokaj velika organizacija, katere namen je, vsaj po mojem mnenju, da optimizira vse skupne dejavnosti za vse zdravstvene domove na Gorenjskem in s tem prihrani sredstva in potreben čas.

Za vsak vidik bom najprej določila strategijo iz Nacionalnega programa in dogovorov (Splošni in Področni dogovor), sklenjenih z ZZZS, saj v ZD Bled – ZD Bohinj nimajo posebne strategije ter kratkoročne in dolgoročne cilje, ki naj bi jih ZD Bled – ZD Bohinj dosegel. Na podlagi tega bom določila kazalnike, s katerimi naj bi merili uspešnost doseganja postavljene strategije in ciljev. Za vsak kazalnik posebej bom določila ciljno vrednost na podlagi ustreznih podatkov primerljivih zdravstvenih domov oziroma organizacij, katero bom primerjala z vrednostjo, ki jo ZD Bled – ZD Bohinj trenutno dosega. Poleg tega bom določila tudi periodiko poročanja, pri čemer bo določeno krajše obdobje za kazalnike, katerih sedanja vrednost se bistveno razlikuje od ciljne vrednosti.

6.2.1. Poslanstvo, strategija, cilji

Eden od temeljnih družbenih ciljev je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja prebivalcev, saj lahko le prebivalci, ki imajo možnost za zdravo rast, telesni in duševni razvoj, ostanejo čim dlje zdravi, so sposobni polno prispevati k razvoju družbe (Hovnik-Keršmanc in Hafner, 2002, str. 101).

Problem zdravja je širok in ga je treba obravnavati v najširšem družbenem kontekstu. Pri tem je zdravstveno varstvo le eden izmed sektorjev družbe, ki lahko prispeva k boljšemu zdravju prebivalcev. Država, regija in občine pa so tiste, ki morajo ustvariti take razmere za življenje posameznikov in družin, da bodo za zdravje lahko skrbeli sami. Odgovornost za zdravje, predvsem s svojim ravnanjem, pa nosimo tudi prebivalci sami (Hovnik-Keršmanc in Hafner, 2002, str. 101).

6.2.1.1. Poslanstvo ZD Bled – ZD Bohinj

Poslanstvo OZG, s tem tudi ZD Bled – ZD Bohinj, je opredeljeno v planu poslovanja za leto 2005. Opredeljujejo ga kot zagotovitev nujne medicinske pomoči in neodložljivih medicinskih storitev vsem osebam, prebivalcem Gorenjske (prebivalcem občin Bled in Bohinj) pa zagotavljajo, da v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja zadovoljujejo svoje potrebe po preventivnih in kurativnih zdravstvenih storitvah.

6.2.1.2. Strategija ZD Bled – ZD Bohinj

Po razgovorih z managementom in pregledu gradiv v ZD Bled – ZD Bohinj nimajo posebej določene strategije. Strategija OZG in ZD Bled - ZD Bohinj je predstavljena v Nacionalnem programu. Nacionalni program opredeljuje način zagotavljanja usmeritev, ob upoštevanju celovitega sistema zdravstvenega varstva, gospodarskih in družbenih razmer v Sloveniji in vseh dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zdravje prebivalstva.

Po mojem mnenju morajo imeti strategijo, ki je usklajena z Nacionalnim programom in Splošnim dogovorom za poslovno leto 2005 (odslej Splošni dogovor) (2005), pri čemer je njihov glavni namen izboljševanje zdravstvenega stanja v občini. Paziti morajo, da je njihovo poslovanje in doseganje strategije v skladu s finančnimi zmožnostmi, to pomeni, da svoje poslovanje uskladijo s politiko ZZZS in večjo pozornost posvečajo preventivni dejavnosti, kot je na primer osveščanje prebivalcev preko medijev, preventivne delavnice. Poleg tega je primerno, da se strategija določa za vsak vidik posebej, kar omogoča, da je poslovanje zdravstvenega doma z vseh vidikov v skladu z Nacionalnim programom in Splošnim dogovorom.

6.2.1.3. Cilji ZD Bled – ZD Bohinj

Dolgoročni cilji, ki jih prikazujejo v poslovnem poročilu za leto 2004, so tesno povezani z izvajanjem zdravstvene dejavnosti in so v skladu z zakonom. Zagotoviti želijo kakovost, potreben strokoven kader, ustrezne pogoje za delo, ustrezno opremo, izobraževanje zaposlenih, varstvo osebnih podatkov, informatiko itd.

Kratkoročni cilji, ki so jih želeli doseči v letu 2005, so realizacija planiranih zdravstvenih storitev, skrajševanje čakalnih dob, skrb za kakovost opravljenih storitev, zniževanje stroškov, nadaljevanje z deli pri obnovi opreme in posodobitvi informacijskega sistema, nadaljevanje del pri ureditvi prostorov za opravljanje dejavnosti, da bodo le-ti sodobni, funkcionalni in prijazni do zaposlenih in pacientov. Vse to želijo doseči z ustreznim strokovnim kadrom, dodatnim zaposlovanjem potrebnih kadrov in dodatnim strokovnim izobraževanjem že zaposlenih.

V ZD Bled – ZD Bohinj bom opredelila vse vidike, razen finančnega, ter del učenja in rasti. Finančni vidik sem opredelila v okviru OZG, saj le-ta opravlja to funkcijo v celoti, zdravstveni domovi mu le pošiljajo finančne podatke, kjer jih nato dodatno obdelujejo. Z vidika učenja in rasti pa v OZG pripravljajo tudi plan investicij in javna naročila večjih vrednosti.

6.2.2. Vidik poslovanja s strankami

6.2.2.1. Opredelitev strank ZD Bled – ZD Bohinj

Njihove ključne stranke so: bolniki, ustanovitelj (Občini Bled in Bohinj), plačnik (ZZZS), Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj (ZZZV), javni zavodi med sabo, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije.

Bolnik. Osrednja pozornost v zdravstvenem varstvu je namenjena bolnikom, njihovem dobremu počutju in varovanju njihovega zdravja. Stališča bolnikov je treba upoštevati v procesu izvajanja oskrbe in sistemu izboljševanja kakovosti. Na vseh stopnjah oskrbe so nam podatki o bolnikih (o njihovih zdravstvenih potrebah, željah, pričakovanjih, mnenjih, zdravstvenem stanju, kakovosti življenja, izkušnjah, pritožbah zadovoljstvu, ocenah itd.) v veliko pomoč pri ugotavljanju težav v zvezi s kakovostjo, postavljanju smernic in pri ocenjevanju in izboljševanju dejanske oskrbe. Te podatke moramo zbirati redno in sistematično (s pomočjo razgovorov v skupinah, anket, opazovanj, pritožbenih postopkov itd.) (Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu, 2001).

Zadovoljstvo bolnikov je povezano s prijaznostjo posameznega zdravnika, kakovostjo opravljene storitve, hitrejši dostopnosti (krajše čakalne vrste). V ZD Bled – ZD Bohinj njihovo zadovoljstvo spremljajo na način, ki ga sami imenujejo 4P – pritožbe, pohvale, pripombe, predlogi. Vse omenjeno zbirajo in obravnavajo individualno. V primeru, da stranka pripiše naslov, ji odgovorijo, lahko jo tudi povabijo na razgovor, če naslova ni, pritožbe obravnavajo v smeri upravičenosti (jo analizirajo) in izboljšav. Pohvale povedo tistim zaposlenim, katerim so namenjene. Zadovoljstvo bolnikov (pritožbe, pohvale) obravnavajo tudi na kolegijih, predvsem tisto, kar je pomembno z vidika prihodnjih izboljšav poslovanja v smeri izboljševanja zadovoljstva bolnikov. Poleg tega opravljajo tudi testne ankete, ki jim predstavljajo pomembno informacijo o zadovoljstvu bolnikov.

Ustanovitelj. Občina v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavlja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem področju. Naloge na področju zdravstvenega varstva uresničuje tako, da med drugim oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe. Kot ustanovitelj javnih zdravstvenih zavodov zagotavlja tudi sredstva za investicije in za druge obveznosti določene z zakonom in aktom o ustanovitvi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2003).

V interesu ustanovitelja, občine, je, da bolniki hitro pridejo na vrsto, da so zadovoljni z zdravstveno storitvijo, z dežurstvom, popolnostjo storitve zdravstvenega doma. Zanima jo zadovoljstvo volivcev, zanjo torej ni toliko pomemben ekonomski vidik.

Zdravstveni dom mora občini poročati o letnem poslovanju (pripravljajo letne računovodske izkaze, katere jim dajo na vpogled), poleg tega se z njo dogovarja o sofinanciranju nabave večjih osnovnih sredstev (večje nabave aparatov), investicijskega vzdrževanja in širitvi storitev (npr. okrepljena dežurna služba v času turistične sezone). Občini ustanoviteljici, Bled in Bohinj, imata po mnenju zaposlenih v zdravstvenem domu, velik posluh za kakovostno in učinkovito poslovanje obeh zdravstvenih domov.

Plačnik. Glavne naloge plačnika (ZZZS) so izvajanje obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi zavodi ter organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, oziroma z zasebnimi zdravstvenimi delavci, izvajanje mednarodnih pogodb o zdravstvenem zavarovanju, finančno poslovanje, opravljanje drugih strokovnih, nadzornih in administrativnih nalog ter dajanje pravne in druge strokovne pomoči zavarovanim osebam (Zakon o zdravstvenem zavarovanju, 2003). Poleg tega ZZZS opravlja nadzor nad uresničevanjem pravic zavarovanih oseb, nad evidencami in obračunavanjem opravljenih zdravstvenih storitev ter nad izvajanjem pogodb, ki jih izvajalci sklenejo z njim, v skladu z zakoni, Statutom ZZZS, pogodbo in Splošnim dogovorom.

Vloga plačnikov v notranjem sistemu izboljševanja kakovosti je, da prispevajo podatke o posebnih vidikih izvajanja oskrbe (stroškovna uspešnost, ugotavljanje nevarnih in nepotrebnih storitev in postopkov). Poleg tega mora plačnik zagotavljati potrebna sredstva in izdelati proračun za smotrno osnovanje sistema.

V njegovem interesu je, da so bolniki zadovoljni s kvaliteto zdravstvenih storitev, da so krajše čakalne vrste. ZD Bled – ZD Bohinj mora ZZZS poročati o opravljenem delu (ni posebnega vpliva na višino sredstev) ter pokritosti prebivalstva z zdravstveno oskrbo (ZZZS določa, na koliko prebivalcev pride tim, ginekolog).

V zdravstvenem domu stremijo k manjšemu obisku pacientov, saj je njihov glavni cilj stroškovna učinkovitost (manj zdravil, injekcij, obvez). Celotno poslovanje zdravstvenega doma je odvisno od politike ZZZS, saj je od njega odvisno, koliko sredstev bodo prejeli na letnem nivoju za opravljanje primarne zdravstvene dejavnosti. Naloga izvajalcev programov, ki je določena v Splošnem dogovoru (2005), naj bi bila smiselno zmanjšanje števila kurativnih pregledov na primarni ravni in povečanje števila preventivnih pregledov ter zmanjšanje števila napotitev na sekundarno raven (bolnišnice itd.).

Ministrstvo za zdravje. Poleg treh glavnih strank zdravstvenega doma, lahko omenim še Ministrstvo za zdravje, katerega interes je predvsem skrb za strokovnost zdravstvenega osebja, pokritje zdravstvene mreže, nadzor nad urgenco.

6.2.2.2. Strategija in cilji za vidik poslovanja s strankami

Glavno vprašanje za vzpostavitev vidika poslovanja s strankami v uravnoteženi sistem kazalnikov je, kot je razvidno iz Slike 8 na strani 46:

Kako nas morajo videti stranke, da bomo dosegli naše poslanstvo?

Osnovna strategija zdravstvene politike v nadaljnjem razvoju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja je dvig kakovosti zdravja prebivalstva Slovenije in prilagajanje ter izboljševanje sistema v skladu s finančnimi možnostmi. Zdravstveno varstvo naj zagotavlja ustrezno zdravstveno varnost državljanov Republike Slovenije, ob izvajanju razvojnih usmeritev in predlogov ukrepov za izpeljavo potrebnih nadaljnjih organizacijskih, kadrovskih in ekonomskih sprememb na vseh področjih varovanja in ohranjanja zdravja.

Kratkoročni cilji so realizacija planiranih zdravstvenih storitev, skrajševanje čakalnih dob in skrb za kakovost opravljenih storitev, dolgoročni cilj je izvajanje zdravstvene dejavnosti v skladu z zakonom.

Glavna stranka so torej bolniki, ostale stranke, npr. ustanovitelj, imajo tudi interes, da se izboljša zadovoljstvo bolnikov oziroma prebivalcev, kar pomeni, da zanje velja vidik poslovanja s strankami (ima podoben interes kot bolniki), OZG pa zanima predvsem finančni vidik. Za ZZS je bistveno v okviru omenjenega vidika, zadovoljstvo bolnikov, poleg vidika poslovanja s strankami, pa ga zanima tudi poslovanje zdravstvenega doma v okviru ostalih treh vidikov.

6.2.2.3. Predlogi kazalnikov za vidik poslovanja s strankami

Kazalniki za vidik poslovanja s strankami, katere ZD Bled – ZD Bohinj že spremlja, so pritožbe, pohvale zdravnikom, ankete o zadovoljstvu bolnikov, povratne informacije s strani ZZS, občine, realizacija delavnic v okviru preventivne dejavnosti.

Za spremljanje vidika poslovanja s strankami v zdravstvenem domu lahko uporabimo številne kazalnike, med drugim:

- število pritožb na zdravnika,
- število preventivnih obiskov na zdravnika,
- število prvih kurativnih obiskov na zdravnika,
- število kontrolnih kurativnih obiskov na zdravnika,
- število obiskov na preventivno delavnico,
- zadovoljstvo bolnikov (s pomočjo izvajanja anket),
- dolžina čakalne dobe (s pomočjo izvajanja anket) itd.

1. Število pritožb na zdravnika:

Pri tem kazalniku se kaže zadovoljstvo bolnikov z opravljeno storitvijo v zdravstvenem domu. Pritožbe so lahko splošne, lahko se nanašajo na posameznega zdravnika, medicinsko sestro. Omenjeni kazalnik lahko razširimo na zaposlene (npr. pritožba na posameznega zaposlenega), pri čemer lahko le-ti vidijo povratno informacijo o svojem delu. V povezavi z omenjenim kazalnikom lahko preverjamo tudi gibanje števila obiskov pri posameznem zdravniku med

posameznimi obdobji. V primeru nezadovoljstva je velika nevarnost, da bolniki prosijo za zamenjavo zdravnika – lahko v okviru javnega zavoda, ali pa gredo k zasebniku.

Za ZD Bled – ZD Bohinj nisem pridobila podatkov o številu pritožb, v ZD Ljubljana, kjer prav tako spremljajo pritožbe, v svojem Letnem poročilu za leto 2004 (2005) razkrivajo, da so imeli 88 pritožb, ki so jih razdelili v pet kategorij, in sicer kršenje pravil ZZSZ, odnos, strokovnost, organizacija in kvaliteta dela. Največ pritožb so imeli iz naslova odnosov in organizacije. Za ZD Bled – ZD Bohinj naj bi bila ciljna vrednost števila pritožb 10, saj je zdravstveni dom manjši in pokriva manjše število prebivalcev, kot ZD Ljubljana.

2. Število obiskov (preventivnih, kurativnih) na zdravnika:

Ta kazalnik ni neposredno vezan na zadovoljstvo strank, saj nam kaže tendenco zdravja na področju, ki ga pokrivata ZD Bled - ZD Bohinj. Poleg tega ga lahko povežemo s številom obiskov na preventivnih delavnicah, saj v primeru, da ljudje obiskujejo omenjene delavnice, obstaja velika verjetnost, da bodo skrbeli za svoje zdravje z vidika preventive in da se bodo za obisk zdravstvenega doma odločili le v primeru, ko bo to dejansko potrebno. V primeru, da število zdravnikov ostane nespremenjeno, število obiskov pa se znižuje, pomeni, da zdravniki kvalitetno opravljajo svoje delo glede ustreznosti postavljanja diagnoz in predpisovanja zdravil. Poleg tega pa bodo s tem zadovoljili plačnika, saj je njihov cilj zniževanje števila kurativnih obiskov. Priporočljiva je primerjava z drugimi zdravstvenimi domovi, predvsem na Gorenjskem (OZG), preteklimi obdobji, planom in slovenskim povprečjem.

Tabela 5: Analiza preventivnih in kurativnih obiskov splošne medicine

	ZD Radovljica	ZD Kranj	mariborska regija	Gorenjska	Slovenija
Vrsta obiska na zdravnika(število obiskov)					
Preventivni	77	90	113	104	131
Kurativni	11.070	5.772	5.787	8.243	7.491
Vrsta obiska na 1000 prebivalcev (število obiskov)					
Preventivni	31	39	60	43,5	56
Kurativni	4.475	2.519	3.093	3.457	3.170
Število zdravnikov na 1000 prebivalcev	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4

Vir: Zdravstveno statistični letopis Gorenjska 2003, 2004; Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo 2002, 2004 in Zdravstveni statistični letopis, Slovenija 2003, 2005

Odločila sem se za analitični pregled različnih obiskov na zdravnika splošne medicine, glavni razlog je v tem, da splošna medicina predstavlja v ZD Bled – ZD Bohinj 73 % realizacije osnovne dejavnosti za obdobje januar-september 2005. Omenjeni kazalniki so predstavljeni v

Tabeli 5, kjer se vsi podatki, razen za mariborsko regijo, ki ima podatke za leto 2002, nanašajo na leto 2003.

Analiza v Tabeli 5 prikazuje primerjavo preventivnih in kurativnih obiskov splošne medicine na zdravnika in 1.000 prebivalcev za ZD Radovljica (podatki se nanašajo na leto 2003, ZD Bled – ZD Bohinj sta se preoblikovala 1. julija 2004) z ZD Kranj, mariborsko regijo, Gorenjsko in Slovenijo. Glede na cilj ZZZS, da se povečujejo preventivni obiski, ZD Radovljica s tega vidika precej zaostaja (77 preventivnih obiskov na zdravnika in 31 preventivnih obiskov na 1.000 prebivalcev), saj republiško povprečje znaša celo 131 preventivnih obiskov na zdravnika, oziroma 56 preventivnih obiskov na 1.000 prebivalcev. Glede na to, da je število zdravnikov na 1.000 prebivalcev enako republiškemu povprečju, pomeni, da ZD Radovljica, in s tem ZD Bled – ZD Bohinj, premalo osvešča prebivalce, potencialne bolnike o preventivni dejavnosti. Kot ciljno vrednost bi moral postaviti število preventivnih obiskov na zdravnika na 100 obiskov, na 1.000 prebivalcev pa vsaj na 40 obiskov.

Z vidika kurativnih obiskov na zdravnika je ZD Radovljica, in s tem ZD Bled – ZD Bohinj, kar 48 % ali 3.579 kurativnih obiskov na zdravnika nad republiškim povprečjem. Primerjava kurativnih obiskov na 1.000 prebivalcev med ZD Radovljica in republiškim povprečjem pa nam kaže, da ima ZD Radovljica za 41 % ali 1.305 kurativnih obiskov več na 1.000 prebivalcev, kot je republiško povprečje. Ciljno število kurativnih obiskov na zdravnika bi morale znašati največ toliko, kolikor je gorenjsko povprečje 8.243 kurativnih pregledov na zdravnika in 3.457 kurativnih pregledov na 1.000 prebivalcev.

Omenjena kazalnika bi morali spremljati na polletnem nivoju.

3. Anketa med bolniki:

Vsaj enkrat na leto bi bilo potrebno pripraviti anketo o zadovoljstvu bolnikov s storitvijo zdravstvenega doma, počutju v njihovih prostorih, čakalnih vrstah, delu zdravnikov in medicinskih sester. S pomočjo ankete bi lahko pridobili številne informacije o željah in zadovoljstvu bolnikov. Sicer imajo, kot sem že omenila, možnost oddaje pritožb, pohval, predlogov, vendar menim, da je anketa bolj primeren pokazatelj, saj so bolniki lahko v času, ko čakajo na pregled, prisiljeni premisliti o svojem zadovoljstvu (saj imajo navadno dovolj časa, glede na čakalne vrste).

Anketa o zadovoljstvu bolnikov bi morala vsebovati naslednja vprašanja (Globočnik et al., 2001, str. 9 in Ocena zadovoljstva strank in zaposlenih na upravni enoti Celje v letu 2004, 2004):

- ❖ Ali zaposleni zbujajo zaupanje pri strankah?
- ❖ Kako ste zadovoljni s postopkom naročanja?

- ❖ Ali ste prišli na vrsto, tako kot vam je ustrezalo?
- ❖ Koliko časa ste čakali na pregled?
- ❖ Dolžina čakanja;
- ❖ Vzrok čakanja;
- ❖ Ali vam je zdravnik namenil dovolj časa med obiskom?
- ❖ Ali je pokazal zanimanje za vaše težave?
- ❖ Ali vas je vključil v odločanje o vašem zdravljenju?
- ❖ Ali vam je povedal, kar ste želeli vedeti o svoji bolezni na razumljiv način?
- ❖ Kakšen je odnos, strokovnost ostalega osebja?
- ❖ Ocena lastnosti zaposlenih;
- ❖ Ali so vas obvestili o vzroku čakanja pri daljšem čakanju v ambulantni?
- ❖ Ali so informacije o zgradbi oziroma ambulantni primerne (napisi, oznake, urniki, oglasne deske)?
- ❖ Ali je urejenost prostorov (zdravstvenega doma, ambulante, sanitarij, parkirni prostor) primerna?
- ❖ Ali bi svojega zdravnika priporočili prijateljem?
- ❖ Ali razmišljate o zamenjavi zdravnika?
- ❖ Ali je možnost izražanja pohval in pritožb v zdravstvenem domu primerna?

Podobna anketa je bila opravljena v ZD Bled – ZD Bohinj konec leta 2001, bolniki so odgovarjali na vprašanja z 1 do 5, pri čemer je odgovor 5 pomenil odlično. Povprečni rezultat je bil več kot 4, kar pomeni, da so bolniki zadovoljni z delom zdravnikov, urejenostjo prostorov zdravstvenega doma. Glede na rezultat ankete bi lahko rekli, da je njena ciljna vrednost, da bolniki ocenjujejo svoje zadovoljstvo s poslovanjem zdravstvenega doma z več kot 4 (Globočnik et al., 2001, str. 8-10).

4. Spremljanje čakalnih dob:

Spremljanje čakalnih dob je možno pri medicini dela, dispanzerju za žene, zobozdravniku, laboratoriju, rentgenu, skratka tam, kjer se bolnika naroči ob določeni uri. Pri splošni medicini, ki predstavlja glavnino realizacije ZD Bled – ZD Bohinj, nimajo sistema naročanja (podatke je možno pridobiti na podlagi opravljene ankete med bolniki). Za zgoraj omenjena področja (medicina dela itd.) bi lahko vodili evidenco, na primer v enem stolpcu ime bolnika, v drugem ura naročila, v tretjem ura, ko je bolnik dejansko prišel na vrsto, in v četrtem stolpcu razlika oziroma čakalna doba. V četrtem stolpcu bi računali odmike v minutah, pri čemer bi bila njihova ciljna vrednost do 15 minut zamude. Poleg odmika bi morali ugotoviti vzrok zanj, da bi ga lahko v prihodnosti odpravili (zamuda zdravnika, posvečanje več časa enemu bolniku). Omenjeno bi jih lahko vzpodbudilo k zmanjševanju razlik med naročenim časom in dejanskim časom, ko je bolnik prišel na vrsto. Razlike bi morali spremljati mesečno.

6.2.3. Finančni vidik

6.2.3.1. Prikaz finančnega poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj

Temeljno poslanstvo javnega zdravstvenega zavoda je nepridobitno opravljanje javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe. Zato je zavod odvisen pretežno od javnih finančnih sredstev, ki jih pridobiva po pogodbi z javnimi plačniki (proračuni države in lokalnih skupnosti ali z javnimi zavarovalnimi skladi). To velja v celoti le za plačevanje tekoče dejavnosti, medtem, ko je financiranje naložbene dejavnosti praviloma obveznost ustanovitelja zavoda in jo zagotavlja iz proračuna (Česen, 2003. str. 166). Druga faza financiranja javne zdravstvene službe je razdeljevanje javnih finančnih sredstev med izvajalce v mreži javne zdravstvene službe. Prek njih bo denar, seveda v obliki zdravstvenih storitev, razdeljen med zavarovance, ki so ga tudi zbrali (Česen, 2003, str. 172).

Glavni vir prihodkov iz poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj predstavljajo prihodki s strani ZZZS (obvezno zdravstveno zavarovanje), in sicer 79 % (preračunano glede na realizacijo za leto 2004), prihodki iz naslova prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj (v 2004 sta bili dve prostovoljni zavarovalnici – Vzajemna, Adriatic, v 2005 se jima je pridružila še Zavarovalnica Triglav), predstavljajo 11 % celotne realizacije, prihodki od zdravstvenih storitev (medicina dela, laboratorijske storitve, zobotehnične storitve, nadstandardne storitve) 7 % realizacije, 2 % prihodki od nezdravstvenih storitev (najemnine od zasebnikov, določene s pogodbo o najemu, nudenje storitev zasebnikom (rentgen, najem diagnostične opreme, ki je nimajo – EKG, rentgen) in 1 % prihodki od namenskih sredstev. Iz tega torej sledi, da je njihov glavni plačnik ZZZS.

V enem letu sklenejo z ZZZS dva dogovora:

- Splošni dogovor ter
- Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

Splošni dogovor se sklepa med Ministrstvom za zdravje, predstavniki različnih zdravstvenih institucij (Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije itd.) in ZZZS. Splošni dogovor določa program, ki opredeljuje:

- vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa,
- obseg sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in financiranja zdravstvenih dejavnosti,
- globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, opredeljenih v splošnem dogovoru,
- izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev in

- druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije.

Področni dogovor se sklepa med plačnikom (ZZZS), Ministrstvom za zdravje, Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije in Zdravniško zbornico. V njem so opredeljena merila za določanje zmogljivosti in oblikovanje programov, merila za vrednotenje programov, sklepanje in izvajanje pogodb ter reševanje sporov.

Vsak javni zavod sklene letno pogodbo z ZZZS. V njej so določeni finančni in količinski podatki, ki kažejo, kaj plačnik pričakuje, da bo ZD Bled – ZD Bohinj izvedel v tekočem letu. Njihovo delo je ovrednoteno finančno, plačila se opravljajo na osnovi opravljenih storitev. Plačila se opravljajo dvakrat mesečno, najprej akontacija, nato pa še preostali del. Plačnik za javni zavod oceni, kakšno količino storitev bo opravil (ocena je na podlagi normativa, populacije, vrste dejavnosti), nato plačnik plačuje fakture, dokler vsota faktur ne doseže z letno pogodbo dosežen limit. Ko javni zavod doseže dogovorjeni plan finančnih sredstev, plačnik preneha s plačevanjem storitev. V zdravstvenem domu je težko določati finančne cilje, saj je povpraševanje po zdravstvenih storitvah težko določljivo (je praktično neomejeno), ponudba pa je omejena, saj se nanaša na zmožnost izvajanja potreb. Imajo določeno letno pričakovano kvoto javnih sredstev, za obdobje od 1. aprila do 31. marca naslednjega leta. Pogodbo, ki velja od 1. aprila sklenejo novembra, ko imajo že nekaj podatkov in je lažje predvidevati povpraševanje po zdravstvenih storitvah.

V zdravstvenem domu ZD Bled – ZD Bohinj spremljajo analizo stroškov. Največji delež v celotnih stroških, (63 %) predstavljajo stroški dela, sledijo stroški storitev (23 %), v okviru katerih 29 % predstavljajo zdravstvene storitve, strošek materiala pa je v višini 14 % (57 % je strošek zdravstvenega materiala). Podatki so iz njihove analize za obdobje od januarja do septembra 2005.

6.2.3.2. Strategija in cilji za finančni vidik

Vodstvo ZD Bled – ZD Bohinj mora paziti pri uvajanju finančnega vidika v uravnoteženi sistem kazalnikov, da pridobi odgovor na spodnje vprašanje (glej Sliko 8, str. 46):

Kakšno finančno poslovanje moramo zagotoviti ustanovitelju in plačniku, da bomo finančno uspeli?

S finančnega vidika je strateško pomembna oblika zdravstvenega zavarovanja. Glede na Nacionalni program, naj bi v Sloveniji ohranili in razvijali ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja, uvedenega leta 1992, poleg tega pa naj bi sledili strategiji razvoja takšnega

sistema prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki bo z zdravo konkurenčnostjo vzpodbujal kvaliteto zavarovalne ponudbe in reguliral cene zavarovanj.

Naloga zdravstvenega doma naj bi bila določena tudi v Splošnem dogovoru, saj naj bi v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih zmanjševali število kurativnih pregledov na primarni ravni in povečevali število preventivnih pregledov ter zmanjševali število napotitev na sekundarno raven (bolnišnice itd.). To je pomembno predvsem z vidika zniževanja stroškov, kar predstavlja tudi kratkoročni cilj zdravstvenega doma s finančnega vidika.

6.2.3.3. Predlogi kazalnikov za finančni vidik

Analize, ki jih spremljajo s finančnega vidika, so (v celoti jih spremlja OZG):

- realizacija delovnega programa po vseh dejavnostih,
- kazalci zaposlenosti (stanje zaposlenih po mesecih, iz ur, povprečje),
- analize plač,
- poslovanje po zdravstvenih domovih in zbirno za OZG,
- poslovanje po posameznih stroškovnih mestih (po timih, po ambulantah),
- primerjava plana in realizacije naložb (investicij), v primeru, da sredstev ne izkoristijo, se prenesejo v naslednje leto,
- benchmarking (primerjava s podobnimi institucijami) opravijo na letnem nivoju (primerjajo povprečne plače, povprečen strošek materiala na zaposlenega). Podatke dobijo iz publikacije, ki jo izdaja združenje in so povzeti po AJ PES-u,
- realizacija dela zdravstvenih storitev,
- realizacija preventivne dejavnosti (delavnic) in
- deleže posameznih stroškov, prihodkov v vseh stroških oziroma prihodkih.

Kazalniki, katere bi lahko ZD Bled-ZD Bohinj uporabil za merjenje učinkovitosti poslovanja zdravstvenega doma s finančnega vidika so:

- strošek na zdravnika (bolnika),
- prihodek na zdravnika (bolnika),
- delež prihodkov s strani ZZZS v vseh prihodkih,
- delež stroškov plač v vseh stroških,
- delež stroškov zdravstvenega materiala v vseh stroških,
- delež finančnih prihodkov v vseh prihodkih,
- starostna struktura terjatev,
- starostna struktura obveznosti,
- koeficient celotne gospodarnosti,
- koeficient gospodarnosti poslovanja,

- stopnja odpisanosti osnovnih sredstev,
- stopnja odpisanosti opreme,
- stopnja osnovnosti investiranja,
- stopnja kratkoročnosti investiranja,
- stopnja dolgoročnosti financiranja,
- pospešeni koeficient,
- kratkoročni koeficient,
- obračanje terjatev do kupcev itd.

Za boljšo predstavitev poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj sem se odločila za primerjavo z OZG (bilanco stanja sem pridobila le zanj) in ZD Ljubljana, ki deluje podobno kot OZG in je sestavljen iz več organizacijskih enot (ZD Bežigrad, ZD Center, ZD Moste-Polje, ZD Šiška, ZD Šentvid, ZD Vič-Rudnik, Uprava, Služba nujne medicinske pomoči, CINDI). V Tabeli 6 podajam nekaj splošnih podatkov o številu zaposlenih, številu zdravnikov, deležu zdravnikov med vsemi zaposlenimi in številu prebivalcev, ki jih posamezna organizacija pokriva.

Tabela 6: Primerjava podatkov o zaposlenih, zdravnikih in prebivalcih, ki jih pokrivata OZG in ZD Ljubljana ter ZD Bled – ZD Bohinj

	ZD Bled - ZD Bohinj	OZG	ZD Ljubljana
Število zaposlenih	63	724	1.330
Število zdravnikov	10	209	397
% zdravnikov v vseh zaposlenih	16	29	30
Število prebivalcev	16.121	197.904	265.881

Vir: OZG: Poslovno poročilo za leto 2004, 2005; Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2004, 2005; Zdravstveno statistični letopis Gorenjska 2003, 2004; Statistične informacije, 2003 in lasten preračun

Tabela 7: Analize poslovanja glede na realizacijo v letu 2004

Kazalnik	ZD Bled - ZD Bohinj	OZG	ZD Ljubljana
Delež prihodkov ZZZS v vseh prihodkih	90 %	90 %	90 %
Delež str. zdravstvenega materiala in zdravstvenih storitev v vseh stroških	14 %	11,5 %	8,2 %
Strošek dela v vseh stroških	60 %	69 %	75 %
Poslovni odhodki na zdravnika	66.575 TSIT	20.827 TSIT	26.438 TSIT
Poslovni prihodki na zdravnika	65.850 TSIT	30.972 TSIT	26.393 TSIT
Poslovni odhodki na 1000 prebivalcev	41.297 TSIT	33.556 TSIT	39.475 TSIT
Poslovni prihodki na 1000 prebivalcev	40.847 TSIT	32.709 TSIT	39.408 TSIT
Strošek dela na zaposlenega na mesec	472 TSIT	482 TSIT	493 TSIT

Vir: OZG: Poslovno poročilo za leto 2004, 2005; Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2004, 2005; Zdravstveno statistični letopis Gorenjska 2003, 2004; Statistične informacije, 2003 in lasten preračun

1. Poslovni odhodek na zdravnika (1.000 prebivalcev) v povezavi s poslovnim prihodkom na zdravnika (1.000 prebivalcev):

Tukaj ni pomemben dobiček, pomembno je, da zdravstveni dom dobi ustrezna sredstva, s katerimi lahko v celoti pokrije celotne odhodke. Odhodki in prihodki so odvisni od števila bolnikov oziroma prebivalcev (zavarovanih oseb) na zdravnika. V okviru omenjene povezave je pomembno omeniti tudi to, da se prebivalstvo stara, kar vpliva tudi na povečevanje stroškov, zato ne bi bilo primerno, da prihodki ostajajo nespremenjeni. Iz analize v Tabeli 7 opazimo veliko razliko pri poslovnih odhodkih in poslovnih prihodkih na zdravnika, kjer ima ZD Bled – ZD Bohinj za več kot enkrat višje poslovne odhodke in poslovne prihodke od OZG in ZD Ljubljana. Glavni razlog je v tem, da ima ZD Bled – ZD Bohinj precej nižji delež zdravnikov med zaposlenimi (16 %), pri čemer imata oba OZG in ZD Ljubljana 29-30 % zdravnikov med vsemi zaposlenimi. Pri tem se pojavlja problem pomanjkanja zdravnikov v ZD Bled – ZD Bohinj. Pri višini poslovnih odhodkov in poslovnih prihodkov na 1.000 prebivalcev pa ne prihaja do takšnih razlik, pri čemer ima glavno besedo ZZZS, saj je višina

prihodkov zdravstvenega doma odvisna od števila prebivalstva, ki ga zdravstveni dom pokriva.

Ciljna vrednost poslovnih odhodkov in prihodkov na zdravnika ter poslovnih odhodkov in prihodkov na 1.000 prebivalcev za ZD Bled – ZD Bohinj bi morala znašati okrog 35 TSIT in bi se znižala v primeru, če bi se povečalo število zdravnikov.

2. Strošek dela na zaposlenega:

Z omenjenim kazalnikom zdravstveni dom zadosti plačniku, ki ima točno specificirano število timov za posamezni zdravstveni dom. S tem kazalnikom lahko ugotavljamo tudi potrebno število zaposlenih, kar je povezano s stroškom dela, ki predstavlja 60 % vseh stroškov zdravstvenega doma v letu 2004. ZZZS ima določeno standardno število timov, kar ni vedno primerno, saj je delo zdravstvenega osebja odvisno od števila bolnikov oziroma od števila obiskov bolnikov. Omenjeni kazalnik bi lahko primerjali s podatki za druge zdravstvene domove (če so), lahko pa tudi z regijskim ali slovenskim povprečjem. V analizi, predstavljeni v Tabeli 7, vidimo, da se največja razlika pojavlja pri deležu stroškov dela v vseh stroških, kjer ima najmanjši delež ZD Bled – ZD Bohinj (60 %), najvišjega pa ZD Ljubljana (75 %). Če primerjamo strošek dela na zaposlenega med obema zdravstvenima domovoma, pa ugotovimo, da je strošek dela na zaposlenega na mesec v ZD Ljubljana 4 % višji, kot v ZD Bled – ZD Bohinj (v OZG je višji za 2 %). Ciljna vrednost deleža stroškov dela v vseh stroških je 60 %, plača na zaposlenega na mesec naj bo v že doseženi višini (472 TSIT bruto).

3. Deleži stroškov zdravstvenega materiala, zdravstvenih storitev in plač v vseh stroških:

Oboje je potrebno primerjati s preteklim obdobjem, da v zdravstvenem domu lahko ugotovijo trend omenjenih deležev (rast ali padec). Omenjeno jim bo v pomoč pri določanju ustreznih ukrepov. Spremljati morajo tudi realizacijo plana (predvsem med letom, saj morajo imeti zagotovljena sredstva do konca pogodbenega obdobja). V primeru, da je možna (da obstajajo podatki) kakršnakoli primerjava z ostalimi javnimi zavodi, omenjeni kazalnik še bolj pridobi na vrednosti, saj prikazuje, kako posluje zdravstveni dom s finančnega vidika. V Tabeli 7 je opravljena analiza med tremi organizacijami, kjer opazimo, da je delež stroškov zdravstvenega materiala in zdravstvenih storitev v ZD Bled – ZD Bohinj najvišji, delež stroškov dela v vseh stroških pa najnižji. Menim, da naj bosta ciljni vrednosti okrog že znanih vrednosti (14 % stroškov materiala v vseh stroških).

Omenjeno analizo bi morali opravljati enkrat letno, predvsem zaradi primerjave z drugimi zdravstvenimi domovi na podlagi letnih poročil.

Tabela 8: Kazalniki poslovanja

Kazalnik	OZG		ZD Ljubljana	
	2003	2004	2003	2004
Koeficient celotne gospodarnosti	1,009	1,011	1,003	1,005
Koeficient gospodarnosti poslovanja	0,999	1,005	0,998	1,002
Stopnja kratkoročnosti financiranja	0,441	0,289	0,168	0,195
Stopnja dolgoročnosti financiranja	0,559	0,711	0,832	0,805
Pospešeni koeficient	0,499	0,358	1,251	1,282
Hitri koeficient	0,023	0,024	0,113	0,048
Kratkoročni koeficient	1,139	1,258	1,296	1,311

Vir: OZG: Računovodsko poročilo za leto 2004, 2005; Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2004, 2005 in lasten preračun

Primerjavo kazalnikov poslovanja, ki je razvidna iz Tabele 8, sem naredila le za OZG in ZD Ljubljana, saj sem pridobila bilanco stanja le za OZG, ne pa tudi za ZD Bled – ZD Bohinj.

4. Koeficient celotne gospodarnosti (prihodki/odhodki):

Kazalnik kaže intenzivnost odmikanja prihodkov od odhodkov, v primeru, da so prihodki večji od odhodkov, mora biti več kot ena, kar v našem primeru velja za obe obdobji pri obeh organizacijah. Ciljna vrednost je več kot 1.

5. Koeficient gospodarnosti poslovanja (poslovni prihodki/poslovni odhodki):

Prav tako kaže intenzivnost odmikanja prihodkov in odhodkov iz poslovanja, večje odmikanje pomeni boljšo gospodarnost pri celotnem poslovanju. Obe organizaciji sta imeli v letu 2003 koeficient gospodarnosti poslovanja nižji kot 1, kar pomeni, da sta imeli poslovne odhodke višje od poslovnih prihodkov (primanjkljaj), v letu 2004 pa sta imeli presežek poslovnih prihodkov nad poslovnimi odhodki. Glede na to, da je bil koeficient celotne gospodarnosti v 2003 več kot ena, sta imeli organizaciji presežek finančnih in izrednih prihodkov nad finančnimi in izrednimi odhodki. Ciljna vrednost je več kot 1.

6. Stopnja kratkoročnosti (dolgoročnosti) financiranja:

Kazalnik kaže kratkoročne (dolgoročne) dolgove v obveznostih do virov sredstev. V obeh organizacijah prevladujejo dolgoročne obveznosti (med katerimi glavino predstavljajo obveznosti za neopredmetena dolgoročna sredstva in opredmetena osnovna sredstva ter presežek prihodkov nad odhodki), pri čemer se v OZG stopnja dolgoročnosti financiranja zvišuje v ZD Ljubljana pa znižuje. Glavni razlog je v tem, da so se v OZG leta 2004 precej znižale druge kratkoročne obveznosti iz poslovanja (v primerjavi z letom 2003), kar je povzročilo večji delež dolgoročnih dolgov v vseh obveznostih do virov sredstev. Ciljna vrednost kazalnika naj bi bila med 0,6 in 0,7.

7. Koeficienti likvidnosti:

S koeficienti likvidnosti je težko presojati plačilno sposobnost OZG in ZD Ljubljana, saj nimamo točnega podatka o višini likvidnih sredstev v okviru kratkoročnih finančnih naložb (depoziti na odpoklic), zato menim, da pospešenega (vsota likvidnih sredstev in kratkoročnih terjatev/kratkoročne obveznosti) in hitrega koeficienta (likvidna sredstva/kratkoročne obveznosti) ne moremo ustrezno primerjati za obe organizaciji. S kratkoročnim koeficientom (kratkoročna sredstva/kratkoročne obveznosti) je prav tako težko presojati plačilno sposobnost, vendar imamo zanj ustrezne podatke za obe organizaciji. Koeficient pri obeh organizacijah znaša več kot 1, kar pomeni, da kratkoročna sredstva v celoti krijejo kratkoročne obveznosti. Omenimo lahko še to, da kratkoročne finančne naložbe v OZG predstavljajo 30 % vseh sredstev, v ZD Ljubljana pa 19 %. Vprašanje, ki se pri tem pojavi, je delež likvidnih sredstev v okviru kratkoročnih finančnih naložb. Če sklepam iz podatkov za leto 2004, po mojem mnenju organizaciji nimata težav z likvidnostjo. Ciljna vrednost koeficienta je več kot 1.

Omenjeno analizo je po mojem mnenju potrebno napraviti ob zaključku poslovnega leta, saj so le podatki na letnem nivoju primerljivi s planom preteklih obdobij in podatki drugih zdravstvenih domov, ki jih objavljajo enkrat letno.

6.2.4. Vidik notranjih poslovnih procesov

6.2.4.1. Prikaz notranjih poslovnih procesov ZD Bled – ZD Bohinj

Na osnovi veljavne zakonodaje (Zakon o javnih financah, 1999) so javni zavodi, kot posredni proračunski uporabniki, dolžni zagotoviti notranji finančni nadzor oziroma notranjo kontrolo. V OZG so v letu 2004 sprejeli številne interne pravilnike in obvezna navodila, s katerimi želijo izboljšati transparentnost podatkov in večjo preglednost ter lažjo kontrolo. Sprejeli so pravilnike in navodila, kot npr. Pravilnik o sponzorskih dogodkih in dejavnostih v OZG, Navodilo o obveznih sestavnih delih pogodb itd.

Procese v organizaciji se običajno razdeli na več osnovnih skupin – procesi vodstva, glavni procesi in podporni procesi. Ključni so procesi vodstva in glavni procesi, ki neposredno ustvarjajo dodano vrednost ter so odločilni za učinkovitost oziroma uspešnost organizacije. Podporni procesi običajno neposredno ne prispevajo k povečevanju dodane vrednosti, so pa prav tako pomembni in potrebni za izvajanje glavnih procesov. Za zagotovitev učinkovite informacijske podpore je potrebno procese spoznati in opredeliti. Z uvedbo procesnega pristopa se poskuša doseči več ciljev, kot so na primer izboljšanje kakovosti poslovanja, znižanje stroškov poslovanja, povečanje hitrosti izvajanja procesov, izboljšanje inovativnosti v

organizaciji, naravnost na odjemalce, procesna organiziranost, izkoriščanje sinergijskih učinkov, doseganje konkurenčnih prednosti itd. (Tomšič, 2005, str. 151).

V nadaljevanju podajam notranje procese poslovanja za ZD Bled – ZD Bohinj:

1. procesi vodstva:
 - organiziranje zavoda,
 - komuniciranje z notranjimi in zunanjimi javnostmi,
 - vodstveni pregledi,
 - strateško načrtovanje itd;
2. glavni procesi:
 - obvladovanja procesa preventive,
 - obvladovanja procesa zdravljenja,
 - obvladovanje procesa upravljanja z zdravstvenim materialom,
 - obvladovanje procesa v laboratoriju,
 - odnosi z odjemalci (naročniki storitev, bolniki),
 - reševanje pritožb odjemalcev,
 - odnosi z dobavitelji (ugotavljanje potreb, ocenjevanje dobaviteljev,...),
 - javna naročila manjših vrednosti itd;
3. podporni procesi:
 - vodenje človeških virov,
 - obvladovanje procesa informatike,
 - obvladovanje procesa financ (OZG),
 - ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov storitev itd.

Ključna notranja procesa v ZD Bled in ZD Bohinj sta (Statut OZG, 2005):

1. družbene, skupinske in individualne aktivnosti, ukrepi in storitve za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nega in rehabilitacija zbolelih in poškodovanih. Imajo naslednje programe zdravstvenih storitev – splošna in dispanzerska dejavnost, zobozdravstvena dejavnost ter dejavnost reševalne službe in nujne medicinske pomoči;
2. sklepanje poslov za nabavo materiala in storitev, poslov investicijskega vzdrževanja in nabave osnovnih sredstev do višine, za katero se javno naročilo izvaja v skladu s pravili naročanja malih vrednosti (za nakup večjih vrednosti skrbi OZG preko javnih razpisov).

Menim, da bi bilo v ZD Bled – ZD Bohinj primerno vzpostaviti sistem vodenja kakovosti, saj bi jim le-ta preprečeval, da bi delali večje napake. To pomeni, da mora zdravstveni dom najprej planirati aktivnosti zagotavljanja kakovosti (opredeliti ključne in podporne procese, odgovornosti zaposlenih, politiko in cilje kakovosti, dokumentacijo, ki nastane ob izvajanju procesov itd.). Kasneje mora opredeliti mesta v procesih, kjer je možnost napak največja,

določiti, kateri kazalniki uspešnosti in učinkovitosti največ prispevajo k dodani vrednosti procesov, opredeliti postopke izvajanja samoocenjevanja, analiziranje podatkov, ki lahko pokažejo priložnosti za izboljšave obstoječih rešitev itd. Glavni namen uvedbe sistema vodenja kakovosti v zdravstveni dom je večje zadovoljstvo in zaupanje odjemalcev. Sodobni izzivi sistemov vodenja kakovosti na področju zdravstvene dejavnosti so predvsem varnost obravnave bolnikov in preprečevanje napak, velika variabilnost kvalitete storitev, slabo izkoriščene zdravstvene zmogljivosti na eni strani ter preveliko koriščenje storitev na drugi strani, dostopnost storitev ter omejitev stroškov neakovosti (Šinigoj, Piskar, 2005, str. 180).

Zaposleni imajo opise del določene v pogodbah o zaposlitvi, naloge vodilnega kadra so opredeljene tudi v Statutu OZG in Odloku o preoblikovanju OZG. Sam sistem oziroma proces zdravljenja pa je določen v medicinskih doktrinah.

Zdravstveni domovi imajo tudi nadzor s strani ZZZS, predvsem z vidika porabe zdravil. ZZZS jim pošilja podatke porabe po zdravnikih, o čemer razpravljajo tudi na kolegiju. S tega vidika ima ZZZS neke vrste notranjo kontrolo, saj kontrolira poslovanje zdravnikov, ki presegajo cenzus porabe zdravil na zdravnika in vsebinsko odstopajo od doktrine.

6.2.4.2. Strategija in cilji za vidik notranjih poslovnih procesov

Uvedba vidika notranjih poslovnih procesov v uravnoteženi sistem kazalnikov mora odgovoriti na naslednje vprašanje (glej Sliko 8, str. 46):

Kakšen poslovni proces moramo uvesti, da bomo zadovoljili stranke, ustanovitelja in plačnika?

Strategija, ki se nanaša na vidik notranjih poslovnih procesov, je, da je ob omejenih sredstvih za vse oblike zdravstvenega zavarovanja mogoče višjo vrednost dela dosegati le z boljšo organizacijo dela, z boljšo izrabo delovnega časa in zdravstvene opreme, s smotrno porabo sanitetnega materiala in zdravstvenega materiala ter s prodajo zdravstvenih storitev, znanja in kapacitet na domačem in tujem tržišču. Za doseganje teh ciljev je potrebno delavce ustrezno motivirati. V ta namen je potrebno določiti mehanizme stimulacije in kazalnike vrednotenja.

Glavni cilj (dolgoročni in kratkoročni) vidika notranjih poslovnih procesov je kvaliteta opravljenih storitev.

6.2.4.3. Predlogi kazalnikov za vidik notranjih poslovnih procesov

Kazalniki, ki že obstajajo so: ankete o zadovoljstvu bolnikov in zaposlenih, mnenje zunanje revizije, število bolnikov na zdravnika. Nekateri kazalniki vidika notranjih procesov so

določeni že v vidiku poslovanja s strankami (spremljanje čakalnih dob, ankete) ter drugih dveh vidikih (anketa med zaposlenimi).

Kazalniki, s pomočjo katerih lahko merimo učinkovitost delovanja notranjih poslovnih procesov v zdravstvenem domu, so:

- število obiskov na dan na zdravnika,
- število bolnikov na zdravnika,
- število dežurstev na zdravnika,
- realizacija ugotovitev zunanje revizije,
- izboljšanje notranjih poslovnih procesov v skladu z mnenjem zunanje revizije,
- uspešnost preventivnih delavnic,
- število ponovljenih obiskov bolnikov,
- zadovoljstvo bolnikov z opravljeno storitvijo,
- število pritožb,
- poraba zdravil na zdravnika, na bolnika, kontrola, ki jo izvaja ZZS,
- uspešnost javnih naročil,
- število zdravnikov na bolnika oziroma prebivalca,
- število medicinskih sester na bolnika oziroma prebivalca,
- povprečna čakalna doba na bolnika,
- strošek na zdravnika v primerjavi s številom bolnikov,
- stopnja zadovoljstva zaposlenih z informacijskim sistemom itd.

1. Število bolnikov, ki je obiskalo zdravstveni dom na dan, teden, mesec (z vidika učinkovitosti):

Omenjeni kazalnik kaže, kdaj so zaposleni v zdravstvenem domu bolj obremenjeni z delom, kar lahko predstavlja pomoč pri učinkovitem planiranju dela. Omenjeni trend gibanja števila bolnikov pomaga planirati zaposlene enakomerno, da med njimi ne prihaja do prevelikega nezadovoljstva in s tem slabšega dela. Omenjeni kazalnik je lahko tudi pripomoček za smotrnejšo politiko nadurnega dela, ki je dražja od rednega dela. ZD Bled – ZD Bohinj ima v povprečju največ obiskov bolnikov pozimi in v času turistične sezone (v času turistične sezone jim s sredstvi na pomoč priskoči občina). Omenjen kazalnik omogoča planiranje boljše izkoriščenosti zdravstvenih zmogljivosti.

V ZD Ljubljana se zaradi čedalje večjega problema neenakomerne dostopnosti znotraj mreže javne zdravstvene službe in dodatne obremenitve ambulant ZD Ljubljana povečuje dnevna obremenitev zdravnikov. Menim, da bi bilo tudi za ZD Bled – ZD Bohinj primerno opraviti raziskavo o številu bolnikov brez opredeljenega zdravnika. Omenjeno morda ne predstavlja dobrega kazalnika v okviru uravnoteženega sistema kazalnikov, pomemben pa je z vidika učinkovitosti načrtovanega dela.

2. Mnenje zunanje revizije:

Veliko lažje je nekomu zunanjemu ugotoviti morebitne nepravilnosti v posamezni organizaciji, saj je to njegova dolžnost in ni obremenjen z mnenjem zaposlenih. Na ta način lahko zunanji strokovnjak ugotovi nepravilnosti oziroma poda predlog za izboljšave (vse v skladu z zahtevano zakonodajo), ki lahko izboljšajo učinkovitost poslovanja zdravstvenega doma. Zdravstveni dom lahko nato ugotavlja stopnjo realizacije zahtev oziroma predlogov zunanjih strokovnjakov. Menim, da bi omenjeno predstavljalo pripomoček poslovodstvu, da popravi morebitne napake, ki nastajajo pri delovanju posameznih procesov (javna naročila, plače), pri čemer pa lahko ugotovijo tudi morebitne možnosti za izboljšave delovanja, kar bi lahko pripomoglo tudi k večji učinkovitosti poslovanja zdravstvenega doma.

V letu 2005 je ZD Bled – ZD Bohinj imel zunanjo revizijo, ki je preverjala področje obračunavanja in izplačevanja plač zaposlenim ter izvajanje javnih naročil. Po končani reviziji je bilo podanih nekaj ugotovitev, ki sicer ne vplivajo na samo poslovanje oziroma spremembo notranjih poslovnih procesov zdravstvenega doma, vendar verjetno prispevajo k izboljševanju delovanja ZD Bled – ZD Bohinj, ki mora biti v skladu z zakonodajo. V ZD Bled – ZD Bohinj so mi zagotovili, da bodo svoje poslovanje priredili v skladu z ugotovitvami zunanje revizije. Menim, da tudi mnenje zunanje revizije ne predstavlja primerne kazalnika za uravnoteženi sistem kazalnikov, saj ne moremo določiti ciljne vrednosti, ker mora biti le-to 100 % realizirano.

3. Realizacija preventivnih delavnic:

V zdravstvenem domu izvajajo različne preventivne delavnice v skladu z zahtevami plačnika. Omenjeni kazalnik je smiselno primerjati s preteklimi obdobji, planom, slovenskim povprečjem, saj lahko povečano število obiskov na delavnicah predstavlja boljšo osveščenost prebivalcev, ki bodo s preventivo poskrbeli, da ne bo potreben obisk zdravnika. S tem naj bi se posledično zmanjšalo število bolnikov, ki potrebujejo zdravniško pomoč, kar pomeni krajše čakalne vrste ter manjšo obremenjenost zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja. S povečevanjem uspešnosti preventivnih delavnic, naj bi se znižal tudi strošek na bolnika, predvsem na račun nižjih stroškov zdravstvenega materiala in storitev ter manj nadurnega dela.

Na podlagi analiz za obdobje januar-september 2005 ugotavljam, da je realizacija preventivnega programa v splošni dejavnosti v ZD Bled 36 % pod planom, v ZD Bohinj pa 4 % nad planom. Pri primerjavi plana in realizacije skupinskih delavnic programirane zdravstvene vzgoje za opredeljeno odraslo populacijo v starosti 20 do 70 let pa je izpostava Radovljica, v katero spada ZD Bled – ZD Bohinj dosegla 96 % plana. Ciljna vrednost mora biti vsaj 100 % realizacija plana. Omenjeno bi morali spremljati na mesečnem nivoju, z namenom, da bi bil konec leta plan dosežen.

6.2.5. Vidik učenja in rasti

6.2.5.1. Poslovanje ZD Bled – ZD Bohinj z vidika učenja in rasti

V ZD Bled – ZD Bohinj so imeli v letu 2004 povprečno zaposlenih po stanju 63,5 delavcev, kar je za dva odstotka manj kot v letu 2003. Fluktuacija zaposlenih je majhna na Bledu, večja je v Bohinju (kot glavni razlog naj bi bila oddaljenost). V ZD Bled – ZD Bohinj ne čutijo pomanjkanja zdravnikov, v Sloveniji pa je to splošen problem.

V ZD Bled – ZD Bohinj skrbijo za motivacijo zaposlenih s:

- finančno stimulacijo,
- omogočanjem prijetnih prostorov (vlaganje sredstev v novo sodobno opremo ambulant),
- možnostjo promoviranja zaposlenih v časopisih, na radiu (pridobivanje ugleda v družbi),
- strokovnim izobraževanjem,
- notranjimi srečanji itd.

V letu 2004 so imeli redno napredovanje, zaposlenim so izplačali redno stimulacijo ter delovno uspešnost glede na pozitivni rezultat. Finančne stimulacije imajo kvartalne (glede na uspešnost posameznega tima) ter letno stimulacijo, ki je odvisna od finančnega uspeha celotnega javnega zavoda. Kvota za stimulacije znaša 5 % letne mase za plače.

Imajo tudi Pravilnik o nagrajevanju, na podlagi katerega pripravijo letni plan. Zanje je pomembno, da je zdravnik pri svojem delu racionalen, da dela dobro, da je pripravljen delati več, tudi pomagati. Poleg tega zbirajo pritožbe, pohvale, pripombe, predloge, plačnik (ZZZS) izvaja nadzor nad delom zdravnikov in ga ocenjuje glede na število napak (cenzus porabe zdravil na zdravnika).

Nove zaposlene izbirajo na podlagi javnega razpisa. Kandidate povabijo na razgovor, nato se na osnovi razgovora oziroma izkušenj odločijo o izbiri. Z omenjenim kadrovanjem si zagotovijo ustrezen kader, ki naj bi izboljšal oziroma dodatno prispeval h kakovostno opravljenim storitvam zdravstvenega doma.

Imajo Pravilnik o izobraževanju zaposlenih, za namene izobraževanja in strokovnega usposabljanja imajo predvideno letno kvoto sredstev. Imajo redna izobraževanja, kot so podiplomski študij – specialistični, magisterij, dodiplomsko izobraževanje, seminarji, sprotno strokovno izobraževanje. Z Zdravniško zbornico sodelujejo pri po- in do- diplomskem študiju zdravnikov, glavna sestra je zadolžena za do- in po- diplomsko izobraževanje srednjega kadra. Enkrat letno zdravstveni dom gosti učno delavnico zdravnikov splošne medicine Evrope.

Vlaganje sredstev v novo sodobno opremo, ki zagotavlja boljšo in hitrejšo diagnostiko, je ena izmed temeljnih nalog managementa v zdravstvenih zavodih. Pri tem se management srečuje s številnimi problemi, saj so razpoložljiva sredstva zelo omejena, potrebe, želje, zahteve in možnosti pa zelo široke in raznolike. Sestavni del investicij so tudi vlaganja v prostore in objekte, kjer se izvaja zdravstvena dejavnost. OZG, za razliko od številnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji, že nekaj let vlaga znatna lastna sredstva amortizacije in tudi redna sredstva v posodobitev opreme in v prenovo ter posodobitev prostorov. Delež porabljenih sredstev se giblje med 7 in 8 % celotnega prihodka, kar je znatno več od priznanih sredstev amortizacije. Tudi večina gorenjskih občin vsako leto namenja sredstva za izboljšanje pogojev dela v zdravstvenih domovih.

Pomembnejše planirane nabave osnovnih sredstev v letu 2005 za ZD Bled so reševalno vozilo, peč za centralno kurjavo, oprema za laboratorij, za ZD Bohinj pa hematološki analizator ter oprema za otroškega in šolskega dispanzerja. V letu 2005 so nadaljevali z obnovo in posodobitvijo zdravstveno informacijskega sistema, kjer načrtujejo zamenjavo strežnikov, nakup manjkajoče opreme in postopno nakup novega programa v okolju Windows. Iz programa DOS so prešli na program Windows. Imajo ustrezen sistem fakturiranja in spremljanja stroškov, nimajo pa še ustrezne podpore za terapije in spremljanje bolezni, iz česar izhaja, da ima stroka manjšo informacijsko podporo, boljša je podpora za ekonomiko in poročanje. Za informacijski sistem poskrbi plačnik.

6.2.5.2. Strategija in cilji za vidik učenja in rasti

Pri uvajanju vidika učenja in rasti v uravnoteženi sistem kazalnikov je potrebno paziti, da pridobimo odgovor na naslednje vprašanje (glej Sliko 8, str. 46):

Kako moramo obdržati našo zmožnost za uvajanje sprememb in izboljšav, da bomo dosegli svoje poslanstvo?

V Nacionalnem programu je opredeljeno tudi izobraževanje (dodiplomsko in podiplomsko) in strokovno usposabljanje, saj zaradi naglega razvoje medicinske in farmacevtske znanosti le redno sprotno usposabljanje in izobraževanje omogoča ustrezno strokovno raven dela. Zato je potrebno v sistemu slovenskega zdravstvenega varstva finančno podpirati strokovno usposabljanje in raziskovalno delo.

Cilj zakonskih in drugih podlag za politiko investicij v zdravstvu je ustvariti pogoje za razvoj sodobnega zdravstva, z vsebinsko in krajevno uravnoteženimi naložbami v javno zdravstveno mrežo. Vzpostavljjanje enotnega zdravstveno informacijskega sistema je ena izmed prednostnih nalog v naslednjih letih. To je namreč pogoj za nadaljnji strokovni dvig in kakovost zdravstvenega varstva, možnost izmenjave podatkov in mnenj med zdravniki, za

večjo preglednost nad poslovnimi dogodki, spremljanje ukrepov za racionalnost in stroškov poslovanja, hkrati pa podlaga za pridobitev potrebnih podatkov o uresničevanju partnerskih pogajanj za oblikovanje zdravstvenih programov.

Kratkoročni cilji so obnova opreme, posodobitev informacijskega sistema, ureditev prostorov za opravljanje dejavnosti, strokoven kader in dodatno izobraževanje. Dolgoročni cilji za vidik učenja in rasti so enaki kratkoročnim.

6.2.5.3. Predlogi kazalnikov za vidik učenja in rasti

Kazalniki za vidik učenja in rasti, ki že obstajajo, so spremljanje uspešnosti zaposlenega z vidika managementa (uspešen je tisti, ki najmanj troši), spremljanje stroška na bolnika, spremljanje realizacije plana investicij.

Možni kazalniki, s katerimi lahko merimo učinkovitost zdravstvenega doma z vidika učenja in rasti:

- stopnja odpisanosti osnovnih sredstev,
- stopnja osnovnosti investiranja,
- investicije v letu glede na strošek amortizacije,
- sedanja vrednost osnovnih sredstev glede na nabavno vrednost osnovnih sredstev,
- zadovoljstvo zaposlenih z delom,
- zadovoljstvo zaposlenih z opremljenostjo ordinacij,
- strokovnost zaposlenih – nivo izobrazbe,
- strošek izobraževanja na zaposlenega,
- realizirane investicije glede na plan investicij,
- vpliv motiviranja zaposlenih na učinkovitost.

Tabela 9: Kazalniki poslovanja za vidik učenja in rasti

Kazalnik	OZG		ZD Ljubljana	
	2003	2004	2003	2004
Stopnja odpisanosti osnovnih sredstev	0.556	0,561	0,460	0,483
Stopnja osnovnosti investiranja	0.497	0,635	0,681	0,754

Vir: OZG: Poslovno poročilo za leto 2004, 2005; Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2004, 2005; Zdravstveno statistični letopis Gorenjska 2003, 2004; Statistične informacije, 2003 in lasten preračun

1. Stopnja odpisanosti osnovnih sredstev (popravek vrednosti/nabavna vrednost):

Stopnja odpisanosti osnovnih sredstev je nekoliko nižja pri ZD Ljubljana (glej Tabelo 9), kar pomeni, da so njihova osnovna sredstva manj amortizirana, kot v OZG. Razlog so lahko nižje amortizacijske stopnje ali pa so osnovna sredstva novejša. Ciljna vrednost koeficienta je 0,5.

2. Stopnja osnovnosti investiranja (osnovna sredstva (po neodpisani vrednosti)/sredstva):

Stopnja osnovnosti investiranja predstavlja, če jo pomnožimo s 100, delež osnovnih sredstev v vseh sredstvih. V letu 2004 predstavljajo osnovna sredstva v OZG 63,5 % vseh sredstev, v ZD Ljubljana pa 74,5 % (glej Tabelo 9). V OZG kratkoročne finančne naložbe predstavljajo 30 % celotne aktive, v ZD Ljubljana pa le 19 %, vendar mora glede na to, da zdravstveni dom potrebuje za opravljanje svoje dejavnosti osnovna sredstva, biti ciljna vrednost osnovnih sredstev v vseh sredstvih višja, to je med 65 in 75%.

3. Nove nabave investicij v strošku amortizacije:

Kazalnik je dober pokazatelj posodabljanja opreme zdravstvenega doma, lahko ga primerjamo s preteklo realizacijo in planom ter morda s slovenskim povprečjem. V povezavi s tem kazalnikom bi lahko omenila še stopnjo zastarelosti opreme, kjer lahko ugotovijo, kdaj bo potreben nakup oziroma določeno vzdrževalno delo. V zdravstvenem domu že imajo posebne inventure, s pomočjo katerih ugotavljajo zastarelost oziroma iztrošenost zdravstvene opreme.

V ZD Bled – ZD Bohinj so nove investicije v letu 2004 predstavljale le 49 % stroška amortizacije, v OZG pa so investirali za 26 % več, kot je bil strošek amortizacije. V ZD Ljubljana so nove nabave investicij v letu 2004 predstavljale 72 % stroška amortizacije. Nižje investicije v ZD Bled – ZD Bohinj so bile zaradi nerealiziranega plana (če bi primerjali plan investicij za 2004 s stroškom amortizacije, bi bile investicije za 27 % višje od stroška amortizacije), ker v ZD Bled niso uspeli kupiti reševalnega vozila, zaradi številnih zapletov pri javnem naročilu ter niso še obnovili centralne kurjave, v ZD Bohinj pa naj bi kupili hematološki analizator, kar tudi ni bilo realizirano. Ciljna vrednost investicij v strošku amortizacije bi morala za ZD Bled – ZD Bohinj znašati vsaj toliko, kolikor je bilo predvideno v planu za leto 2004, to je vsaj 20 % nad stroškom amortizacije.

4. Fluktuacija zaposlenih ali število odhodov zaposlenih glede na celotno število zaposlenih:

Omenjeni kazalnik kaže zadovoljstvo zaposlenih s svojim delom in delovnim okoljem. Management zdravstvenega doma, v katerem se zaposleni hitreje menjajo, bi moral ugotoviti vzroke za odhode zaposlenih, katere bi moral v svoji najboljši moči odpraviti, saj bi s stalnim menjanjem zaposlenih bistveno vplival na zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo bolnikov, kar pa ni v njegovem interesu. V tem trenutku v ZD Bled – ZD Bohinj po mnenju managementa zaenkrat ni fluktuacije zaposlenih, zato menim, da v uravnoteženi sistem kazalnikov omenjenega kazalnika ne bi vključila.

5. Povprečna plača na zaposlenega:

Povprečna plača na zaposlenega v zdravstvenem domu je kazalnik, katerega je možno primerjati z drugimi javnimi zavodi. Plača je navadno glavni vzrok za motivacijo oziroma demotivacijo zaposlenih. Zaposleni morajo biti motivirani tudi s finančnega vidika, saj je tudi v Splošnem dogovoru določeno, da je možna tudi dodatna stimulacija v javnem zavodu, ki lahko prihranke znotraj sprejetega finančnega načrta, ki so posledica racionalnega dela izvajalcev, manjšega trošenja ob enaki ali boljši kvaliteti dela namenijo za stimulacijo.

Povprečna neto plača v ZD Bled – ZD Bohinj je v letu 2004 znašala 206.358 SIT, v OZG pa 217.274 SIT. Povprečna neto plača na zaposlenega v ZD Ljubljana 227.900 SIT, kar je za 5 % več, kot v OZG. Ciljna vrednost bi morala biti nekako na nivoju OZG, to je 217 TSIT.

6. Strošek izobraževanja na zaposlenega:

Kazalnik morajo primerjati z dejanskimi podatki iz preteklih obdobij ter s planiranimi podatki. Poleg tega se mi zdi pomembno tudi dejansko spremljanje izobraževanj po posameznih zaposlenih, da ne pride do izpada, kar lahko pomeni demotivacijo. S tega vidika je pomemben tudi nivo izobrazbe in izkušenj zaposlenih, kar lahko primerjamo tudi z drugimi javnimi zavodi.

Strošek izobraževanja na zaposlenega v ZD Bled – ZD Bohinj je znašal v letu 2004 51 TSIT, leta 2003 pa 82 TSIT, OZG leta 2004 74 TSIT, v letu 2003 pa 67 TSIT. Menim, da je strošek izobraževanja na zaposlenega v ZD Bled – ZD Bohinj nižji zato, ker ima nižji odstotek zdravnikov med vsemi zaposlenimi. Če primerjamo stroške izobraževanj na zdravnika, pa je drugače, saj znaša v ZD Bled – ZD Bohinj strošek izobraževanj na zdravnika v letu 2004 324 TSIT, v OZG pa 259 TSIT. Menim, da mora biti ciljna vrednost stroška izobraževanja na zaposlenega višja, vsaj okrog 70 TSIT, strošek izobraževanja na zdravnika pa bi bil lahko nekoliko nižji (okrog 250 TSIT), saj morajo biti vsi zaposleni deležni dodatnih izobraževanj.

Izračune kazalnikov je, po mojem mnenju, potrebno napraviti ob zaključku poslovnega leta, saj so le podatki na letnem nivoju primerljivi s planom in preteklimi obdobji.

7. Anketa med zaposlenimi:

Ankete med zaposlenimi bi vodstvu ZD Bled – ZD Bohinj predstavljale koristne informacije o zadovoljstvu zaposlenih, o njihovih predlogih o posameznih spremembah, ki jih morda ne želijo predstaviti neposredno ustrezni osebi.

Vprašanja, ki bi jih morala vsebovati anketa zaposlenim v ZD Bled – ZD Bohinj so (Ocena zadovoljstva strank in zaposlenih na Upravni enoti Celje v letu 2004, 2004):

- ❖ stopnja strinjanja s trditvami: zadovoljen sem s svojim delovnim mestom, sposoben sem več, kot se od mene zahteva, zavzemam se za stranke;

- ❖ stopnja strinjanja s trditvami, ki pojasnjujejo status skupinskega dela: menim, da sem del harmonične sredine, vsak posameznik prispeva k uspehu ZD, pomagam sodelavcem, sodelujem s sodelavci, menim, da sem pomemben član ZD;
- ❖ stopnja strinjanja s trditvama, ki pojasnjujeta usposobljenost zaposlenih za opravljanje dela v ZD: sem sposoben opravljati svoje delo, ZD zaposluje usposobljene ljudi;
- ❖ stopnja strinjanja s trditvama, ki pojasnjujeta primernost opreme in organizacije za dobro opravljanje dela: na voljo imam sredstva, potrebna za delo, organizacija dela je primerna;
- ❖ stopnja strinjanja s trditvami, ki pojasnjujejo zmožnost posameznika za nadzor pogojev, v katerih opravljajo delo: stvari, ki ne sodijo v mojo pristojnost, možnosti, da zadovoljim potrebe strank, včasih ne opravim dela, kot bi moral, odvisen sem od dela sodelavcev;
- ❖ stopnja strinjanja s trditvama, ki pojasnjujeta stimuliranje zaposlenih pri delu: sodelovanje s strankami, stimuliranje za uspešno reševanje postopkov;
- ❖ stopnja strinjanja s trditvami, ki pojasnjujejo poznavanje pričakovanj vodstva: informacije, kako bi moral delati, ne razumem vsebine, ki jo opravljam, sledim spremembam pri svojem delu, strokovno usposabljanje, poudarek pri ocenjevanju uspešnosti;
- ❖ kako bi ravnali, če bi vam naložili preveč dela: opravili delo zunaj delovnega časa, samo, da bi bilo končano v roku in kakovostno;
- ❖ menim, da imam dovolj znanja;
- ❖ ocenjevanje motivacijskih dejavnikov: plača, dobri medčloveški odnosi, stopnja zahtevnosti dela, pohvala, kariera;
- ❖ odnos med učinkovitostjo posameznikov in nagrajevanjem za opravljeno delo: plačilo odgovarja moji učinkovitosti, plačilo je enako, ne glede na učinkovitost, plačilo je premajhno za opravljeno delo;
- ❖ ocenjevanje pomena strokovnosti pri reševanju konkretnih zadev: vodja (vedno, pogosto, občasno, redko, nikoli) da prednost strokovnosti pred subjektivnimi okoliščinami;
- ❖ cilji, ki jih v procesu dela zasleduje direktor: legitimnost, pravičnost, obvladovanje stroškov, kvaliteta, zadovoljevanje potreb uporabnikov storitev;
- ❖ stopnja identifikacije posameznikov z ZD: sem ponosen, da sem zaposlen v ZD, nisem ponosen, da sem zaposlen v ZD.

Odgovori na omenjeno anketo bi morali prav tako ponujati možnosti odgovorov 1 do 5, kjer odgovor 5 pomeni odlično. Primera ankete opravljene med zaposlenimi v ZD Bled – ZD Bohinj nisem pridobila, menim pa, da bi morala biti ciljna vrednost ankete med zaposlenimi podobno ciljni vrednosti ankete med bolniki, kar je okrog 4. Anketo bi morali izvajati vsaj enkrat letno.

6.3. Oblikovanje uravnoveženega sistema kazalnikov

Zaradi povpraševanja po spremembah, izboljševanju in reformah, bodo morale zdravstvene organizacije v svoje poslovanje uvajati uravnoveženi sistem kazalnikov ali podobne pristope, da bodo vzpodbujale in podpirale spremembe, s katerimi bodo izboljševale svoje poslovanje.

S preoblikovanjem strategije in iz nje izhajajočih ciljev v vrsto kazalnikov vseh štirih vidikov poslovanja smo končali proces ustvarjanja strateško usmerjene organizacije. Glede na to, da v magistrskem delu ne morem prikazati delovanja informacijskega sistema, ki podpira uravnoveženi sistem kazalnikov, lahko na podlagi pridobljenih podatkov in izdelanih analiz oblikujem strateški diagram (v obliki tabele), ki grafično prikazuje vzročno-posledična razmerja med strateškimi cilji in kazalniki vseh štirih vidikov, ciljne in sedanje vrednosti ter periodiko poročanja. V Tabeli 10 so predstavljeni strateški cilji, ki izhajajo iz Nacionalnega programa, kazalniki, ciljne vrednosti in periodika poročanja pa izhajajo iz opravljenih analiz.

Tabela 10: Predlog uravnoveženega sistema kazalnikov za ZD Bled – ZD Bohinj

	STRATEŠKI CILJ	KAZALNIK	CILJNA VREDNOST	SEDANJA VREDNOST	PERIODIKA POROČANJA
Stranke					
1.	Dvig kakovosti zdravja prebivalstva,	Št. obiskov / zdravnika - preventivni - kurativni	100 8.243	77 11.070	Polletno
2.	izvajanje zdravstvene dejavnosti v skladu z zakonom, zmanjšanje kurativnih pregledov	Št. obiskov / 1.000 preb. - preventivni - kurativni	40 3.457	31 4.475	Polletno
3.	Izboljšati kvaliteto opravljenih storitev	Anketa med bolniki	4	4	Letno, četrletno
4.		Št. pritožb / zdravnika	10	Nimamo podatka	Letno, četrletno
5.		Spremljanje čakalnih dob	Do 15 min	Nimamo podatka	Mesečno
Finance					
6.	Razvoj obveznega in prostovoljnega zdrav. zavarovanja	Poslovni prihodki / zdravnika (1.000 prebivalcev)	35 TSIT	66 TSIT (41 TSIT)	Letno

Nadaljevanje Tabele 10					
	STRATEŠKI CILJ	KAZALNIK	CILJNA VREDNOST	SEDANJA VREDNOST	PERIODIKA POROČANJA
7.	Zniževanje stroškov	Poslovni odhodek / zdravnika	35 TSIT	67 TSIT (41 TSIT)	Letno
8.		Strošek dela /zaposlenega na mesec	472 TSIT	472 TSIT	Letno
9.		Delež stroškov dela (zdrav. mat., storitev)v vseh stroških	60 % (14 %)	60 % (14 %)	Letno
10.	Uspešnost poslovanja *	Koeficient celotne gospodarnosti	> 1	1, 011	Letno
11.		Koeficient gospodarnosti poslovanja	> 1	1,005	Letno
12.		Stopnja dolgoročnosti financiranja	0,6-0,7	0,711	Letno
13.		Kratkoročni koeficient	> 1	1,258	Letno
Notranji poslovni procesi					
14.	Zmanjšanje kurativnih pregledov	Realizacija / plan preventivnih delavnic	100 %	96 %	Mesečno, sproti po posameznih delavnicah
Učenje in rast					
15.	Z investicijami izboljšati pogoje za razvoj sodobnega zdravstva	Stopnja odpisanosti osnovnih sredstev	0,5	0,561	Letno
16.		Stopnja osnovnosti investiranja	65-75 %	63,5 %	Letno
17.		Nove nabave/strošek amortizacije	120	49	Letno
18.	Motivacija zaposlenih	Povpr. neto plača / zaposlenega	217 TSIT	217 TSIT	Letno
19.		Anketa med zaposlenimi	4	Nimamo podatka	Letno
20.	Izboljšanje strokovnosti zaposlenih	Strošek izobraževanja / zaposlenega	70 TSIT	51 TSIT	Letno

Vir: Lasten

* - podatki so za OZG

Kazalnika prvega strateškega cilja dvig kakovosti zdravja prebivalstva, izvajanje zdravstvene dejavnosti v skladu z zakonom, zmanjšanje kurativnih pregledov v ZD Bled – ZD Bohinj spremljajo le na letnem nivoju za potrebe statistike. Število obiskov (preventivnih, kurativnih) na zdravnika je kazalnik, ki je primeren predvsem zaradi spremljanja poslovanja, ki naj bi bil v okvirih sedanje politike ZZZS, katera daje prednost preventivni dejavnosti. V zdravstvenem domu nimajo informacijske podpore za spremljanje omenjenega kazalnika, podatke zbirajo za Zavod za zdravstveno varstvo enkrat letno. V zdravstvenem domu imajo takšne podatke na letnem nivoju, menim pa, da bi bilo pomembno, da bi omenjeno spremljali večkrat letno, saj bistveno odstopajo od postavljenih ciljnih vrednosti.

Strateški cilj, katerega namen je izboljšanje kvalitete opravljenih storitev, že spremljajo s pomočjo zbiranja pritožb. Sam sistem zbiranja pritožb imajo dobro pripravljen, ker jim daje informacijo o njihovem delu. Menim, da bi morali imeti na ta način pridobljene pritožbe zbrane v skupni evidenci, da bi lahko ugotavljali njihovo gibanje, razloge (enako bi lahko storili za pohvale, predloge,...). Z zbiranjem naj nadaljujejo, pomembno pa je, da si določijo ciljno vrednost (po mojem mnenju bi bilo 10 pritožb ustrezno). Pomemben pripomoček za ugotavljanje zadovoljstva bolnikov je tudi anketa, ki kaže širšo sliko, saj se lahko, poleg zadovoljstva z zdravstvenim osebjem, osredotočijo tudi na druga področja, kot so npr. urejenost okolja, prostora, čakalne vrste. Anketa bi se po mojem mnenju morala izvajati enkrat na eno do dve leti. Njeni rezultati bi se morali čim bolj približati ciljnim vrednostim.

Finančni vidik spremljajo v okviru OZG. Po mojem mnenju zbirajo in analizirajo veliko podatkov, ki jim že sedaj kažejo njihovo finančno situacijo. Iz kazalnikov finančnega vidika, predstavljenih v Tabeli 10 (predvsem podatkov na zdravnika), ugotavljamo, da odstopajo od ciljnih vrednosti, glavni razlog za, to je po mojem mnenju, nižji nivo zdravnikov v celotnem številu zaposlenih. ZD Bled – ZD Bohinj ima manjše število zaposlenih, ker nima toliko administrativnega kadra, vendar je kljub temu, glede na rezultate kazalnikov, število zdravnikov prenizko. Ciljna vrednost bi morala biti prav iz tega razloga nad vrednostjo OZG – 35 TSIT. Menim, da bi omenjeni kazalnik lahko spremljali na četrletnem nivoju, kot primerjavo z drugimi zdravstvenimi domovi na Gorenjskem (OZG pripravlja četrletne preglede poslovanja po gorenjskih zdravstvenih domovih), na letnem nivoju pa bi se lahko primerjali z drugimi zdravstvenimi domovi v Sloveniji in republiškim povprečjem. Vsi potrebni podatki se dejansko spremljajo, vendar ne v takšni obliki.

Glede stroškov dela v zdravstvu v Sloveniji prihaja do razhajanj med državo in sindikati, zato sem se odločila, da v uravnoteženi sistem kazalnikov vključim tudi ta indikator, s katerim spremljajo rast plač na zaposlenega. Omenjeni kazalnik v OZG že spremljajo. Določila sem tudi ciljno vrednost, ki pa se lahko tudi z ustreznimi argumenti spremeni.

Za spremljanje uspešnosti poslovanja OZG že spremlja kazalnike na letnem nivoju (so obvezni del letnega poročila). Sama se nisem odločila za vse predlagane kazalnike, saj po mojem mnenju ne moremo izkazati likvidnosti zdravstvenega doma na podlagi pospešenega in hitrega koeficienta. Po moji oceni, zdravstveni dom nima likvidnostnih težav, v primeru, pa da bi do teh težav prišlo, bi bilo nujno potrebno vključiti v uravnoteženi sistem kazalnikov tudi omenjena koeficienta. Za preostale izbrane koeficiente sem določila ciljne vrednosti, kot je razvidno iz Tabele 10. Menim, da je dovolj spremljanje na letnem nivoju, pogosteje bi bilo potrebno v primeru kakšnih likvidnostnih težav.

V okviru vidika notranjih poslovnih procesov sem opredelila več kazalnikov. Za samo organiziranje poslovanja zdravstvenega doma je pomembno spremljanje obremenjenost zaposlenih po posameznih obdobjih, vendar sem se odločila, da to ni primerno, da se izkazuje v okviru uravnoteženega sistema kazalnikov, saj je le-to pomembno z vidika organizacije dela. Enako velja za mnenje zunanje revizije, ki mora biti izvršeno v celoti, zato ga ni potrebno spremljati. Kazalnik za vidik notranjih poslovnih procesov, katerega sem izbrala, je realizacija preventivnih delavnic, ki je pomembna predvsem glede zadovoljevanja plačnika in zniževanja obremenjenosti zdravnikov. Ciljna vrednost, ki naj bi jo kazalnik dosegal, naj bi bila vsaj realizacija plana. Glede na to, da imajo v ZD Bled – ZD Bohinj slabšo realizacijo preventivnih delavnic, bi morali omenjeno spremljati po vsaki delavnici (kolikšno je bilo predvideno število obiskov, kolikšno je bilo dejansko število, ali so bile vse preventivne delavnice realizirane v celoti, v primeru, da ne, kakšni so razlogi za to).

Glavnino kazalnikov, opredeljenih v okviru vidika učenja in rasti, spremlja OZG. Le-ta že spremlja določene kazalnike, predvsem z vidika investiranja – stopnja odpisanosti osnovnih sredstev, stopnja osnovnosti investiranja, realizacija plana investicij, nove investicije v strošku amortizacije. Ciljne vrednosti so določene v Tabeli 10, ZD Bled – ZD Bohinj jih načeloma dosega, odstopanje se lahko pojavlja pri delni realizaciji plana investicij zaradi zunanjih dejavnikov. Glede na neproblematični vidik doseganja zadostnih investicij zadostuje letno spremljanje omenjenih kazalnikov.

V zdravstvenem domu nimajo visoke fluktuacije zaposlenih, zato se za ta kazalnik nisem odločila, primeren bo v primeru, ko se bo le-ta pojavila. Že pri finančnem vidiku sem omenila strošek na zaposlenega, ki je predstavljal podatek s finančnega vidika (delež stroškov dela v vseh stroških), za zaposlenega pa naj bi višina plače kazala njegovo uspešnost pri delu, hkrati pa mu je motivacija za nadaljnje delo. Ciljna vrednost neto plače na zaposlenega bi morala biti v višini gorenjskega povprečja. Motivacijo zaposlenim pri delu predstavlja tudi možnost dodatnega izobraževanja, kar lahko spremljajo s stroškom izobraževanja na zaposlenega. V zdravstvenem domu morajo paziti, da so izobraževanja deležni vsi zaposleni.

Enako kot zadovoljstvo strank je pri poslovanju zdravstvenega doma pomembno tudi zadovoljstvo zaposlenih. Edini dokaj zanesljiv način je izvajanje anket med zaposlenimi, ki naj bi zajemale precej izčrpana vprašanja, da bi lahko management na enem mestu dobil vpogled na zadovoljstvo zaposlenih v okviru zdravstvenega doma. Omenjene ankete so anonimne, zato zaposleni lahko prikažejo svoj odnos do dela, sodelavcev. Izvajati bi jo morali letno, na kolegijih bi morali pripraviti podrobno analizo in na podlagi tega izboljšave, saj zadovoljen delavec običajno poskrbi, da je zadovoljna tudi stranka, v našem primeru bolnik.

Glavni problem, ki se pojavlja pri uvajanju uravnoteženega sistema kazalnikov v ZD Bled – ZD Bohinj, je ustrezeni informacijski sistem, ki ga praktično nimajo. Imajo le informacijsko podporo za zbiranje podatkov, ki so pomembni za spremljanje kazalnikov finančnega vidika, za ostale vidike bi morali voditi posebne evidence. Nekatere podatke zbirajo za potrebe poročanja Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj, ki se objavljajo z letnim zamikom, tako da primerjava, npr. števila preventivnih obiskov na zdravnika z republiškim povprečjem tekočega leta, sploh ni mogoča.

Spremljanje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma je torej problematično z vidika pomanjkanja podatkov. Ne razumem, kako bi v Sloveniji radi povečali učinkovitost zdravstvenega sistema, če sploh ni ustreznih podatkov, ki bi kazali, kam vodi poslovanje zdravstvenih organizacij, npr. ob koncu leta (predvsem nefinančni kazalniki) ter doseganje zastavljene strategije in ciljev. Vsi gledajo samo čakalne vrste, katerih razlogi so verjetno povezani z neustreznim vpogledom na njihovo celotno poslovanje ali pa finančno neučinkovitost. Če primerjam svoje poznavanje poslovanja podjetij, opažam, koliko sredstev neko podjetje vlagava v informacijsko tehnologijo, da bi pridobilo čim bolj točne in tekoče podatke, ki kažejo tekočo sliko delovanja podjetja. V podjetju vedo, da lahko le sprotno spremljanje poslovanja in ugotavljanje razlogov za odmike omogoča, da je podjetje učinkovito in lahko konkurira na trgu. Po moji oceni tega v slovenskem zdravstvu ni, imajo zastarele podatke ali pa jih sploh nimajo. Prav verjetno pa je s tega vidika pomembno vzpodbujanje konkurence v zdravstvu, lahko preko privatizacije, komercializacije, saj menim, da sama oblika ni toliko pomembna, pomemben je učinek, ki ga s tem dosežemo. Vendar moramo kljub vsemu paziti, saj zdravstveni dom ni podjetje, tukaj gre za zdravje ljudi, zato ne sme biti njegov glavni cilj profitabilnost.

Samo za predstavo, bi rada omenila, da naj bi, po nekaterih ocenah, projekt uvajanja uravnoteženega sistema kazalnikov stal organizacijo od enega do dva milijona tolarjev. Če pogledamo samo zdravstvene domove, ki jih je okrog 60, bi to predstavljalo minimalni strošek 60 milijonov tolarjev skupaj s stroški uvajanja zaposlenih, npr. še 60 milijonov tolarjev, 120 milijonov tolarjev. Glede na višino vloženih sredstev, pa bi bil prihranek z vidika večje učinkovitosti zdravstvenega sistema lahko bistveno višji. Država bi lahko omogočila zdravstveni instituciji, morda za začetek le v enem manjšem zdravstvenem domu, poskusno

testiranje računalniških programov, kar bi lahko pripomoglo k boljši ponudbi ustreznih podatkov, ki predstavljajo osnovo za spremljanja delovanja in doseganja ciljnih vrednost uravnoveženega sistema kazalnikov.

7. SKLEP

Magistrsko delo obravnava način, kako je možno s pomočjo uravnoveženega sistema kazalnikov izmeriti uspešnost poslovanja zdravstvenega doma. Med številnimi modeli za spremljanje učinkovitosti poslovanja zdravstvenega doma sem se odločila za uravnoveženi sistem kazalnikov, saj je po mojem mnenju primeren model merjenja uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma, ker izpostavlja vidik poslovanja s strankami (glavni cilj zdravstvenega oziroma javnega sektorja je zadovoljna stranka, ne poslovni izid). Poleg vidika poslovanja s strankami uravnoveženi sistem kazalnikov, temelji še na treh vidikih in sicer finančnem vidiku, vidiku notranjih poslovnih procesov ter vidiku učenja in rasti.

Danes prihaja v Sloveniji do korenitih sprememb v zdravstvenem sistemu, vendar zaenkrat zdravstveni dom še vedno ostaja osnovni subjekt primarne zdravstvene dejavnosti. V medijih so dnevno objavljeni članki glede obstoja javnega zdravstvenega sistema, saj naj bi mu bili šteti dnevi, glede na to, da država s podeljevanjem koncesij vzpodbuja zasebni zdravstveni sistem. Po mojem mnenju zasebni zdravstveni sektor ni bolj učinkovit, razlika je morda le v tem, da nima tolikšnega števila bolnikov, zato je zasebnikom veliko lažje urejati čakalni sistem, ker se mora posamezni bolnik predhodno najaviti, pri čemer ne prihaja do čakalnih vrst (lahko se tudi zgodi, takrat pa bolnik ni zadovoljen, da mora kljub plačilu čakati v vrsti). Poleg tega bolnik lahko v zasebni ordinaciji opravi le pregled, največkrat pa mora v primeru, ko potrebuje kakšno dodatno storitev (npr. laboratorij, rentgen) iti drugam, kar tudi predstavlja neke vrste čakalno vrsto, saj preteče precej časa, da zasebni zdravnik prejme kakršnekoli rezultate (teste, slike). Se pa strinjam, da je vzpodbujanje konkurence nujno potrebno, pri čemer se povečuje učinkovitost zdravstvenega sektorja in izboljšujejo kazalniki, ki v današnjem času kažejo katastrofalne rezultate (čakalne vrste).

Vendar kljub morebitnim spremembam v prihodnosti, zdravstveni dom še vedno obstaja. Kolikor sem uspela spoznati samo poslovanje zdravstvenega doma (v mojem primeru ZD Bled – ZD Bohinj), si njegov management prizadeva k izboljševanju njegovega poslovanja, njihova glavna skrb je kvalitetno opravljena zdravstvena storitev, ki vodi do zadovoljnega bolnika. V izbranem zdravstvenem domu se trudijo za neposreden stik z bolniki, saj zbirajo njihove pritožbe, predloge in pripravljajo občasne ankete. Pri zasebnikih pa tega največkrat ni oziroma je potrebno kvalitetno opravljeno storitev dodatno plačati. V ZD Bled – ZD Bohinj, ugotavljam sama, premalo truda vlagajo v izvajanje preventivnih delavnic, saj je število

kurativnih obiskov na zdravnika in 1.000 prebivalcev krepko nad republiškim povprečjem, preventivni obiski pa so pod povprečjem.

Finančno poslovanje ZD Bled – ZD Bohinj, ki ga spremlja OZG, je izredno pregledno in poslovodstvu daje pravo informacijo o finančni »uspešnosti« zdravstvenega doma. Finančno spremljanje je pomembno predvsem z vidika ZZZS, saj predstavlja osnovo za planiranje sredstev v letnih pogodbah. Sama sem vključila tudi dodatno primerjavo z ZD Ljubljana, da lahko OZG oceni, kje se nahaja njegovo poslovanje v primerjavi s podobnimi institucijami. Na podlagi rezultatov analiz lahko ocenim, da je finančno poslovanje OZG ustrezno.

Glavna dejavnost zdravstvenega doma so družbene, skupinske in individualne aktivnosti, ukrepi in storitve za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nega in rehabilitacija zbolelih in poškodovanih. V zdravstvenem domu imajo samo poslovanje urejeno s Statutom OZG, prizadevajo si, da bi svojo dejavnost opravljali čimbolj uspešno. Poleg tega poslovodstvo zdravstvenega doma skrbi, da so zaposleni motivirani za delo ter imajo prijeten delovni prostor, zato skorajda nimajo fluktuacije zaposlenih. Po mojem mnenju bi se poslovanje zdravstvenega doma lahko izboljšalo. Spremljati bi morali, kdaj so zdravniki bolj obremenjeni in kdaj manj, da ne bi prišlo do neizkoriščenih kapacitet v obdobju manjše obremenjenosti zdravnikov in premalo kapacitet takrat, ko bi bila obremenjenost večja. Poleg tega bi morali imeti tudi nadzor nad čakalnimi vrstami, predvsem bi morali ugotavljati vzroke za odmik in jih v bližnji prihodnosti odpravljati.

Pri izbiri oziroma določanju strategije za zdravstveni dom nimamo veliko izbire, saj je le-ta določena za celotno zdravstveno dejavnost na nivoju države. Vsak javni zdravstveni zavod ima možnost, da iz dane strategije izlušči bistvene strateške cilje, ki bodo njegovo poslovanje vodili k doseganju želene strategije oziroma zelenih ciljev, hkrati pa bo njihovo poslovanje uspešno.

V magistrskem delu sem proučila teoretična in praktična dognanja merjenja uspešnosti poslovanja podjetij in javnih organizacij, teoretična in praktična dognanja spremljanja oziroma merjenja uspešnosti delovanja zdravstvenega zavoda. Prav tako sem proučila smiselno uvažanja uravnoteženega sistema kazalnikov v zdravstveni dom. Pri tem sem ugotovila, da je uravnoteženi sistem kazalnikov ustrezen model za merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma, saj v okviru ZD Bled – ZD Bohinj že spremljajo svoje poslovanje po podobnih področjih, le da kazalniki niso zbrani v takšni obliki. Iz celote kazalnikov, ki že obstajajo, sem izbrala tiste, za katere menim, da so najbolj primerni za spremljanje učinkovitosti poslovanja ZD Bled – ZD Bohinj ter, po lastni presoji, dodala še nekaj novih.

Menim, da bi hipotezo, ali je možno uvesti uravnoteženi sistem kazalnikov za spremljanje uspešnosti delovanja zdravstvenega doma, lahko potrdili, saj nekaj izbranih kazalnikov že spremljajo. Izbrala pa sem tudi takšne, za katere že obstajajo podatki in jih je zato možno spremljati brez posebne informacijske podpore.

Poudariti pa moram, da je uravnoteženi sistem kazalnikov fleksibilen sistem, ki se bo spreminjal in dopolnjeval s spreminjanjem strategije zdravstvenega sistema v Sloveniji. Spremljati je potrebno le spremembe in prilagajati izbiro kazalnikov merjenja uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma le-tem.

8. LITERATURA

1. Atkinson Anthony: The Strategy-Focused Organization. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. B2-1 – B2-2.
2. Barr John H.: Integrating the Management System and Balanced Scorecard. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. A4-1 – A4-5.
3. Campbell Andrew: Keeping the Engine Humming. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. A3-1 – A3-6.
4. Candle Sharon L.: The Results Act: A Challenging Management Framework. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C3-1 – C3-8.
5. Castaneda-Mendez Kicab: Performance Measurement in Health Care. [URL: http://www.qualitydigest.com/may99/html/body_health.html], maj 1999.
6. Chow Chee W. et al.: The Balanced Scorecard: A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C4-1 – C4-12.
7. Česen Marjan: Koliko stane predan zdravnik?. Delo, Ljubljana. [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=4af01ec62ca34b7092444f52513b22c704&source=Sobotna+priloga], 22.10.2005.
8. Česen Marjan: Management javne zdravstvene službe. Ljubljana : CTU, Center za tehnološko usposabljanje, 2003, 254 str.
9. Čurin Suzana: Kako do »profijev« na čelu javnih podjetij. Manager, Ljubljana 2(1998), str. 50.
10. Dimovski Vlado: Poslovanje malega podjetja. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 372 str.
11. Došenovič Bonča Petra, Tajnikar Maks: Recent Developments in the Voluntary Health Insurance Market in Slovenia. Conference on Public Sector. Ljubljana : Faculty of Economics, 2005, str. 119-128.
12. Došenovič Petra: Cost efficiency of basic health care providers in Slovenia. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2004. 112 str.
13. Ferjanc Marjan: Finančni management v bolnišnici. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 57-63.
14. Globočnik Janez et al.: Benchmarking ambulantnih storitev. Skupinska projektna naloga. Bled : IEDC Poslovna šola Bled, 2001. 16 str.

15. Gomboc Zdenka, Lainščak Mitja: Trajanje postopka sprejema na kirurški oddelek pred operativnim posegom, Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost, 2005, str. 163-165.
16. Harej Katja: Uravnoteženi sistem kazalnikov. Maribor : Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko, 2003. 27 str.
17. Hauc Anton: Management v zdravstvenih zavodih, specifičnost managementa v zdravstvu. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 14-23.
18. Hočevar Franc: Ali je management v bolnišnicah v krizi – moč in pristojnost direktorjev. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 33-36.
19. Hočevar Marko: Prednosti in omejitve metode BSC. Les, revija za lesno gospodarstvo, Ljubljana, 3 (2003). [URL: http://www.zls-zveza.si/RL/Arhiv/RL_3_2003_Hocevar.pdf], marec 2003.
20. Horvat Igor: Uravnoteženi sistem kazalnikov in uporaba v Splošni bolnišnici Jesenice. Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost, 2005, str. 174-179.
21. Horvat Metka: Merilni instrumenti vodijo pilota v letalu. Manager, Ljubljana 6(2000), str. 44-46.
22. Horvat Mitja: Kdo naj vodi zdravstvo?, Ljubljana : Zdravniška zbornica Slovenije, 2(1999), str. 41-42.
23. Hovnik-Keršmanc Marjetka, Hafner Alenka: Zdravje na Gorenjskem. Kranj : Zavod za zdravstveno varstvo, 2002, 112 str.
24. Hunger J. David, Wheelen Thomas L.: Strategic management. Reading : Addison – Wesley Publishing Company, 1996. 440 str.
25. Kaplan Robert S., Norton David P.: Building a Strategy-Focused Organization. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. B1-1 – B-9.
26. Kaplan Robert S., Norton David P.: Strateško usmerjena organizacija. Ljubljana : GV Založba, 2001. 426 str.
27. Kaplan Robert S., Norton David P.: The Balanced Scorecard : Translating Strategy into Action. Boston : Harvard Business School, 1996. 323 str.
28. Kaplan Robert S., Norton David P.: Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management. The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002a, str. B3-1 – B3-14.
29. Kaplan Robert S., Norton David P.: Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part II. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002b, str. B4-1 – B4-12.
30. Kenton Christopher: The False Debate About Focus. Business Week, [URL: http://www.businessweek.com/smallbiz/content/mar2005/sb20050310_0723_sb037.htm], 10.3.2005.

31. Kenton Christopher: Value Beyond the Balance Sheet. Business Week, [URL: http://www.businessweek.com/smallbiz/content/feb2005/sb2005021_6118_sb037.htm], 1.2.2005a.
32. Kolbezen Melita, Debeljak Irena: Uvedba modela uravnoteženega merjenja uspešnosti v praksi. Revizor, Ljubljana 7/8(2004), str. 38-55.
33. Kornai Janos, Eggleston Karen: Welfare, Choice, and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe. Cambridge, New York : Cambridge University Press, 2001, 365 str.
34. Košir Franc: Menedžment v zdravstvenem varstvu – pogledi zdravstvene zavarovalnice, Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 24-32.
35. Košir Tone: Petdeset let Zdravstvenega doma Škofja Loka. Škofja Loka : Zdravstveni dom, 2002. 130 str.
36. Kranjec Marko: Slovenski zdravstveni sistem in javni sektor. Uprava, Ljubljana, 2(2003),1, str. 83-103.
37. Ložar Boštjan: Kako pravilno vpeljati BSC. Manager, Ljubljana, 11(2002), str. 52.
38. Ložar Boštjan: Pet let za opaznejši napredek. Manager, Ljubljana, 11(2003), str. 2.
39. Ložar Boštjan: Poslovni model za globalno konkurenčnost. Manager, Ljubljana, 11(2003).[URL:<http://www.gvin.com/IskanjeClankov/PrikazClanka/PrikazClanka.asp?articleID=796279>], 27.10.2003a.
40. Maraž Alenka: Učinkovitost dela v zdravstvu. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1983. str. 96.
41. Meliones Jon N. et al.: No Mission ↔ No Margin: It's That Simple. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C7-1 – C7-7.
42. Mušič Mirko: Nastavite si svoj istem vodenja. Manager, Ljubljana 11(2003), str.120.
43. Niven Paul R.: Adapting the Balanced Scorecard to fit the Public and Nonprofit Sectors. [URL: http://www.balancedscorecard.biz/articles/adapting_BSC_Public_Sectors.html], april 2003.
44. Oliveira Jason: The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to Performance Evaluation. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C2-1 – C2-5.
45. Olve Nils – Göran, Anna Sjöstrand: The Balanced Scorecard. Oxford : Capstone Publishing, 2002. 114 str.
46. Olve Nils – Göran, Roy Jan, Wetter Magnus: Performance Drivers, A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard. West Sussex : John Wiley&Sons Ltd., 1999. 347 str.
47. Pak Maja: Uporaba uravnoteženega sistema kazalnikov (BSC) pri sistemu strateškega managementa Slovenske turistične organizacije. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 127 str.

48. Pink George H. et al.: Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C5-1 – C5-13.
49. Pučko Danijel: Strateško upravljanje. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003. 390 str.
50. Rejc Adriana: A social and environmental critique of the balanced scorecard as the basis for a stakeholder model of performance measurement. Theory and practice of transition and accession to the EU / IV. International Conference Economic System of European Union and Accession of the Republic of Croatia. Ljubljana : Faculty of Economics, 2004, str. 365-378.
51. Rejc Adriana: Presojanje uspešnosti poslovanja podjetij z usklajenim spletom finančnih in nefinančnih kazalcev. Slovenska ekonomska revija, Ljubljana, 5 (1998), str. 485-502.
52. Rejc Adrijana: Enajst let po nastanku koncepta BSC. Manager, Ljubljana, 11(2003), str. 117.
53. Repovž Grega: Ukaz zakone, ne pa certifikat. Delo, Ljubljana [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=68f6cdc0dd8ed3f7f14e09ca693e596204&source=Delo], 13.10.2005.
54. Rohm Howard: A Balancing Act. Performance Measurement in Action, [URL: <http://www.balancedscorecard.org/files/perform.pdf#search='rohrm%20howard%20the%20balancing%20act'>], 2.10.2005.
55. Rusimovič Tomaž: Reinženiring poslovnih procesov. Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 64-68.
56. Schatz Willie: The Balancing Act. AFP Exchange, 20(2000), 3, str. 40.
57. Setnikar-Cankar Stanka, Seljak Janko: Effectiveness in the public sector: Comparison of the costs of selected groups of diagnoses in hospital health care in Slovenia. Economic and business review, Ljubljana, 1(2004), 6, str. 5-22.
58. Sharma Umesh, Hoque Zahirul: Implementing the Balanced Scorecard in Government: The Housing Authority of Fiji. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. A6-1 – A6-5.
59. Shutt Judith A.: Balancing the health Care Scorecard. Managed Care. [URL: http://www.managedcaremag.com/archives/0309/0309.peer_balanced.html], September 2003.
60. Skela Savič Brigita, Pagon Milan, Lobnikar Branko: Analiza vodenja v slovenskih bolnišnicah: kdo so uspešni vodje?. Organizacija, Ljubljana, 1(2004), str. 5-15.
61. Skela Savič Brigita: Razvoj in usposabljanje vodstvenih kadrov v zdravstveni negi. Organizacija, Ljubljana, 10(2000), str. 651-659.
62. Svetic Aleša: Možnosti za uvajanje tržnega koncepta poslovanja v slovensko zdravstvo. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1993. 101 str.
63. Svetic Aleša: Strateški razvoj in ravnanje s človeškimi viri v zdravstvenih organizacijah. Doktorska disertacija. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1996. 250 str.

64. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: »Bela knjiga« zdravstvene reforme v Sloveniji v letu 2003 – komentar, Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva, Ljubljana : Društvo ekonomistov Ljubljana, 2003, str. 23-33.
65. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku: McZdravstvo. Delo, Ljubljana, 82(2005), str. 16-17.
66. Tajnikar Maks, Došenovič Petra: Transitional adjustment of the public sector – The case of the health care system in Slovenia. From Transition to Development: Globalisation and political Economy of Development in Transition Economies International Conference of the Faculty of Economics. Sarajevo : Faculty of economics, 2004, str. 723-744.
67. Tine Stanovnik: javne finance. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1998. 196 str.
68. Tomšič Bojan: Model sistema vodenja kakovosti v splošni bolnišnici, Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost, 2005, str. 151-154.
69. Veternik Jože: Vodenje zdravstvenega doma – izziv ali obveznost, Ljubljana : Društvo ekonomistov v zdravstvu, 2001, str. 37-42.
70. Weber David O.: Better Gauge of Corporate Performance. James B. Edwards, ed., Emerging Practices in Cost Management: The Balanced Scorecard. New York : WG&L/RIA, 2002, str. C1-1 – C1-5.
71. Woodward G., Manuel D., Goel V.: Developing a balanced scorecard for public health. Toronto : ICES, 2004. 22 str.
72. Zupanič Milena: Bodo koncesije okrnile zdravstvene domove?. Delo, Ljubljana [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=71ae0e35c707d4454e56a2e52edee6db04&source=Delo], 26.4.2005.
73. Zupanič Milena: Bolniku le sedem minut. Delo, Ljubljana, 2004, 23.10.2004, str. 3.
74. Zupanič Milena: Pod odejo kapitalskih dobičkov. Delo, Ljubljana. [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=91f9d906dddc9dd84e129dbcbfba93504&source=Sobotna+priloga], 19.3.2005a.
75. Zupanič Milena: Solidarnost da, enakost ne. Delo, Ljubljana [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=f2c2c0b983bc8f2b9150f18bfb7cdc7904&source=Sobotna+priloga], 12.7.2003.
76. Zupanič Milena: Zasebniki učinkoviti, a dragi. Delo, Ljubljana [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=113a9ce1f78e455d211cae6aeb9b947a04&source=Delo&ERR=1], 18.7.2005b.
77. Zupanič Milena: Zdravstveni zakon pripravljen za vlado. Delo, Ljubljana. [URL: http://www.delo.si/index.php?sv_path=43,50&id=53a0252ae5ba47fbd22d4e1fb4cde95504&source=Delo], 9.7.2005c.
78. Živčec-Kalan Gordana: Osnovna zdravstvena delavnost v Sloveniji, sedanje stanje in perspektiva ob analizi predloga Reforme, Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva, Ljubljana : Društvo ekonomistov Ljubljana, 2003, str. 5-22.

9. VIRI

1. Balanced Scorecard Collaborative, Inc, Balanced Scorecard Functional Standards Release 1.0a, Lincoln : Balanced Scorecard Collaborative, Inc 2000. 7 str.
2. Guide to a Balanced Scorecard Performance Management Methodology. Procurement Executives' Association [URL: <http://www.portfoliomgt.org/read.asp?ItemID=1047>], 2.10.2005.
3. Health Care Model. Workplace Safety&Insurance Board. [URL: [http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileHealthCareModel/\\$File/Health1d.pdf#search='health%20care%20model%20Wsib'](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileHealthCareModel/$File/Health1d.pdf#search='health%20care%20model%20Wsib')], March 1999.
4. Interna gradiva Osrednjega zdravstva Gorenjske.
5. Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2004, Ljubljana : Zdravstveni dom Ljubljana 2005. 100 str.
6. Ministrstvo za zdravje, »Bela knjiga« o zdravstveni reformi. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2003. 348 str.
7. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004 (Uradni list RS, št. 49/00).
8. Odlok o preoblikovanju Osnovnega zdravstva Gorenjske (Uradni list RS, št. 101/04, 68/05).
9. Osnovno zdravstvo Gorenjske, Plan nabav osnovnih sredstev in investicijsko vzdrževalnih del za leto 2005, Kranj : Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2005. 37 str.
10. Osnovno zdravstvo Gorenjske, Plan poslovanja za leto 2005, Kranj : Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2005. 2 str.
11. Osnovno zdravstvo Gorenjske, Poslovno poročilo za leto 2004, Kranj : Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2005. 54 str.
12. Osnovno zdravstvo Gorenjske, Računovodsko poročilo za leto 2004, Kranj : Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2005. 32 str.
13. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005, Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2005. 22 str.
14. Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2004, Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje, 2005, 110 str.
15. Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu: priporočilo št.R (97) 17 in pojasnjevalni memorandum: zdravje in družba, Strasbourg : Založništvo Sveta Evrope, 2001. 55 str.
16. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2005, Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, 2005. 33 str.
17. Statistične informacije, Ljubljana : Statistični urad Republike Slovenije, 93 (2003). 73 str.
18. Statut Osnovnega zdravstva Gorenjske, Kranj : Osnovno zdravstvo Gorenjske, 2005. 14 str.

19. Upravna enota Celje, Ocena zadovoljstva strank in zaposlenih na Upravni enoti Celje v letu 2004 [URL: http://upravneenote.gov.si/upravneenote/novice.ue?_id=s5], 18.8.2004.
20. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 99/01, 60/02 in 126/03).
21. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 26/92, 13/93, 45/94, 37/95, 8/96, 59/99, 90/99, 98/99, 31/00, 36/00, 45/01, 62/01 in 2/04).
22. Zdravstveni statistični letopis Slovenija 2003. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005. 29 str.
23. Zdravstveno statistični letopis Gorenjska 2003. Kranj : Zavod za Zdravstveno Varstvo Kranj, 2004. 125 str.
24. Zdravstveno statistični letopis za mariborsko regijo 2002. Maribor : Zavod za Zdravstveno Varstvo Maribor, 2004. 131 str.