

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

DIPLOMSKO DELO

**UVAJANJE SISTEMA CELOVITE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI V SLOVENIJI
PRIMER ORTOPEDSKE BOLNIŠNICE VALDOLTRA**

Ljubljana, oktober 2003

ANA BREZOVEC

IZJAVA

Študentka Ana Brezovec izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom dr. Adriane Rejc in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne _____

Podpis:_____

KAZALO

Uvod	3
1. Zdravstvena reforma v Sloveniji	5
1.1. Namen zdravstvene reforme	5
1.2. Cilji zdravstvene reforme v Sloveniji	5
1.2.1. Pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo	5
1.2.2. Razporejanje sredstev po potrebah državljanov	6
1.2.3. Dostopnost	7
1.2.4. Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva	7
1.2.5. Krepitev področja javnega zdravja	8
1.2.6. Razvoj sistema celovite kakovosti	9
2. Kakovost v zdravstvu	10
2.1. Osnovne teorije kakovosti	10
2.2. Teorije kakovosti v zdravstveni dejavnosti	13
2.3. Nagrade za kakovost v zdravstvu	14
2.3.1. Model EFQM	16
2.3.2. Primer izboljševanja kakovosti v zdravstvu: Baskija	17
3. Ortopedska bolnišnica Valdoltra (OBV)	18
3.1. Predstavitev ustanove	18
3.2. Analiza storitvenega spleta in storitvenega procesa v OBV	19
3.3. Merila modela EFQM v OBV	23
3.3.1. Voditeljstvo	23
3.3.2. Strategija in načrtovanje	25
3.3.3. Upravljanje s sposobnostmi zaposlenih	26
3.3.4. Viri	28
3.3.5. Sistem kakovosti in procesi	31
3.3.6. Zadovoljstvo strank	34
3.3.7. Zadovoljstvo zaposlenih	34
3.3.8. Vpliv na družbo	36
3.3.9. Poslovni rezultati	37
4. Razprava o pomenu kakovosti v slovenski zdravstveni dejavnosti in v OBV	39
Sklep	42
Literatura	43
Viri	45
Priloge	

Uvod

V zadnjih desetletjih je bil napredek medicinske znanosti in medicinske tehnologije zelo hiter, po zaslugi razvoja informacijske tehnologije pa so podatki o tem dostopni ne le izvajalcem zdravstvene dejavnosti, temveč tudi uporabnikom - državljanom. Ljudje so vse bolj zdravstveno osveščeni; aktivno iščejo informacije, kako bi ohranjali in krepili zdravje in še zlasti, kakšne možnosti jim v primeru bolezni nudi medicina in povezane znanosti. Zdravstveni sistemi se zato po vsem svetu soočajo s povečanim povpraševanjem državljanov po novih zdravstvenih pravicah in po njihovi univerzalni dostopnosti ter kakovosti. Vse to povečuje pritiske na povečevanje sredstev za zdravstveno varstvo. Drug razlog za naraščanje stroškov je naraščanje števila starejših prebivalcev, ki znatno bolj kot mlajši potrebujejo in uporabljajo zdravstveno varstvo, in naraščanje števila kroničnih bolnikov: današnje zdravljenje teh bolnikov je mnogo bolj uspešno kot nekoč, zato se podaljšuje njihovo preživetje in njihov delež v prebivalstvu.

Pričakovanja in zahteve slovenskih državljanov glede zdravja in zdravstvenega varstva so primerljive z zahtevami prebivalcev najrazvitejših držav. Pričakujejo ohranjanje solidarnosti, boljšo dostopnost, nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev, večjo kakovost in večjo soudeležbo pri odločanju (Projekt 'Future Patient', 2001, str. 3-6). Vedno večji razkorak med omejenimi in od produktivnosti odvisnimi možnostmi javnega financiranja ter potrebami in pričakovanji prebivalstva odpira na vedno bolj zaostren način razmislek, kako zagotavljati enako dostopnost do zdravstvenega varstva za vse prebivalstvo in še posebej za njegove ranljive skupine. Na pobudo Ministrstva za zdravje je socialni sporazum, podpisan aprila 2003, vključil tudi napoved zdravstvene reforme, ki bo temeljila na večji solidarnosti pri zagotavljanju sredstev za zdravstvene pravice in večji pravičnosti pri njihovem razporejanju, enaki dostopnosti do zdravstvenih pravic za vse uporabnike, povečevanju te dostopnosti, večji transparentnosti in s tem skrajševanju čakalnih dob, večji kakovosti in učinkovitosti sistema zdravstvenega varstva, aktivnejši vlogi uporabnikov in boljšem nadzoru.

Eden izmed pomembnih ciljev predlagane reforme je nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Spremenjen način financiranja izvajalcev storitev, ki naj bi z reformo prejeli plačila v odvisnosti od obsega pa tudi načina izpolnjevanja potreb bolnikov, bo vzpodbujal kakovost zdravstvenih storitev. Plačilo bo odvisno od kakovosti in izida zdravljenja ter zadovoljstva bolnikov, kar bo vodilo v večjo konkurenco med izvajalci, to pa k večji diferenciaciji ponudbe in večji zadovoljitvi posameznikovih potreb. Državljeni si bodo izbrali zdravstveni zavod tudi na podlagi dokazov o kakovosti storitev in dobri praksi. Eno izmed možnih meril, oziroma dokazov o izboljševanju kakovosti bo lahko tudi Priznanje odličnosti, ki ga Vlada Republike Slovenije podeljuje kot najvišje priznanje za dosežke na področju odličnosti poslovanja in je v osnovi enako Evropski nagradi za kakovost ter temelji na t.i. EFQM modelu. Od leta 2003 je v veljavi tudi izpopolnjen model odličnosti za javni sektor. Tudi nekatere slovenske bolnišnice so pričele uporabljati ta model za ovrednotenje svojih prizadevanj za izboljševanje kakovosti.

Cilj diplomskega dela je predstaviti osnovne teorije in modele kakovosti na področju zdravstva ter prikazati, kako so v nekaterih zdravstvenih ustanovah (tako tujih kot slovenskih) z EFQM modelom poskušali

izboljšati celovito kakovost. Na podlagi posameznih meril EFQM modela bom analizirala ključna področja delovanja Ortopedske bolnišnice Valdoltra, ki se je odločila poskusiti postopno izboljšati kakovost storitev. Z delom želim bralca spodbuditi k razmišljanju o novih možnih načinih izboljševanja kakovosti v zdravstveni dejavnosti, za katero velja, da se prepočasi odziva na spremembe trga in potrebe potrošnikov, ter o kakovosti v slovenskem zdravstvenem sistemu nasploh.

Delo je razdeljeno štiri poglavja. V prvem se bom najprej posvetila predstavitvi predlagane zdravstvene reforme in pomenu kakovosti v njej. Nato bom v drugem delu predstavila osnovne modele kakovosti ter se osredotočila na pojmovanje kakovosti v zdravstvu. Predstavila bom tudi primer tujih bolnišnic in način, kako so se odločili izboljšati kakovost njihovih storitev. Prav tako bom predstavila model EFQM za javni sektor, kot enega izmed možnih načinov izboljševanja poslovanja in kakovosti delovanja. V tretjem, najbolj obširnem poglavju, se bom posvetila predstavitvi Ortopedske bolnišnice Valdoltra in na podlagi izčrpnih pogovorov z zaposlenimi, literature in virov, ki so mi bili dostopni, ter lastnih dognanj ocenila delovanje Ortopedske bolnišnice Valdoltra z uporabo meril omenjenega modela. V sklepnem, četrtem poglavju, bom predstavila svoje mnenje.

1. Zdravstvena reforma v Sloveniji

1.1. Namen zdravstvene reforme

Zdravstvene reforme, ki se jih lotevajo sodobne socialne države v zadnjem desetletju, si za svoja temeljna izhodišča zastavljajo domala identične vrednote in načela. Poudarjajo, da mora biti v središču pozornosti zdravstvenega sistema interes državljanov, kar pomeni, da morajo biti interesi izvajalcev ter spremljajočih dejavnosti temu podrejeni. Dostop do zdravstvenega varstva je potrebno omogočiti vsem državljanom, kar pomeni univerzalno pravico do zdravstvenega varstva, ki upošteva potrebe vseh ljudi ne glede na njihov materialni položaj. Dostopnost do zdravstvenih pravic mora biti pravična, kar pomeni enako dobro zdravstveno oskrbo za vse ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami. Financiranje zdravstvenega varstva mora temeljiti na solidarnosti pri zbiranju sredstev ter pravičnosti pri razporejanju teh sredstev med izvajalce. Merila razporejanja morajo biti potrebe državljanov in kakovost zdravstvenih storitev, ne pa potrebe izvajalcev. Izvajalci morajo sredstva uporabljati učinkovito, kar pomeni, da morajo ob visoki kakovosti storitev zadovoljiti čim več potreb državljanov. Regulacija in nadzor zdravstvenega varstva morata biti v pristojnosti javnega sektorja, večjo vlogo pa morajo dobiti tudi državljani - uporabniki zdravstvenih storitev (Interno gradivo ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003, str. 5-10).

V Sloveniji smo se v zadnjih letih odmaknili od nekaterih vrednot, zlasti od solidarnosti pri zbiranju sredstev za zdravstvo. Nekatero drugo vrednoto pa še niso dosegle ravni sodobne učinkovite, pravične in socialne države. Z reformo, ki jo načrtujejo na Ministrstvu za zdravje, želijo poudariti potrebo po utrjevanju teh vrednot. Nujne so spremembe, ki bodo povečale pravičnost pri zbiranju sredstev, poštenost pri razporejanju zbranih sredstev, učinkovitost zdravstvenega sistema in gospodarnost pri ravnanju s sredstvi, predvsem pa kakovost zdravstvenih storitev, odgovornost vseh subjektov in nadzor. Te vrednote je mogoče smiselno združiti v štiri stebre reforme: pravičnost, dostopnost, kakovost in učinkovitost (Zdravstvena reforma, 2003), ki so predstavljeni v šestih ciljih reforme. Slednje bom v nadaljevanju predstavila.

1.2. Cilji zdravstvene reforme v Sloveniji

1.2.1. 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. Breme stroškov se z bolnih prenese na vse, torej tudi na zdrave, in od revnejših na premožnejše državljane. Brez tega pristopa zdravje ne more biti univerzalna pravica, saj postane odvisno od materialnih možnosti posameznika. Pred desetimi leti je uvedba doplačil za večino zdravstvenih pravic in prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja pomembno zmanjšala solidarnost in breme financiranja zdravstvenega varstva v znatni meri prenesla od bogatejših na revnejše prebivalce. Zato so na področju zagotavljanja sredstev za zdravstveno varstvo predlagali *ukinitev doplačil v obveznem zavarovanju*. S spremembami zakonodaje na področju zdravstvenega zavarovanja bodo opuščena doplačila za večino pravic, ki bodo vključene v obseg pravic iz obveznega zavarovanja. To

bo odpravilo podlago za prostovoljno dopolnilno zavarovanje in zahtevalo uvedbo novega zdravstvenega prispevka, ki bo nadomestil izpad sedanjih premij dopolnilnega zavarovanja. Novi zdravstveni prispevek zaposlenih bo znašal 1,95 % bruto plače; 60 % delojemalcev bo plačevalo manj kot za premije dopolnilnega zavarovanja, 40 % delojemalcev pa več. Prispevek delodajalcev bo ostal nespremenjen. Novi zdravstveni prispevek upokojencev bo znašal 4,06 % neto pokojnine. 70 % upokojencev bo plačevalo manj kot za premije dopolnilnega zavarovanja, 30 % pa več. Prispevek ZPIZ bo ostal nespremenjen (Marušič, 2002).

S predlagano *opustitvijo prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja* se bo vzpostavil pravi trg prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, ki bodo po svoji vsebini dodatna. Premije tega zavarovanja bodo predstavljale nov finančni vir za zdravstveno varstvo. S spremembami zakonodaje na področju zdravstvenega zavarovanja se bo *določila splošna vsebina obsega zdravstvenih pravic* tako, da bo obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavljalo brez doplačil večino pravic, ki so dokazano koristne.

1.2.2. 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. Razvoj modelov razporejanja sredstev je v Sloveniji potekal z desetletnim zamikom za prodornejšimi državami. Sistem je bil vsa leta usmerjen k izvajalcem in ne k državljanom, premalo je vzpodbujal učinkovitost in povsem zanemarljiv pomen dobre klinične prakse (Keber, 2003, str. 5). Zato so v osnutku reforme na področju razporejanja sredstev predlagali *celovit model razporejanja sredstev v sistemu zdravstvenega varstva*. Predlagan model temelji na potrebah državljanov, saj bo postavilo državljana v središče zdravstvenega sistema. Izvajalci bodo prejeli plačilo v odvisnosti od obsega in načina izpolnjevanja potreb uporabnikov. Pravičnejši način razporejanja sredstev bo izenačil dostopnost do zdravstvenih obravnav za vse državljane, povečal učinkovitost in kakovost zdravljenja ter izboljšal izhode zdravljenja. Plačilo bo postalo odvisno tudi od kakovosti storitve, zadovoljstva bolnika in izida zdravljenja. Sistem se bo prilagajal spreminjajočim se potrebam državljanov tako, da bo določal prioritete obravnav in s pomočjo razporejanja sredstev usmerjal izvajalce k obravnavam, ki jih bodo državljani v določenem časovnem obdobju najbolj potrebovali. Tako bo vzpodbujena konkurenca med izvajalci. Z načrtovanjem obsega obravnav bomo uravnavali čakalne dobe, kar bo zagotovilo boljšo in pravičnejšo dostopnost do zdravstvenih obravnav. *Glavarina je predlagana kot temeljni način razporejanja sredstev v osnovnem zdravstvenem varstvu* in bo bolj kot doslej upoštevala demografske, socialne in ekonomske razloge, ki vplivajo na zdravstvene potrebe ljudi. Pri financiranju bolnišnic so predlagali uvedbo *plačevanje po zahtevnosti obravnave*, ki jo potrebuje določen bolnik. Vzpostavili so že sistem razvrščanja (klasifikacijo) akutnih obravnav, v prihodnosti pa bodo pripravili še klasifikacijo vseh neakutnih bolnišničnih in ambulantnih specialističnih obravnav. Vsem obravnavam bodo na podlagi njihove vsebine, opisane v kliničnih poteh, določili standardne cene, ki bodo ob enaki izvedbi enotne za vse izvajalce. Kot vzorčne primere dobre klinične prakse bodo pripravili klinične smernice za najpomembnejše zdravstvene probleme, ki bodo temeljile na strokovnem izhodišču, da mora biti vsak postopek temeljen z dokazi (Dernič, 2002). Pri obravnavi bolnika, ki potrebuje pomoč pri različnih

zdravstvenih delavcih od primarne do terciarne ravni zdravstvenega varstva, bo financiranje podpiralo strokovno povezovanje med njimi. Uvedene modele razvrščanja in plačevanja obravnav se bo lahko uporabilo na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Tako bo omogočena *integrirana obravnava bolnika*, ki bo končno zaokrožena z enotnim plačilom za vse ravni obravnave (Interno gradivo ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003, str. 70-78).

1.2.3. Dostopnost

Vsakdo si želi, da bi prišel do katerekoli zdravstvene storitve kadarkoli in kjerkoli jo bo potreboval. Pri odgovoru na vprašanje, katere so glavne slabosti slovenskega zdravstva, Slovenci na prvo mesto postavljajo čakalne dobe (Projekt 'Future patient', 2001, str. 12). Seveda pa dostopnost pomeni še mnogo več. Poleg tega, da mora biti zdravstveno varstvo dostopno vsem (univerzalna dostopnost), mora upoštevati potrebe ljudi: tisti, ki imajo večje potrebe, dobijo več kot tisti, ki potrebujejo manj, ljudje z enakimi potrebami pa enako (pravična dostopnost). Formalno zagotavljanje enake dostopnosti še ne pomeni, da to možnost vsi državljani enako izrabljajo, zato je pravi dokaz za njeno izvajanje enaka uporaba določene pravice s strani vseh, ki jo potrebujejo. Kljub univerzalni dostopnosti, ki temelji na obveznem zavarovanju, ovirajo boljšo in pravičnejšo dostopnost v Sloveniji številni vzroki: visoke premije prostovoljnega zavarovanja, ki ga nima skoraj sto tisoč ljudi, ekonomske, kulturne in socialne razlike med regijami ter omejeni materialni in človeški viri, ki ne zagotavljajo zadostne preskrbljenosti in ustvarjajo čakalne dobe. Zato želijo z novim zakonom zagotoviti *osnovni obseg zdravstvenih pravic brez dodatnih zasebnih sredstev*. Pravice iz obveznega zavarovanja, bodo zajemale praktično vse dosedanje pravice, zato bo večini ljudi zadoščalo za njihovo zdravstveno varnost. Odpravil bo neenako dostopnost, ki izvira iz dejstva, da si danes približno sto tisoč ljudi ne more privoščiti premije privatnega zavarovanja. Pri razporejanju sredstev bodo prednostno obravnavane čakalne dobe pri boleznih, pri katerih čakanje na operacijo ali druge načine zdravljenja lahko bistveno poslabša napoved. *Čakalna doba* se bo v takih primerih *skrajšala pod šest mesecev*. Za operacije in druge obravnave, pri katerih čakanje lahko ogrozi življenje (rak, bolezni srca in ožilja), bo zdravstveni sistem jamčil najdaljšo dopustno čakalno dobo, ki bo temeljila na ustrezni zmogljivosti sistema, da zagotovi obravnavo v predvidenem času, in na nujnosti primera. Zaradi *povečanega obsega specialistične ambulantne dejavnosti* na sekundarni ravni, se bodo skrajšale čakalne dobe na prvi specialistični pregled. Povečale se bodo naložbe v zahtevno diagnostično opremo, ki danes predstavlja ozko grlo za hitro in učinkovito diagnostično obravnavo (Zupančič, 2003, str. 1). Zelo pomemben se mi zdi predlog, ki predvideva zagotavljanje sredstev za *zdravljenje in nego na domu* in s tem omogoča povečan obseg te dejavnosti. Svojci in drugi laični negovalci bi tako dobili ustrezno podporo pri negi bolnika na domu.

1.2.4. Večja učinkovitost regulacije in upravljanja sistema zdravstvenega varstva

Država 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. Način, s katerim država uresničuje svojo vlogo skrbnika, je državno reguliranje v okviru

strategije krmarjenja in usmerjanja, medtem ko je njena vloga na področju upravljanja lahko zelo različna. V Sloveniji sta regulacija in upravljanje sistema zdravstvenega varstva nedorečena in neučinkovita, posledično pa je neučinkovit tudi management v zdravstvu (Interno gradivo ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003, str. 169-167). Z novo zdravstveno zakonodajo bo jasneje opredeljena regulatorna vloga države na področjih kakovosti in učinkovitosti delovanja izvajalcev, urejanja zmogljivosti, svežnja pravic, delovanja zdravstvenih zavarovalnic in načina, kako plačujejo izvajalce, reguliranja dostopnosti, cen zdravil, javnih naročil, delovanja izvajalcev in nadzora. Kot organ državnega reguliranja na področju standardizacije (standardi zdravstvene obravnave, opremljenosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, managementa in informatike) bo na Ministrstvu za zdravje ustanovljen *oddelek za kakovost*, ki se bo kasneje izločil kot neodvisna agencija. Oddelek bo preverjal pogoje za ustanavljanje, širitev ali ukinjanje dejavnosti ali zmogljivosti pri posameznih izvajalcih. Z informacijami o varnosti, ekonomski in klinični učinkovitosti novih in obstoječih tehnologij bo seznanjal ministrstvo. Predlagali so tudi uvedbo *elektronskega zdravstvenega kartona*, ki bo omogočil hitrejšo, bolj kakovostno in učinkovito ter cenejšo obravnavo bolnikov. *Upravljanje in management* javnih zdravstvenih zavodov bosta dobila podobno vlogo, kot jo imata v javnih podjetjih. Sveti zavodov se bodo preoblikovali v nadzorne svete. Poleg nadzorne bo njihova vloga tudi usmerjevalna pri določanju strateških ciljev in strategij. Kot organ managementa bo oblikovana eno ali več članska uprava, katere člani bodo individualno in skupno odgovorni nadzornemu svetu. Management na vseh ravneh bo ocenjevan na podlagi strokovnih in finančnih rezultatov. Javni zavodi bodo odgovorni za celovito obravnavo bolnika od vstopa v sistem zaradi določenega problema do zaključka obravnave. Za podporo spremembam bo na medfakultetni ravni oblikovan *podiplomski izobraževalni program* za vse ravni managementa v zdravstvu. Kot posebno orodje za večjo učinkovitost izrabe virov bo vzpostavljen sistem *centralnega naročanja* materialov za izvajalce zdravstvene dejavnosti. Z večjo regulacijsko vlogo države bodo pod njenim nadzorom ustvarjeni pogoji za razvijanje *konkurence med izvajalci*. Uveljavil se bo tenderski način razporejanja programa, za katerega bodo izvajalci pod določenimi pogoji kandidirali. Izvajalci bodo izdvojili tržne dejavnosti in jih uporabili za motivacijo zaposlenih. Za povečanje produktivnosti se bo iskalo tudi druge oblike razmerij med delojemalci in delodajalci (Česen, 2003, str. 14-17).

1.2.5. Krepitev področja javnega zdravja

Cilj krepitve področja javnega zdravja je izboljšanje zdravja prebivalcev in s tem boljša kakovost življenja. Reforma predvideva oblikovanje "zdravih" javnih politik, okrepitev vloge lokalnih skupnosti in nevladnih organizacij pri varovanju in krepitvi zdravja ter zagotavljanje pogojev za ustrezno izobraževanje in usposabljanje kadrov na področju javnega zdravja. Predlagane spremembe vključujejo *ustanovitev šole javnega zdravja*, ki bo zagotavljala nova znanja in razvoj na tem področju. Okrepljena bo vloga Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV) (Keber, 2003, str. 6; Interno gradivo ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003, str. 190-196). IVZ bo na nacionalni ravni razvijal doktrino javnega zdravja v skladu z evropskimi usmeritvami ter razvijal primerljiv sistem spremljanja zdravja, analiziranje in posredovanje podatkov ter pripravljal strokovna izhodišča za oblikovanje in izvajanje javnozdravstvenih politik. Poleg tega bodo pripravili nov nacionalni program zdravstvenega varstva, v

katerem bodo opredeljeni prioritetni cilji in področja delovanja s poudarkom na medresorskih in multidisciplinarnih pristopih. Za vsak cilj bodo določeni nosilci aktivnosti.

1.2.6. Razvoj sistema celovite kakovosti

Pri celovitem sistemu kakovosti zdravstvene oskrbe gre za skupek povezanih in načrtovanih aktivnosti in ukrepov s ciljem nenehnega izboljševanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Za uvajanje kakovosti je pomembno sistematično zbiranje podatkov o izvajanju zdravstvene oskrbe, uvajanje standardov in z dokazi podprtih kliničnih smernic za kakovostno in stroškovno učinkovito zdravstveno oskrbo. Potrebno je tudi spremljanje vpliva uvedenih sprememb, tako da je mogoče uvedene spremembe oceniti in prilagoditi glede na rezultate spremljanja (Interno gradivo ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003, str. 139-145). V Sloveniji so se z uvajanjem kakovosti zdravstvene oskrbe začeli ukvarjati šele v zadnjih letih. Za sistemsko zagotavljanje celovite kakovosti so predlagali *vzpostavitev neodvisne institucije za kakovost zdravstvene oskrbe*, ki bo skrbela za povezovanje aktivnosti za uvajanje celovite kakovosti (kot so metodološka in logistična pomoč pri oblikovanju nacionalnih kliničnih smernic, izobraževanje za kakovost, ocenjevanje zdravstvene tehnologije, uvedba verifikacij na podlagi minimalnih standardov, uvedba zunanje presoje akreditacije na podlagi splošnih nacionalnih standardov zdravstvene oskrbe, pomoč pri uporabnih raziskavah na področju kakovosti, povezovanje z evropskimi in drugimi organizacijami, ipd.). Vsi zdravstveni zavodi bodo *vzpostavili sistem upravljanja celovite kakovosti*. Ustanovili bodo komisije za kakovost, ki bodo povezovale aktivnosti za izboljševanje kakovosti, vključno z vzpodbujanjem uporabe kliničnih smernic, oblikovanje, uporabo in spremljanje kliničnih poti in standardov, procesov, izidov zdravljenja in kliničnih kazalcev. Pripravili bodo *klinične smernice* kot sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku in drugemu zdravstvenemu osebju pa tudi bolnikom pomagajo pri odločitvah glede primerne zdravstvene varstva v specifičnih kliničnih okoliščinah. *Klinične poti* bodo, podprte z dokazi, pomagale doseči usklajeno zdravstveno oskrbo in želene izide v pričakovanem času in z razpoložljivimi viri. Oboje bodo pripravili strokovnjaki ustreznih strok. Zdravstveni zavodi in drugi izvajalci zdravstvene oskrbe bodo *merili in neprekinjeno spremljali kazalce kakovosti*, ki bodo vdelani v klinične poti, tako da bo lažje spremljati variabilnosti v zdravstveni oskrbi in tako nenehno izboljševati kakovost dela. *Izboljšala se bo varnost za bolnike* tako, da bo v zdravstvenih ustanovah uveden sistem odprtega poročanja, spremljanja, analiziranja in izboljševanja sistemov in procesov, ki so pripeljali do zdravstvenih napak. Izvajalci bodo zbirali in analizirali pritožbe bolnikov in ukrepali v skladu s pritožbenim postopkom. Informacije bodo uporabljali za načrtovanje procesov za bodoče zmanjševanje razlogov za pritožbe. Uvedena bo učinkovitejša in pregledna *notranja presoja* s samoocenjevanjem na podlagi splošnih nacionalnih standardov zdravstvene oskrbe, ki bo obenem služila kot priprava za *akreditacijo*. Rezultati notranje presoje bodo na razpolago vsem zainteresiranim in se bodo objavljali kot letna poročila o izboljševanju kakovosti zavoda (Marušič, 2002).

V nadaljevanju se želim osredotočiti na enega izmed ciljev zdravstvene reforme, za katerega se mi zdi, da bi lahko zdravstvenim ustanovam predstavljal še poseben izziv, in sicer na vzpostavitev sistema celovite kakovosti v zdravstvenih ustanovah. Z novim načinom financiranja izvajalcev storitev, pri katerem bo plačilo odvisno tudi od kakovosti izida in zadovoljstva uporabnikov, se bo vzpostavila večja konkurenca med

izvajalci, kar naj bi končno vodilo tudi do bolj kakovostnih storitev. V naslednjem poglavju bom poskušala bolj podrobno predstaviti prav teorije kakovosti v tej dejavnosti.

2. Kakovost v zdravstvu

2.1. Osnovne teorije kakovosti

Kakovost je koncept, ki ima različne pomene za različne udeležence v fazi izvajanja in uporabe storitve. Pri opredeljevanju kakovosti se srečujejo uporabniki s težavami in v zvezi z kakovostjo tudi težko oblikujejo svoje zahteve. Tako je za uporabnika kakovost storitve lahko določena raven skupne vrednosti zaznanih koristi storitve, ki jo uporabniki primerjajo s pričakovanimi koristmi le-te. V raziskavah, narejenih v preteklosti, je največ uporabnikov storitev enačilo kakovost s sposobnostjo osebja, s katerim so bili v kontaktu. (Snoj, 1992, str. 202).

S problemi opredelitve kakovosti se srečujejo tudi organizacije kot izvajalci storitev in zaposleni v teh organizacijah. Mnoge organizacije v opredelitvah svojih storitev navajajo psihološke dejavnike z vidika zadovoljevanja potreb uporabnikov, a kljub temu razmišljajo o kakovosti teh storitev z vidika želenih fizičnih standardov. Ti standardi pa obravnavajo takšne sestavine storitev, ki jih je mogoče identificirati ali izmeriti. Za ponudnika – izvajalca storitve je kakovost storitve sinteza podatkov iz reklamacij, kontrolnikov, standardov storitev, priročnikov o delovnih procesih, poslovnih poročil in drugih dokumentov. Pri tem običajno poudarjajo fizično oziroma tehnično specifikacijo storitve (npr. točnost, čakalni čas).

Vendar je nemogoče neposredno oblikovati kakovost storitve tako, da zanjo količinsko predpišemo določene značilnosti. Kakovost je dinamična, kompleksna sestavina psiholoških in drugih dejavnikov, ki jih doživljajo posamezniki, in se odražajo v njihovem obnašanju. Torej pri kakovosti storitev ne gre samo za količinski, fizični ali tehnični vidik ravni storitve, ampak za celovito merilo tega, kako storitve v vseh svojih razsežnostih dosegajo pričakovanja uporabnikov (Bopp, 1990, str. 7-10). Storitvena organizacija mora upoštevati, da uporabniki zaznavajo njene storitve kot celoto vlaganj in kreativnih sposobnosti, na raven kakovosti pa vplivajo med drugim tudi vrednote, pričakovanja, čustva in sposobnosti zaznavanja tako izvajalca kot uporabnika. Ni zadosti, da storitev zadostuje specifikacijam in je pripravljena za uporabo, ampak morajo biti izvedene tako, da bodo vplivale na ohranitev ali na povečanje ugodja uporabnikov z vidika njihovega sistema vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanj.

Pri opredeljevanju kakovosti storitve moramo torej poleg objektivne kakovosti upoštevati tudi subjektivno kakovost. Celotna kakovost storitve je namreč vedno zmes obeh kakovosti. Objektivna je usmerjena na objektivno merljive dejavnike, povezana z racionalnimi vidiki, ki jih je možno izmeriti. Subjektivna kakovost pa je povezana z notranjimi, psihološkimi zaznavami izvajalcev in uporabnikov storitev in jih ni možno objektivno izmeriti (Dickens, 1994, str. 14-16). Končni razsodnik kakovosti pa je vedno človek, ki subjektivno zaznava kakovost pod vplivom mode, tradicije, navad in vrednost iz svojega zornega kota.

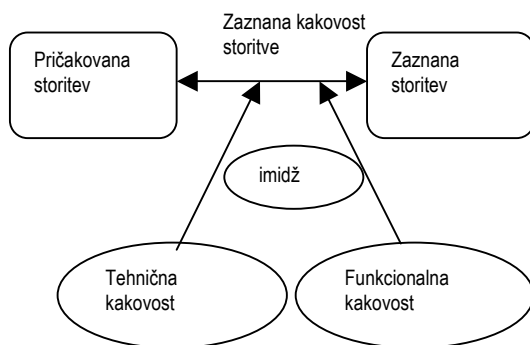
V literaturi s področja trženja se v zvezi z različnim razumevanjem kakovosti storitev oziroma izdelkov navajajo različni pristopi in modeli. Tako Garvin (Garvin, 1988, str. 39-48) navaja pet različnih pristopov:

- Transcendentalni pristop: kakovost storitev je skupek lahstnosti, ki se jih ljudje naučijo spoznavati le na osnovi izkušenj. Je nekaj kar je trajajoče in je nad modo in okusi.
- Izdelčni pristop: kakovost je natančna in merljiva in je vsota fizičnih in tehnoloških značilnosti storitve; kakovostna storitev je tista, ki je v skladu s tehnološkimi standardi, ki jih postavljajo strokovnjaki.
- Uporabnikov pristop: poudarja pomen subjektivnega zaznavanja kakovosti storitev z vidika uporabnikov in vključuje njihovo zadovoljstvo, pri čemer je le-to njegova subjektivna ocena izkušenj pri uporabi storitve. Priznava se tudi dejstvo, da imajo različni uporabniki različne potrebe in želje.
- Izvajalčev pristop: usmerjen je na proizvodnjo. Osredotoča se na prilagoditev notranjim standardom in specifikacijam, ki so razviti in so največkrat nastali na podlagi težnje po povečanju produktivnosti in ohranitvi stroškov na isti ravni.
- Vrednostni pristop: kakovost je povezana z vrednostjo in ceno.

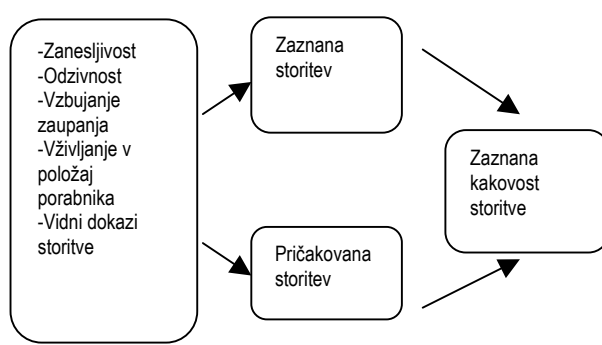
V sliki 1 so prikazani štiri diagrami, ki prikazujejo modele kakovosti nekaterih avtorjev, ki so različno opredelili kakovost storitev.

Slika 1: Nekateri modeli kakovosti

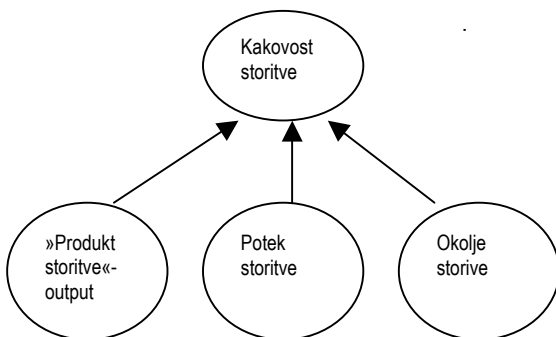
1. Nordijski model (Gronroos, 1984)



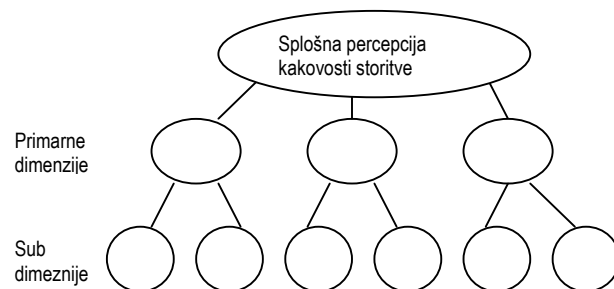
2. SERVQUAL model (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988)



3. Model treh komponent (Rust and Oliver, 1994)



4. Model večih ravni (»multilevel model«) (Dabholkar, Thorpe, Rentz, 1996)



Groenroos (Brady, Cronin, 2001, str. 35) pravi, da je kakovost storitve primerjava med zaznano in pričakovano storitvijo. Loči pa dve vrste kakovosti (dimenziji), ki vplivata na zaznano kakovost storitve:

- funkcionalna kakovost, ki pove kako je storitev opravljena. Predstavlja torej uporabnikovo zaznavo interakcije, do katere prihaja med izvajanjem storitve.
- tehnična kakovost predstavlja izid storitve, oziroma kaj uporabnik dobi po opravljeni storitvi (glej sliko 1).

Podobno Parasuraman, Zeithaml in Berry (Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990, str. 37) vidijo kakovost storitve kot vrzel med pričakovano ravni storitve in ravni storitve, ki jo je uporabnik zaznal. Pričakovanja se oblikujejo pred uporabo storitve, zaznavanja pa so neposredno povezana z uporabnikovim vrednotenjem le-te. Ko je storitev uresničena, primerja uporabnik zaznane storitve s pričakovano. Če je zaznana storitev enaka ali celo preseže pričakovanja, govorimo o zadovoljstvu. Torej: višja kot je raven zaznane storitve od pričakovane, višja je raven zaznane kakovosti storitve. In obratno: bližje kot je raven zaznane storitve ravni pričakovane, nižja je raven zaznane kakovosti storitve. Na raven pričakovane in zaznane storitve pa vplivajo naslednji dejavniki (ali t.i. dimenzije kakovosti): zanesljivost, odzivnost, vzbujanje zaupanja, uživanje v položaj porabnika in vidni dokazi storitve. Gre za splošno značilne lastnosti storitev, s pomočjo katerih uporabniki ocenjujejo kakovost različnih storitev. Model je znan tudi kot SERVQUAL model (glej sliko 1).

Rust in Oliver (Brady, Cronin, 2001, str. 36) razlagata kakovost storitve kot vpliv delovanja treh komponent:

- output storitve (kar ustreza Groenroosovi tehnični kakovosti)
- potek storitve, oziroma kako je storitev opravljena (ustreza Groenroosovi funkcionalni kakovosti) in
- okolje storitve, ki prav tako vpliva na uporabnikovo zaznavo kakovosti (glej sliko 1).

V modelu večih ravni avtorjev Daholkar, Thorpe in Rentz (Brady, Cronin, 2001, str. 36) uporabniki zaznavajo celovito kakovost storitve kot posledica vpliva večih dimenzij kakovosti, ki pa ne vplivajo enako na zaznavo celotne kakovosti. Na t.i. primarne dimenzije (npr. interakcija, output, fizično okolje) vplivajo subdimenzije (npr. obnašanje, znanje, odnos), ki vplivajo na primarni dejavnik - interakcije. Na vsako od primarnih dimenzij, torej vpliva nekaj subdimenzij kakovosti. Celotna zaznava kakovosti storitve je tako skupek vpliva vseh dimenzij (glej sliko 1).

Lutz (Zeithaml, 1988, str. 5) loči glede na možnosti vrednotenja značilnosti storitev pred in/ali v času uporabe dve obliki kakovosti:

- kognitivno, ki je rezultat ocene tistih značilnosti storitev, ki jih je možno ovrednotiti že pred »nakupom« in
- afektivno, ki je rezultat ocene tistih značilnosti storitev, ki jih je možno ovrednotiti šele po uporabi.

Podobno Nelson (Zeithaml, 1981, str. 39-47) loči:

- iskano kakovost, ki zajema značilnosti fizičnih sestavin storitev in jih lahko uporabnik določi pred uporabo storitve in
- izkustveno kakovost, ki zajema značilnosti procesov oziroma rezultatov teh procesov. Uporabniki storitev se v primerjavi z izdelki veliko bolj zanašajo na izkustveno kakovost, kljub temu pa lahko izvajalec nanje vpliva prav z elementi iskane kakovosti.

2.2. Teorije kakovosti v zdravstveni dejavnosti

Pravilno razumevanje pojma kakovost je osnovni pogoj za uspešnost vseh prizadevanj, ki so usmerjena v trajno izboljšanje kakovosti zdravstvene dejavnosti. Primeri nepopolnega razumevanja le-tega so v zdravstvu pogosti in se pojavljajo pri poudarjanju delnih vidikov kakovosti, npr. samo kakovost medicinskega izida, samo stroškovna učinkovitost, brez upoštevanja vseh drugih dimenzij kakovosti, še posebej kakovosti za vse uporabnike zdravstvenih storitev (Kotler, 1987, str. 23-25).

Kot navajata Pfeiffer in Coote, je bilo v preteklosti največ opredelitev kakovosti osredotočenih na kakovost medicinske stroke in managementa (O'Connor, Powers, Bowers, 1988, str. 66). Tovrstne opredelitve so temeljile na tradicionalnem pojmovanju izjemnosti, prestiža in statusnih prednosti, na katere uporabniki niso imeli vpliva. Pregled sodobnejših opredelitev kakovosti zdravstvene dejavnosti pa pokaže, da le-te vse bolj poudarjajo kakovost za vse uporabnike zdravstvenih storitev.

Overtveit je razvil opredelitev kakovosti, ki pravi: kakovost zdravstvene dejavnosti je popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, pri najnižjih stroških za organizacijo znotraj danih meja in smernic višjih oblastnih organov in plačnikov (Overtveit, 1992, str. 12-14). Ta opredelitev poudarja naslednje temeljne ločitve kakovosti na:

- kakovost iz zornega kota uporabnika (Client Quality) – zaznava kakovosti, ki jo imajo uporabniki zdravstvenih storitev, pacienti
- kakovost iz zornega kota stroke (Professional Quality) – kakovost, kot jo dojemajo izvajalci storitev, zdravniki, osebje
- kakovost z zornega kota managementa (Management Quality) - kakovost, kot jo dojema vodstvo organizacije.

Te opredelitve kakovosti ustrezajo trem velikim interesnim skupinam (uporabnik, stroka, management), ki so udeležene v procesu preskrbe prebivalstva z zdravstvenimi storitvami. Dojemanje kakovosti pri vsaki od treh skupin se razlikuje, zato je optimalno sodelovanje skupin nujen pogoj za uspešno izboljševanje kakovosti zdravstvene dejavnosti.

Harvey in Green sta opredelila kakovost zdravstvene dejavnosti s pojmom spreminjajoča kakovost (Transformational Quality) in poudarila nujnost sistematičnega merjenja odzivnosti vseh (neposrednih in posrednih) uporabnikov zdravstvenih storitev na kakovost, ne le bolnikov (Harvey, Green, 1993, str. 12). Njuna ideja temelji na pomembnosti poznavanja značilnosti kakovosti, kot jih opredeljujejo različne skupine uporabnikov zdravstvenih storitev, in na upoštevanju vseh teh značilnosti pri načrtovanju in uveljavljanju izboljševanja kakovosti kot trajnega procesa.

Enako kot Overtveit sta tudi Joss in Kogan opredelila kakovost zdravstvene dejavnosti s tremi temeljnimi dimenzijami (Joss, Kogan, 1994, str. 42). Imenovala sta jih:

- tehnična kakovost (technical quality)

- sistemska kakovost (systemic quality)
- splošna kakovost (generic quality).

Vsebinska primerjava tako opredeljenih dimenzij kakovosti z opredelitvijo kakovosti po Overtveitu pokaže, da tehnična kakovost obravnava kakovost za stroko, v sistemski kakovosti so zajeti elementi kakovosti za management, v splošno kakovost pa sodi opredelitev kakovosti za vse uporabnike zdravstvenih storitev. Pomembnejša vsebinska razlika med obema opredelitvama nastopa pri slednji, ki poudarja večji vpliv uporabnikov na procese načrtovanja in izvajanja in ne le na končni izid zdravstvene izvedbe.

Verjetno preprostejša in bolj razumljiva, toda vsebinsko bolj skladna z zgoraj navedenimi definicijami je opredelitev kakovosti, ki pravi: celovita kakovost zdravstvene dejavnosti (TQ) je optimalna preskrba prebivalstva z zdravstvenimi storitvami pri najnižjih stroških za organizacijo in ob trajnem upoštevanju veljavnih strokovnih meril ter moralnih vrednot (Ritonja, 1998, str. 215). Izraz »optimalna preskrba« pomeni najboljšo prakso zdravstvene obravnave vseh uporabnikov zdravstvenih storitev s pomočjo strokovne presoje njihovih potreb in pričakovanj in z upoštevanjem veljavnih etičnih pravil ter moralnih vrednot. Izraz »najnižji stroški za organizacijo« pomeni najnižje stroške neke zdravstvene organizacije na enoto dela v primerjavi z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev.

Različnost stališč o kakovosti zdravstvene dejavnosti otežuje odločanje o najustreznejši opredelitvi kakovosti na tem področju. Najbolj sprejemljiva je tista opredelitev kakovosti, ki dovolj upošteva vse tri temeljne dimenzije v medsebojni soodvisnosti – torej vse tri temeljne interesne skupine, katerih potrebe in pričakovanja so medsebojno močno različne in si nasprotujejo, in poudarja zadovoljstvo uporabnikov kot bistven kazalec kakovosti na obravnavanem področju.

2.3. Nagrade za kakovost v zdravstvu

Nagrade za kakovost v zdravstvu so začeli podeljevati po zgledu nagrad za kakovost, ki so jih v petdesetih letih razvili za podjetja v gospodarskih panogah. Več o tem v Prilogi 1.

Prva Evropska nagrada za kakovost zdravstvene dejavnosti se imenuje The Golden Helix Award in je bila ustanovljena leta 1994 na pobudo organizacije Hewlett- Packard in Evropske zveze zdravstvenega managementa (EHMA). V organizacijskem odboru za podeljevanje te nagrade sodelujejo nacionalni odbori osmih evropskih držav. Njen cilj je krepitev prizadevanj za trajno izboljšanje kakovosti zdravstvene dejavnosti v smislu izboljševanja zdravstvene oskrbe bolnikov in povečevanja zadovoljstva vseh uporabnikov zdravstvenih storitev (Pajntar, 2002).

V Sloveniji trenutno poteka kar nekaj projektov, ki obravnavajo kakovost. Zdravniška zbornica Slovenije je izvajalec projekta z imenom »Kakovost v zdravstvu«, ki se je pričel septembra 1999. Uvodna faza projekta naj bi trajala tri leta (projekt je sicer trajen, saj so parametri kakovosti dinamični in se spreminjajo s časom). Uvodna faza bo zaključena z vzpostavitvijo učinkovitega informacijskega sistema, analizo uspešnosti

uvedbe modela kakovosti zdravstva v Republiki Sloveniji in z ovrednotenjem učinkov rezultatov projekta. Namen projekta je zagotavljanje kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva s tem, da se ustvarijo pogoji za ugotavljanje stanja in nenehno izboljšavo le-tega. Cilji projekta so opredeliti kazalce kakovosti za specialnosti oziroma subspecialnosti v medicini, kjer se izvajajo zdravstvene storitve v okviru pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, zapisati opredelitve, opredeliti parametre za posamezne kazalce kakovosti, ustvariti bazo podatkov po posameznih strokah, izdelati računalniški program za zbiranje podatkov, vpeljati zbiranje podatkov po posameznih ustanovah, narediti osnovni pregled stanja kakovosti zdravstva v Sloveniji po posameznih strokah in posameznih ustanovah. Cilj je tudi določiti standarde kakovosti po posameznih strokah, določiti elemente redne analize in predlagati dopolnitve in spremembe zakonodaje (Interno gradivo Zdravniške zbornice Slovenije: Projekt kakovosti v zdravstvu, 2002, str. 6).

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije izvaja že drugo leto zapored mednarodni projekt imenovan »Future Patient Project« oziroma »Pacient prihodnosti«. Projekt se je začel junija 2000 pod okriljem Picker Institute Europe iz Oxforda. V osmih državah, poleg Slovenije še v Nemčiji, Italiji, na Poljskem, v Španiji, Švici, Angliji in na Švedskem, so koordinatorji te mednarodne študije iskali prevladujoče javno mnenje o obstoječih sistemih zdravstvenega varstva, pa tudi odgovore na številne razvojne izzive. Namen je bil pridobiti mnenja pacientov oziroma vseh uporabnikov zdravstvenih ustanov, o zdravstvu v Sloveniji in seznaniti se z nekaterimi stališči Slovencev (npr. do nove tehnologije, alternativnega zdravljenja, dodatnih plačil). Rezultati so pokazali, da so v splošnem ljudje do sistema zdravstvenega varstva s Sloveniji zelo kritični. Največ nezadovoljstva je zaradi čakalnih dob, pomanjkljive pozornosti zdravnikov do bolnikov, premalo prožne organiziranosti in delovnega časa, ki ni prilagojen spremenjenim razmeram v vseh drugih sektorjih. Pričakovanja glede prihodnosti ne odražajo posebnega optimizma. Ljudje večinoma menijo, da bo v bodoče na dostopnost do zdravstvenih storitev močno vplivala možnost plačila. Raziskava je pokazala tudi to, da bodo bolniki v prihodnje pripravljeni potovati tudi na drugi konec Slovenije v bolnišnico oziroma specialistično ambulanto, kjer znajo in zmorejo najbolje zdraviti določeno bolezensko stanje. Bolniki so za določene storitve, posebej v specialistični dejavnosti, pripravljeni tudi doplačati. Po drugi strani pa ne želijo več plačevati za zdravila in storitve, ki jim pripadajo v okviru obveznega zdravljenja. Rezultati so pokazali tudi to, da so slovenski bolniki praviloma zadovoljni z inštitutom izbranega zdravnika, vendar pa želijo na sekundarni in terciarni ravni odigrati ključno, aktivno vlogo pri izbiri zdravnika, pa tudi pri seznanjenosti z ustreznim načinom zdravljenja (Albreht, 2002).

Po nekajletnih izkušnjah z gospodarskimi družbami (predvsem podjetji) je leta 1999 Vlada RS sprejela odločitev za izvedbo prvega pilotnega projekta PRSPO za zdravstvo (z namenom »preusmeriti« sodelujoče organizacije po nekaj uvodnih letih v redne projekte). Letos junija 2003 pa je začel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o priznanju RS za poslovno odličnost (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o priznanju Republike Slovenije za poslovno odličnost, 2003), ki pravi, da se priznanje za poslovno odličnost dodeljuje tudi »osebam« v javnem sektorju, v kategorijah, ki se jih določi vnaprej. Tako bo v letu 2004 dodeljena nagrada za poslovno odličnost upoštevajoč kriterije in merila modela EFQM za javni sektor (v prejšnjih letih so tako priznanje v javnem sektorju že podeljevali, vendar je bil to pilotni

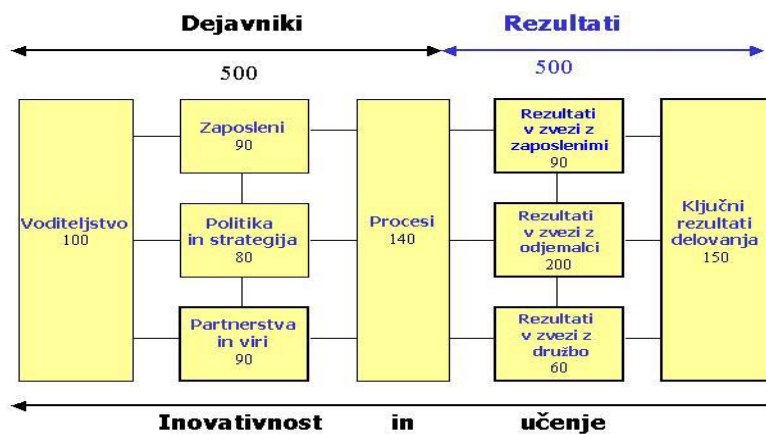
projekt). Projekt postavlja smernice in merila po vzoru evropske nagrade za kakovost, ki so na razpolago organizacijam za ovrednotenje svojih prizadevanj za izboljševanje kakovosti.

2.3.1. Model EFQM

Omenila sem že, da bo nov način financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev vzpodbudil skrb za kakovost storitev. Plačilo bo odvisno od kakovosti in izida zdravljenja ter zadovoljstva bolnikov, kar bo vodilo v večjo konkurenco. Uporabniki storitev si bomo lahko izbirali zdravstvene ustanove na podlagi nekakšnih »dokazov« o kakovostnih storitvah. Eno izmed možnih meril, po katerem bomo tudi lahko izbirali, je priznanje odličnosti, ki ga bo organizacija pridobila za svoje dosežke.

Model odličnosti EFQM je orodje, ki organizacijam pomaga oceniti, kako daleč so prišle na poti k odličnosti, tako da ugotovijo, kje so vrzeli in kakšne so možne rešitve. Osnovo modela predstavljajo merila (voditeljstvo, strategija in politika, upravljanje s sposobnostmi zaposlenih, partnerstva in viri, procesi, rezultati v zvezi z zaposlenimi, rezultati v zvezi z odjemalci, rezultati v zvezi z družbo, ključni rezultati delovanja), ki se uporabljajo za ocenjevanje, kako neka organizacija napreduje v smeri odličnosti, in so razvrščena v "dejavnike" in "rezultate". Dejavniki zajemajo tisto, kar organizacija počne, rezultati pa kaj organizacija dosega. Model nam v bistvu pove, da se zadovoljstvo kupcev, zadovoljstvo zaposlenih in vpliv na družbo dosežejo z izvajanjem strategije in načrtovanjem, upravljanjem s sposobnostmi zaposlenih in upravljanjem z viri, sistemom kakovosti in procesi, kar končno privede do odličnosti v finančnih in nefinančnih rezultatih (European Foundation for Quality Management, 2002).

Slika 2: Model EFQM



Vir: Interno gradivo Urada za Meroslovje: Model odličnosti EFQM – javni in prostovoljni sektor, 2003, str. 8.

Puščice poudarjajo dinamično naravo modela in kažejo kako, inoviranje in učenje pomagata izboljšati dejavnike, ti pa vodijo k boljšim rezultatom. Vsako od meril, na podlagi katerega ocenjujemo napredovanje

organizacije proti odličnosti, ima svojo opredelitev, ki pojasnjuje pomen posamičnega merila. Vsako merilo pa vsebuje več podmeril, po katerih se splošni pomen nadalje razčleni. V podmerilih so zajeta vprašanja, s katerimi si med ocenjevanjem pomagamo. Na koncu je pod vsakim podmerilom seznam možnih področij obravnave. Uporaba teh področij ni obvezna, pa tudi sezname niso popolni, ampak le naštevajo primere, ki nadalje pojasnjujejo posamezno podmerilo. Posebnosti modela za javni sektor so v interpretaciji nekaterih meril in podmeril. Tako npr. »odjemalci« v javnih organizacijah niso nujno le osnovni uporabniki storitev (v primeru bolnišnic, pacienti), saj take organizacije nudijo storitve v skladu s politiko vlade in za svojo uspešnost odgovarjajo tudi ministrom in parlamentu. Merila »zadovoljstva odjemalcev« tako temeljijo na področjih, ki se zdijo pomembna osnovnim uporabnikom in tudi drugim skupinam odjemalcev. Posebnost je tudi pri omejitvah glede upravljanja s finančnimi viri, saj so možnosti javnih organizacij za ustvarjanje dodatnih finančnih virov omejene.

2.3.2. Primer izboljševanja kakovosti v zdravstvu: Baskija

Baskija, provinca na severu Španije z dvema milijonoma prebivalcev, po velikosti sicer nekoliko manjša od Slovenije, ima zelo podoben zdravstveni sistem kot Slovenija. V letu 1992 so v baskovski vladi začeli s celovitim planom kakovosti za vse bolnišnične centre z oblikovanjem politike kakovosti na nacionalni ravni. Cilji programa so bili usmerjeni k boljšemu zadovoljevanju uporabnikov zdravstvenih storitev, nenehnemu samoocenjevanju in izboljševanju storitev izvajalcev, k organiziranju timov, ki naj bi skrbeli za izboljšave in zmanjševanju števila aktivnosti, ki niso bile povezane z kakovostjo. Plan je dobival veliko podporo v vladi, še posebej na uradu, ki je skrbel za uvajanje kakovosti v vseh dejavnostih v deželi. Zato so bolnišnicam nudili vso metodološko podporo, svetovanja ter vsa orodja za izboljšave, ki so tej potrebovali. Od začetka leta 1992 so vidni rezultati na naslednjih področjih: zmanjšanje čakalne dobe za operacije, specialistične preglede in raziskave v vseh bolnišnicah, razvoj kliničnih smernic za vsak posamezni primer, popolna informatizacija sistema zdravstvene oskrbe in razvoj novih informacijskih sistemov za potrebe posamezne bolnišnice, razvoj centralnega baskovskega registracijskega centra za vse bolezni, ki se pojavljajo na njihovem območju, razvoj nekaterih novosti na področju bolnišnične oskrbe, kot npr. dnevna bolnišnica, standardizacija medicinske oskrbe. V letu 1995 pa so začeli sodelovati z Evropskim združenjem za management kakovosti (European Foundation for Quality Management) in začeli s spoznavanjem modela EFQM. Na ministrstvu so razvili plan postopnega uvajanja modela v vse zdravstvene ustanove v Baskiji. Cilji tega plana so bili: predstaviti vsem vodstvenim delavcem vseh bolnišnic in ostalih zdravstvenih ustanov model EFQM in jih poučiti o načinih uvajanja modela v sistem, izvesti proces samoocenjevanja v vseh zdravstvenih ustanovah, kar pomeni identificirati vsa kritična področja pri delovanju posamezne bolnišnice in izvesti akcije, ukrepe za izboljševanje identificiranih kritičnih področij. Najprej so v letu 1995 izvedli teoretično-praktično izobraževanje za 65 vodilnih kadrov v bolnišnicah. Učili so se na primerih iz gospodarstva, v naslednjem letu pa so na podobnih seminarjih pridobivali izkušnje od storitvenih podjetij, pa tudi od nekaterih tujih bolnišnic. Ustanovili so Baskijsko fundacijo za promocijo kakovosti (BFQP), ki je javna, neprofitna organizacija in organizira srečanja, objavlja članke na temo uvajanja modela, promovira letne nagrade za kakovost, izvaja izobraževanja in svetovanja. V letu 1997 so po zaključku šolanja v vseh bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah začeli s procesom samoocenjevanja vsakega posameznega

centra. Sodelujoči v projektu so morali identificirati slabosti in prednosti svojih ustanov ter določiti kritična področja poslovanja. Področja so rangirali po prioritetah in določili ukrepe za rešitev konkretnih problemov. Ukrepi so morali biti izpeljani s strani timov, ki so bili za to določeni, in so bili vključene v letni poslovni načrt ustanove. Zato, da so lahko vrednotili uporabnost in učinkovitost tega procesa, so med člani izvršnih timov, ki so sodelovali v procesu, izvedli anonimni vprašalnik, ki jih je spraševal o času, ki so ga porabili za dokončanje procesa samoocenjevanja in njihovo zadovoljstvo z aktivnostmi. Rezultati so bili potem primerjani z rezultati vseh drugih ustanov, ki so se vključile v program izboljševanja kakovosti z modelom EFQM. V času izvajanja vseh aktivnosti so med zaposlenimi organizirali veliko število izobraževanj, delavnic, seminarjev, da so vsem predstavili model in jih vključili v proces. Kot posledica tega so v letu 1998 priredili model EFQM za potrebe bolnišnic; poenostavili so izrazoslovje in priredili nekatera merila, ki so bila primerna samo za zasebne, profitne ustanove. Leta 1998 so začeli z ponovnim samoocenjevanjem tako kot leta 1994. Tako so prišli do primerjalnih podatkov. Celoten postopek bodo ponavljali periodično na tri leta, s tem da samoocenjevanja in izboljšave potekajo neprekinjeno.

Model EFQM je baskovskim bolnišnicam predstavljal nek celovit okvir kriterijev za kakovost, ki so ga lahko, kljub temu da je bil prvotno ustvarjen za podjetja v gospodarskih panogah, uspešno aplicirali na zdravstveni sektor ne glede na velikost, strukturo, vrsto bolnišnice. Model je enakovreden ostalim orodjem za vrednotenje kakovosti, kot so akreditacije ali certificiranje. Prinesel jim je sistematično in redno analiziranje aktivnosti in rezultatov ustanov, s tem da so sedaj lahko te rezultate primerjali tudi med posameznimi bolnišnicam in pa tudi ostalimi javnimi in zasebnimi ustanovami. Vsekakor se zavedajo, da bodo le z rednim in dolgoročnim spremljanjem procesov v bolnišnicah po kriterijih meril modela, vidni pravi rezultati. Prišli so tudi do pomembne ugotovitve, da se začeten odpor zaposlenih do uvajanja podobnih novosti spremeni v postopno sprejemanje in pozitivno vrednotenje (Arcelay et al., 1999, str. 54-59).

3. Ortopedska bolnišnica Valdoltra

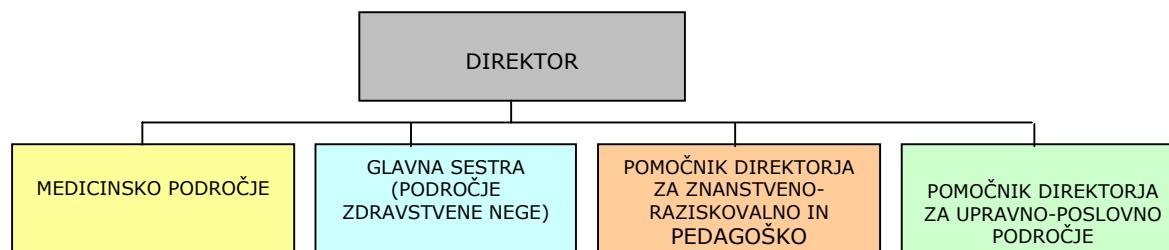
Bolnišnica Valdoltra se nahaja v neposredni bližini kraja, od koder sem doma. Tudi to je vzrok, da že vrsto let poslušam pohvale vsakogar, ki je imel kakršen koli stik s to ustanovo, v dnevnem tisku berem pozitivne kritike o bolnišnici, v poročilih ustanov, ki ocenjujejo poslovanje bolnišnic (npr. poročila za medije Ministrstva za zdravje), da je ta bolnišnica vedno na vrhu seznama tistih, ki poslujejo najbolje, brez izgube (kar je v zadnjem času v Sloveniji prava redkost). Verjetno sem se tudi zato odločila ugotoviti, kaj je tisto, zaradi česar je bolnišnica Valdoltra uspešnejša od ostalih, kako tukaj dojemajo kakovost svojih storitev ter kako so se lotili izboljševanja le-teh.

3.1. Predstavitev ustanove

Ortopedska bolnišnica Valdoltra (v nadaljevanju OBV) je eden izmed treh velikih ortopedskih centrov v Sloveniji. Že nekaj let velja za eno izmed najbolj delujočih slovenskih bolnišnic, tako po profesionalnosti opravljenih storitev kot po kakovosti oskrbe in celotne storitve. Bolnišnica je bila ustanovljena leta 1909 za bolnike s kostno-sklepno tuberkulozo iz celotne tedanje Avstro-Ogrske. Po 1. svetovni vojni jo je obnovil

ameriški Rdeči križ, leta 1920 pa jo je prevzel italijanski Rdeči križ. Po 2. svetovni vojni je postala Valdoltra jugoslovanski "Zvezni inštitut za kostno-sklepno tuberkulozo" - do leta 1947, ko se je začasno preselila v Rovinj. Po obnovi v letih 1951 - 1956 se je ob upadanju kostno-sklepne tuberkuloze preusmerila v ortopedijo in se leta 1961 preimenovala v Ortopedsko bolnico Valdoltra. Danes je Valdoltra ortopedski center z moderno diagnostiko in terapijo (magnetna resonanca, računalniška tomografija, moderne operacijske dvorane, artroskopija z lasersko tehnologijo). V treh obnovljenih paviljonih je bolnikom na razpolago 250 postelj, kar predstavlja več kot 50 odstotkov zmogljivosti slovenske ortopedije (ostala večji centri so v Ljubljani, Šempetru, Mariboru in Celju). V specialističnih ortopedskih ambulantah je letno pregledanih nad 22.000 bolnikov iz vse Slovenije, hospitaliziranih pa več kot 6.700. Letno opravijo v bolnišnici nad 2.100 operacij (protetika velikih sklepov, operacije na hrbtenici, artroskopija ter ostali operativni posegi sodobne ortopedije). Bolnišnica ima 280 zaposlenih, od tega 30 zdravnikov specialistov (Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 3).

Slika 3: Prikaz organiziranosti bolnišnice



Vir: Statut OBV, 1994, str. 5.

Bolj podrobna organizacijska shema je prikazana v Prilogi 2.

Večina pacientov, 70 odstotkov, v OB Valdoltra je starejših ljudi (saj gre najpogosteje za operacije kolcev in sklepov, ki so pogost problem starejših), starih nad 60 let, približno enak odstotek je moških in žensk. 30 odstotkov pacientov predstavljajo mlajši od 30 let, predvsem športniki, ki se jim zaradi preobremenitve sklepov dogajajo poškodbe. Zaradi zelo dobrih priporočil in »glasu«, ki si ga je bolnišnica ustvarila v nekaj letih, prihajajo pacienti iz vse Slovenije (čeprav sta v Sloveniji še dva večja ortopedska centra), saj se sami lahko odločijo, kam bodo šli na specialistični pregled. 30 odstotkov vseh obiskovalcev predstavljajo tujci – Italijani (15 %), Avstrijci (10%) in Hrvati (5 %).

3.2. Analiza storitvenega spleta in storitvenega procesa v OBV

Storitveno jedro v OB Valdoltra predstavlja specialistični ortopedski pregled ter konzervativno ali operativno zdravljenje poškodb in bolezni gibal skladno z najnovejšimi spoznanji in dosežki v ortopediji. Čeprav je popolno izvajanje jedra storitve prvi in nujen pogoj, da sploh lahko govorimo o kakovostni storitvi in je že taka (torej kakovostna) lahko dovolj za ustvarjanje konkurenčne prednosti ustanove, tudi v taki ustanovi ponujajo dodatne, podporne storitve, ki pripeljejo do diferenciacije.

Če upoštevam razvrstitev dodatnih storitev, kot jih navajata Lovelock in Wright (1999, str. 26), lahko najdem naslednje dodatne storitve:

Informiranje: Tej podporni storitvi dajejo v Valdoltri zelo velik poudarek. Na to kažejo številna prizadevanja zaposlenih in vodstva, da bi paciente kar najbolje informirali o poteku posegov in pregledov, o posledicah operacij in bivanju v bolnišnici. Že ob prejetju datuma pregleda oziroma operacije (po pošti) dobi pacient zelo natančna navodila o tem, kako mora ravnati, ko pride prvič v ustanovo, kje se mora zglasiti, kaj prinesiti s seboj, katere dokumente ipd. Na voljo so mu tudi spletne strani, kjer je do potankosti opisan celoten postopek operacije, kaj se bo dogajalo s pacientom v celotnem času bivanja v bolnišnici, na kaj morajo paziti, kako se morajo pripraviti. Poleg tega ves čas bivanja celotno zdravniško osebje skrbi za nenehno izobraževanje pacienta o tem, kako mora ravnati po operaciji (v primeru operacije kolena ali kolka kako hoditi z berglami, kako si sam dajati injekcije, o gibih, ki jih lahko ali ne izvajajo).

Svetovanje: trudijo se da bi se vsakemu pacientu posvetili posebej in ga obravnavali kot poseben primer. Vsakemu morajo predpisati posebno dieto – prilagojeno, poseben program rehabilitacije.

Izjeme: Izjeme se nanašajo predvsem na odmike od ustaljenih postopkov, ki običajno veljajo. O izjemah seveda govorimo, če tako storitev ne zaračunamo dodatno, tako da nadstandardne sobe s pogledom na morje (po želji pacienta) ne moremo upoštevati za izjemo, saj tako storitev zaračunajo. Izjema prav tako ne pomeni, da pride pacient, ki je plačal, prej na vrsto (verjetno se kdaj dogajajo obratne »izjeme«, da tisti, ki ni plačal, pride prej na vrsto, vendar takih ne moremo šteti v pozitivno organizacijo). Izjeme se zgodijo, ko osebje upošteva kakšne posebne pacientove želje o hrani (če mu zdravstveno stanje seveda to dopušča), o sprehodu, če si zaželi prebirati določene časopise in mu sestre to tudi uresničijo, ipd. Take izjeme se v Valdoltri seveda dogajajo, kar nedvomno krepi pozitivno podobo ustanove pri uporabnikih.

Varovanje: v bolnišnici njihove obiskovalce že pred hospitalizacijo opozorijo, naj s seboj ne nosijo vrednih stvari (večje količine denarja). Vsak pacient ima svojo omarico s ključem, kjer lahko hrani osebne predmete in ključ tudi da v hrambo »svoji« sestri. Obleke ob prihodu v bolnišnico shranijo v garderobi, za to pa dobijo potrdilo, s katerim ob izhodu svoje stvari tudi prevzamejo. Če ima pacient vseeno s seboj vrednejši nakit ali večje količine denarja, ga lahko po želji da v hrambo v depozit bolnišnice.

Plačilo: Svojim zavarovancem plača storitve do višine obveznega zdravstvenega zavarovanja ZZZS. Razliko do polne vrednosti zdravstvene storitve plačata pacient sam ali njegova zavarovalnica, kjer ima urejeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Samoplačniki ob sprejemu vplačajo akontacijo in pred odpustom poravnajo celotni račun.

Zaračunavanje: Cene za posamezne storitve (pregled, poseg, nadstandardna soba) so natančno specificirane in priporočene (določene) s strani ZZZS in Ministrstva za zdravstvo. Bolnišnica ima kljub temu pravico, da po svoji presoji oblikuje cene za nekatere storitve. Kot sem že omenila, se pacientu

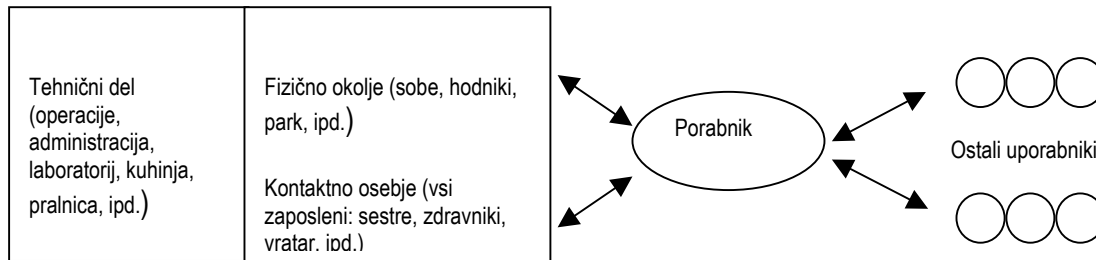
samoplačniku oziroma tistemu, ki bo uporabljal storitve, ki mu jih zavarovalnica ne bo krila, že ob sprejemu predloži račun, ki ga mora dokončno poravnati ob odpustu.

Gostoljubje: Ob obisku bolnišnice sem dobila občutek, da so pacienti, ki bivajo tam, na krajšem dopustu. Bolnišnica je relativno majhna, kar omogoča, da se vsakemu pacientu popolnoma posvetijo. Na hodnikih in v čakalnicah si je možno natočiti čaj ali kavo, se posladkati s karamelami, pregledati lokalne časopise. Poleg tega lokacija in okolje bolnišnice vpliva na to, da obiskovalci občutijo gostoljubje. Nahaja se čisto ob morju (vsaka bolniška soba in pogled na morje), poleg pa imajo pravi botanični vrt, kjer se pacienti lahko sprehodijo med pavi in fazani.

Sprejemanje naročil: Naročanje običajno poteka neodvisno od pacienta, tako torej, da po pregledu pri splošnem zdravniku, ko ta določi potrebo po pregledu v Valdoltri iz splošne ambulate, pošlje napotnico v OB Valdoltra. Tam pacienta uvrstijo na čakalno listo, ki jo zahteva ZZS. Datum sprejema pacientu sporočijo pisno. Dolžina čakalne dobe je pogodbeno dogovorjena z ZZS in je nujna zaradi velikega števila čakajočih. Na uvrstitev lahko izjemoma vpliva tudi nujnost hospitalizacije, želja po izbiri zdravnika pa lahko podaljša čas čakanja. Pogosti obiskovalci bolnišnice so tudi tujci (predvsem Italijani in Avstrijci). Taki se morajo sami (možno je tudi preko telefona) naročiti na samoplačniški pregled in so tudi oni uvrščeni na čakalno listo.

V OBV opravljajo take vrste storitev, ki so opredmetene in hkrati usmerjene na ljudi (Lovelock, Wright, 1999, str. 36-38), kar pomeni da mora biti porabnik prisoten, ko se storitev opravlja (hkratna proizvodnja in poraba storitve). Poleg tega je raven vpletenosti porabnika v sam proces, torej v zdravljenje, velika saj mora biti sam psihično in fizično dobro pripravljen za poseg. Ti dve dejstvi zelo otežujeta nadzor nad kakovostjo storitve. Kakovost je namreč mogoče spremljati in nadzirati šele ko jo porabnik porablja, praviloma je ne more presojati s strokovnega vidika, kot to lahko pri drugih storitvah zato bolnikova pričakovanja izhajajo iz lastnih predstav o pričakovanih izidih zdravljenja. Poleg tega pa na končni izid posega, procesa zelo vpliva tudi sodelovanje bolnika, ki izvira iz psihofizične pripravljenosti na poseg, poučenosti in samodiscipline. Operacija je lahko namreč uspešno opravljena, vendar je končni uspeh zdravljenja po operaciji skoraj v celoti odvisen od sodelovanja pacienta. Mora se strogo držati pravil prehranjevanja, hoje (v primeru operacije kolka: kako sestopati po stopnicah, na katero nogo se naslanjati, kako hoditi z berglami) ter si vsak dan še mesec dni po operaciji dajati injekcije proti vnetjem. Če se tega ne drži je zelo verjetno, da končni izid ne bo pozitiven, kar bo vplivalo na pacientovo negativno presojo kakovosti.

Slika 4: Storitvena dejavnost kot zaključen sistem



Vir: Lovelock, Wright, 1999, str. 50.

Neotipljivost in velika strokovnost, ki sta značilni za samo jedro storitve (v primeru operacije nekega sklepa) vpliva na to, da uporabnik presoja kakovost po nekaterih drugih dejavnikih. Samo fizično okolje bolnišnice veliko pripomore k presoji. Prvi vtis naredi na uporabnika že parkirišče pred bolnišnico. V zadnjem letu so ga v ta namen povečali in uredili, saj so se pred tem nekateri obiskovalci pritoževali nad premajhnim številom parkirnih mest. Okolica bolnišnice je, kot sem že prej omenila, obkrožena z botaničnim vrtom, ki nedvomno »poskrbi« za to, da pacient pozabi na nevšečnosti. Bolniške sobe in hodniki so tudi predmet pacientove presoje. Vse sobe imajo pogled na morje, večina tudi balkon. Že sama arhitektura bolnišnice je taka, da niso vsi prostori v eni stavbi, temveč v večih paviljonih, ki so med seboj povezani s steklenimi hodniki, tako da lahko obiskovalci med prehodom iz ene stavbe v drugo opazujejo morje in botanični vrt. Kontaktno osebje, torej popolnoma vsi, s katerimi pridejo obiskovalci v stiku, lahko vplivajo na njihovo presojo kakovosti. Od čuvaja-vratarja na parkirišču, administratorja, kateremu izročijo dokumente in jim da nadaljnje napotke, do delavca v bifeju, ki je v sklopu bolnišnice. Zdelo se mi je, da nanje najbolj vplivajo ne toliko zdravniki, saj njihovega dela običajno ne morejo presojati, kot medicinske sestre in fizioterapevti, ki tudi večji del časa preživijo s pacienti (vsaj tistimi ki so hospitalizirani). Prav ti so tisti ključni člen v procesu, ki lahko odločilno vpliva na dožemanje kakovosti pacienta. Drugi obiskovalci – pacienti so tudi lahko vzrok za pozitivno/negativno vrednotenje storitve. Ker je bivanje v bolniški sobi (v primeru posega) kar dolgo, je lahko za slabo voljo bolnika vzrok že nenehno smrčanje drugega bolnika v sobi.

OBV je v letu 1999 sodelovala v pilotnem projektu uvajanja modela EFQM v organizacijo, ki ga je izvedla Zdravniška zbornica Slovenije v okviru »Projektov kakovosti v zdravstvu« (Pajntar, 2002), vendar je šlo takrat bolj za izobraževanje vodstva bolnišnice o uporabi modela (ki še ni bil prirejen za javni sektor). Od leta 2001 je v bolnišnici določenih 5 zaposlenih (iz različnih področij), ki imajo nalogo spremljati poslovanje bolnišnice po merilih EFQM modela in se ravnati po smernicah, ki naj bi privedle do izboljševanja kakovosti storitev. Delo, ki ga bom predstavila v nadaljevanju, je nastalo na podlagi vseh virov, ki so mi bili na voljo (pogovori z zaposlenim, letna poročila bolnišnice, članki v medijih, itd.) in neodvisno od dela zaposlenih v bolnišnici, ki so zadržani za uvajanje modela EFQM v organizacijo. Poskušala sem oceniti delovanje bolnišnice na podlagi posameznega merila in ugotoviti, ali jim model lahko predstavlja orodje za doseganje boljše kakovosti storitev, kot so to dosegli v bolnišnicah v Baskiji.

3.3. Merila modela EFQM v OBV

3.3.1. Voditeljstvo

Kako se voditelji zavzemajo za celovito upravljanje kakovosti

Direktor je odgovoren za razvoj bolnišnice, upoštevajoč napredek stroke v razvitem svetu, družbeno-ekonomsko situacijo države ter njeno zdravstveno politiko. Bolnišnico vodi ob vsakodnevnih sestankih razširjenega strokovnega kolegija, s pomočjo katerega prenaša svoje usmeritve in zamisli na delo oddelkov. Na ta način potrjuje svoje nenehno angažiranje za razvoj bolnišnice in posameznikov. Poslanstvo bolnišnice je direktor opredelil na sejah sveta kot razvoj s smeri enega od osrednjih ortopedskih centrov v Sloveniji, njeno sodelovanje pri razvoju in oblikovanju zdravstvene politike na področju ortopedije in pri oblikovanju medicinske doktrine v Sloveniji, s čimer prispeva k njenemu ekonomskemu, strokovnemu in socialnemu razvoju. V dosedanjem delu so v bolnišnici izoblikovali in upoštevali naslednje vrednote (Mežek, 2002):

- Spoštovanje najzahtevnejših mednarodnih ortopedskih standardov in doktrin
- Osební pristop do bolnika in njegovih svojcev
- Strokovni razvoj zaposlenih
- Optimalna izkoriščenost resursov (dela, tehnologije, objektov, finančnih sredstev).

Pozornost torej namenjajo dobremu počutju bolnikov in zaposlenih ter si prizadevajo za ohranitev doseženega nivoja »bolnikom in zaposlenim prijazna bolnišnica«. Še konkretnéjša je bila predstavitev bolnišnice na eni izmed strateško-razvojnih konferenc, ki je bila organizirana v Sloveniji. Zaradi demografskih procesov in višjega življenjskega standarda bodo potrebe po ortopedskih diagnostičnih in operativnih storitvah naraščale. Ker je ortopedija ena najdražjih kirurških panog, se visoki stroški na posamično operacijo lahko zmanjšajo le v velikih centrih z dovolj velikim številom operacij, kjer operirajo visoko usposobljene zdravniške ekipe. Vodstvo podpira usposabljanje za celovito upravljanje kakovosti, tako da vsako leto sodeluje na delavnicah poslovne odličnosti, ki jih organizira Ministrstvo za znanost in tehnologija ter Ministrstvo za Zdravje, prav tako pa v prostorih bolnišnice vsako leto organizira seminarje s področja upravljanja kakovosti in uveljavljenih modelih kakovosti vodenja. Konec leta 2000 so se ključni zaposleni udeležili študijskega izpopolnjevanja na Nizozemskem na temo management v zdravstvu, ki je zajemalo tudi številne teme s področja kakovosti. Konec marca 2001 je v Italiji potekal Evropski forum o izboljševanju kakovosti v zdravstvu, aprila 2001 je Zdravniška zbornica organizirala predavanja o poslovni odličnosti, oktobra 2001 je na Gea Collegu potekal seminar na temo poslovne odličnosti v bolnišnicah, marca 2002 pa je v Edinburgu ponovno potekal Evropski forum o izboljševanju kakovosti v zdravstvu. Vseh naštetih predavanj in izobraževanj so se nekateri zaposleni udeleževali (Babič, 2002).

Kako voditelji aktivno sodelujejo pri izboljšavah v organizaciji, pri delu s kupci, dobavitelji in drugimi zunanjimi organizacijami

Odnosi z Ministrstvom za zdravje kot ustanoviteljem in ZZZS kot naročnikom in plačnikom storitev so dobri. To potrjujejo zapisniki rednih in periodičnih pregledov. Bolnišnica ne pozna izgub pri poslovanju in ministrstvo z njo nikoli ni imelo finančnih problemov. Direktor aktivno sodeluje pri izboljšavah na področju medicinskih storitev in pri spremembah na področju poslovanja, oz. klasičnih menagerskih funkcij (vodenja, organiziranja, planiranja, kadrovanja, financiranja in evalviranja). To poteka na medicinskem področju na rednih jutranjih sestankih, na katerih so poleg zdravnikov prisotni vsi vodilni delavci zdravstvenega tima. Glede na obravnavano temo, se teh sestankov udeležujejo tudi vodje drugih enot. Ob petkih pripravljajo program operacij za naslednji teden, pri pripravi katerega sodeluje celoten zdravniški kolegij. Bolnikovo stanje predstavi njegov zdravnik, kolegij pa se nato na podlagi interdisciplinarnega pristopa odloči za najustreznejše zdravljenje. Kontrola dela poteka tudi na rednih direktorjevih vizitah po oddelkih in je razvidna in spremljanja rezultatov pri posameznih zdravnikih in pri posameznih vrstah operacij. Z letom 2002 so začeli primerjalno analizirati delo bolniških oddelkov oz. zdravnikov glede na porabo protetičnega materiala, zdravil in ležalno dobo. S takimi analizami, vizitami in načinom odločanja za operacije, pridobivajo elemente dobre prakse, ki jo prenašajo med posameznimi oddelki (Mežek, 2002).

V letu 2001 so začeli z anketiranjem bolnikov. Aprila 2002 so s sodelovanjem zunanjih strokovnjakov z anketiranjem nadaljevali, saj bodo (oziroma so že) tej rezultati osnova za izboljšave pri delu z bolniki. Na poslovno-upravljalnem področju so utečeni redni sestanki upravnega kolegija, ki pripravlja osnove za poslovne odločitve, ki so vsebina rednih direktorjevih tedenskih sestankov s sodelavci uprave. Delo vodstva bolnišnice pa je razvidno tudi iz dela sveta bolnišnice (poslovna poročila, planski dokumenti, predlogi sklepov). Prenos informacij na organizacijske enote poteka na sestankih oddelkov in enot, glavna medicinska sestra bolnišnice ima redne petkove sestanke kolegija zdravstvene nege. Z letom 2002 so začeli s posodabljanjem organiziranosti. Gre za uvajanje postopne decentralizacije, in sicer tako pri področjih poslovanja kot pri pooblastilih in odgovornostih. Proces se bo nadaljeval in formalno dokončal v obliki pravilnika o organizaciji in sistematizaciji delovnih mest. S tem omogočajo uvajanje in spremljanje nadaljnjih izboljšav na posameznih ravneh izvajanja dejavnosti.

V kontaktu z vodilnimi ortopedskimi centri v Sloveniji in Evropi skrbijo za kakovost zdravstvenih storitev in njihovo primerljivost z mednarodnimi standardi. To jim omogočajo obiski vodilnih strokovnjakov iz evropskih ortopedskih centrov, navezali pa so tudi stike z pomembnimi svetovnimi referenčnimi ustanovami. Uvajajo številne nove metode diagnostike, konzervativne in predvsem operativne terapije in so med slovenskimi ortopedskimi centri pridobili vodilno mesto in položaj konzultanta. Za številne centre in klinike osrednje in jugovzhodne Evrope so prevzeli vlogo učnega centra za določene operativne posege. Sodelovali so v projektih ZZZS in na tej osnovi prvi v Sloveniji začeli zdraviti bolnike v dnevni bolnišnici. Organizacija in razvitost bolnišnice sta bili predstavljeni številnim tujim delegacijam in s tem so pripomogli k mednarodnemu ugledu Slovenije in njenega zdravstva. Z dobavitelji imajo stalne kontakte. Niso redki primeri, da goli

pogodbeni odnos, ki ga imajo z dobaviteljem, preraste v partnerstvo, ki koristi razvoju obeh (sodelovanje s podjetjem Sanolabor, Komunalo Koper, ipd.).

3.3.2. Strategija in načrtovanje

Kako v OBV oblikujejo strategijo in načrte in katere vire pri tem uporabljajo

Ker zdravstvena oblast v Sloveniji ne pripravlja pravočasno uporabnih izhodišč, na podlagi katerih bi bilo omogočeno formalno strateško planiranje, se poslužujejo strategij, ki temeljijo na stalnem adaptiranju in reagiranju na spremembe. Pri tem se poslužujejo velikega števila virov, kar jim omogoča večjo fleksibilnost pri načrtovanju. Viri so naslednji: lastne analize o opravljenih storitvah in poslovanju, informacije plačnika in lastnika, informacije napotnih zdravnikov, informacije zaposlenih, informacije dobaviteljev, informacije bolnikov, prenos dobre prakse, strokovna literatura, analize in druga gradiva Združenja zdravstvenih zavodov, planski dokumenti, letne pogodbe, razpisna in pogodbeni dokumentacija z ZZZS, strateške konference ZZZS, epidemiološke in demografske analize ter projekcije, usmeritve in stališča Ministrstva za zdravje, stališča Zdravstvenega sveta, sklepi in usmeritve Združenja ortopedov Slovenije, informacije Razširjenega strokovnega kolegija za ortopedijo (Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 24). Strategijo in načrtovanje prilagajajo spoznanju, da ima plačnik vedno na voljo le omejeno količino denarja in da so omejevanja nujna, ne smejo pa škodovati bolniku. Bolnišnica je namreč sposobna opraviti več medicinskih in drugih storitev, kot jih je plačnik sposoben plačevati. Na podlagi naštetih virov in omejenih finančnih sredstev so sprejeli strateško usmeritev, da bodo intenzivno razvijali ortopedsko kirurgijo (kirurgija velikih sklepov, hrbtenice in endoskopska kirurgija). Pri odnosu do bolnikov negujejo osebni odnos do vsakega in spoštujejo njegovo zasebnost. Pri upravljanju bolnišnice pa velja strateška usmeritev, da je upravno-poslovne funkcije potrebno razvijati tako, da je bolnišnica sposobna obvladovati spremembe iz okolja in družbe. Razvoj medicine in tehnologije, vedno večje potrebe bolnišnice po nenehnem razvoju na vseh področjih, čedalje večja osveščenost bolnikov in njihove zahteve po kvalitetnem življenju imajo neposreden vpliv tudi na kadrovske politike bolnišnice. Strategija te politike je optimalen razvoj znanja vseh zaposlenih in podpora pri njihovem osebnem razvoju pri uresničevanju ciljev. V prvi vrsti pa se zanašajo na lastne sposobnosti, lastno znanje in vire. Poslanstvo, vizijo ter razvojne in operative plane uresničujemo prvenstveno na tem izhodišču, kar velja tako za osnovno dejavnost kot za poslovno-upravno in organizacijsko učinkovitost.

Kako bolnišnica posreduje in izvaja strategijo in načrte

Na tako opredeljenih strategijah temeljijo srednjeročni in letni plani, ki jih – na podlagi potrebnih informacij in organizacijskih enot in od zunanjih partnerjev - pripravljajo upravne službe. Za doseganje dolgoročnih ciljev v bolnišnici precizno planirajo in čim točneje izpopolnjujejo pogodbene primere in s tem optimizirajo poslovanje, spreminjajo strukturo bolnikov v korist večjega števila operiranih in zmanjšujejo število konzervativno zdravljenih bolnikov ter s tem zagotavljajo dolgoročno stabilno pozicijo na tržišču, skrajšujejo ležalno dobo, optimizirajo zaloge ter kadrovske, finančne in druge vire. Ohranjajo investicijsko sposobnost,

zlasti z učinki racionalnega in varčnega poslovanja in na tej osnovi zagotavljajo pogoje za razvoj osnovnih procesov in za čim boljši bivalni standard bolnikov. Povečujejo tudi zadovoljstvo bolnikov z izboljševanjem postopkov pred sprejemom, ob sprejemu, zlasti pa med zdravljenjem ter z izboljšanimi pogoji bivanja in povečujejo stopnjo zadovoljstva zaposlenih s pomočjo motivacijskih dejavnikov in s skrbjo za razvoj in promocijo ključnih kadrov. Tej cilji so izhodišče za mesečne, tedenske in dnevne operativne načrte, na podlagi katerih teče delovni proces. V vse planske aktivnosti vključujejo vodstvene in vodilne delavce, ki prispevajo k temu, da so cilji čim bolj realni in izvedljivi, in o njih seznanjajo sodelavce. Učinkovitost izvajanja strategije in uresničevanja planov preverjajo na tedenskih sestankih, periodično pa na sejah sveta za upravno-poslovno področje (Mežek, 2002).

Kako bolnišnica strategijo sproti dopolnjuje in izboljšuje

Uspešnost izvajanja operativnih načrtov preverjajo na podlagi podatkov o opravljenih storitvah, ki jih evidentirajo organizacijske enote (oddelki, operacijski blok, ambulate, diagnostične enote). Če je potrebno, njihovo izvajanje mesečno ali trimesečno popravijo, letne in srednjeročne načrte preverjajo dvakrat letno in jih po potrebi dopolnjujejo z rebalansi. Ključni dobavitelji so zlasti s postopki javnega naročanja vključeni v nastajanje čim bolj racionalne poslovne politike bolnišnice, saj je ji morajo čedalje bolj prilagajati. Izvajanje operativnih načrtov spremljajo mesečno in jih na sestankih upravnega kolegija z direktorjem popravljajo, če odstopajo od načrtovane dinamike (Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 23).

3.3.3. Upravljanje s sposobnostmi zaposlenih

Cilj kadrovske politike je optimalna izkoriščenost obstoječega kadrovskega potenciala, čim bolj racionalna zaposlitev novih sodelavcev ob smotni izkoriščenosti delovnega časa in sredstev za delo. Zavedajo se, da so zaposleni najpomembnejši potencialni vir poslovne uspešnosti. Zato omogočajo in podpirajo stalno izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje zaposlenih, na zdravstvenem in nezdravstvenem področju. V skladu s planiranimi sredstvi investirajo v sredstva za delo ter stalno izboljševanje delovnega okolja in delovnih pogojev.

Kako bolnišnica razvija in preverja načrte glede zaposlenih

Skupno število zaposlenih v bolnišnici je 295, od tega 12 za določen čas. Na posebno specializiranih področjih dela (kot so npr. interna medicina, nevropsihiatrija, urologija) zaradi narave dejavnosti bolnišnice nimajo svojih specialistov, zato angažirajo zunanje strokovnjake na podlagi pogodbe o delu. Kadre zagotavljajo preko javnega razpisa v medijih ali z objavami zavoda za zaposlovanje. Kadrovske potrebe rešujejo tudi z obstoječim kadrom znotraj bolnišnice, s horizontalno razporeditvijo na druga področja dela, npr. iz bolniškega oddelka v operacijski blok, in vertikalno na zahtevnejše delovno mesto v poklicu. V skladu z možnostmi bolnišnice zagotavljajo potrebne strokovne profile tudi z napotitvijo zaposlenih na izobraževane in strokovno izpopolnjevanje. Postopek ugotavljanja potreb po kadrih se praviloma prične s pisno utemeljenim predlogom vodje posamezne enote ali s pisno prošnjo posameznika, ki jo obravnavajo

na kolegiju. Pri tem upoštevajo izobrazbo in strokovni profil ter pričakovanja in cilje posameznika in interese bolnišnice. Sprejemajo letne plane: plan kadrov, izobraževanja, varstva pri delu, delovni koledar. Spremljajo obseg in strukturo zaposlenih, ki pokažeta, s kakšnimi kadri razpolagajo in kakšne so njihove razvojne možnosti ter fluktuacijo kadra. Pri načrtovanju kadrovskih potreb upoštevajo mnenja in predloge zaposlenih in vodstvenih delavcev bolnišnice. Postopek načrtovanja pričnejo s pisnim povabilom vodjam organizacijskih enot, da ocenijo in ugotovijo potrebe po kadrih in izobraževanju v enoti in jih opredelijo v pisnih predlogih, ki jih zbira kadrovska služba. Zbrane predloge usklajujejo na kolegiju in jih glede na razvojno politiko in interese bolnišnice ter obseg in strukturo zaposlenih, dokončno oblikujejo v načrte in jih predlagajo svetu zavoda za potrditev. Realizacijo letnih planov preverjajo in predstavijo v letnem poslovnem poročilu. Izobraževalne potrebe v bolnišnici ugotavljajo in načrtujejo letno po enakem postopku in istočasno s postopkom načrtovanja kadrov. V planih izobraževanja načrtujejo napotitve zaposlenih na študij ob delu in podiplomski študij. Ob tem okvirno načrtujejo tudi strokovno izpopolnjevanje zaposlenih, npr. s praktičnim delom v drugih zavodih, na tečajih, seminarjih, raznih delavnicah pri nas in v tujini. Zaposleni lahko tudi sami predlagajo svoje potrebe po izobraževanju s pisno prošnjo na kadrovske službo, npr. za plačan študijski dopust, sofinanciranje šolanja (Babič, 2002).

V letnem delovnem koledarju načrtujejo enakomerno porazdelitev obračunanih in plačanih delovnih ur po mesecih ob upoštevanju letne delovne obveznosti. Ta pa mora seveda slediti planiranemu programu dela bolnišnice. Planirajo tudi kolektivni letni dopust, z namenom čim boljše izrabe delovnega časa in uskladitve dela na oddelkih, glede na planirano izvedbo vzdrževalnih in gradbenih del. Na podlagi računalniškega programa za registracijo delovnega časa dnevno evidentirajo delovni čas. Delovno uspešnost ugotavljajo in nagradjujejo na podlagi naslednjih meril: odnos do bolnikov, kvalitete dela, obseg opravljenega dela, znanja in strokovnosti, iniciativnosti in sposobnosti prilagajanja, inventivnosti in ustvarjalnosti, gospodarnosti pri delu in uspešnosti vodenja in organiziranja.

Zadovoljstvo zaposlenih merijo že drugo leto zapored. Letos so pristop bistveno izboljšali. Zaradi večje objektivnosti in strokovnosti so pripravili anketnega vprašalnika, izvedbo anketiranja in analizo rezultatov zaupali zunanji agenciji. Vprašanja so bila osredotočena na ugotavljanje percepcij zaposlenih o zadovoljstvu z vsebino posameznikovega dela, neposrednim vodjem, sodelavci, napredovanjem, plačo, pripadnostjo kolektivu, načinom komuniciranja in motivacijo zaposlenih. Ugotovitve bom navedla kasneje, v poglavju o zadovoljstvu zaposlenih.

Kako organizacija zagotavlja sodelovanje in daje pooblastila

Zaposlene obveščajo preko oglasnih desk in z razpošiljanjem obvestil in okrožnic ter splošnih aktov po oddelkih, po potrebi tudi osebno naslovnikom. Vedno večjemu številu zaposlenih omogočajo vključevanje v računalniški sistem, tako da lahko pri svojem delu uporabljajo elektronsko pošto in imajo tudi dostop do interneta. Razne informacije, vezane na delo, lahko zaposleni dobijo v kadrovske službi. Zaposleni imajo možnost učinkovitega komuniciranja na dnevnih ali tedenskih sestankih enote ter neposredno v okviru dnevnih delovnih nalog med posameznimi izvajalci, pri čemer komunikacija poteka navzgor, navzdol in

vodoravno. Nedvomno si želijo, da bi bil čim širši krog zaposlenih vključen v aktivnosti nenehnega izboljševanja, zato za vse zaposlene organizirajo seminarje, ki obravnavajo področje komunikacije in poslovne odličnosti. Sodelavce, ki neposredno sodelujejo pri tem projektu pošiljajo na tečaje in delavnice za ocenjevalce poslovne odličnosti po modelu EFQM. Ustanovili so tudi skupino za izboljševanje kakovosti dela z namenom izboljšanja zdravstvene oskrbe.

3.3.4. Viri

Kako bolnišnica upravlja s finančnimi viri

Bolnišnica pridobiva denarna sredstva za nemoteno delovanje na osnovi vsakoletne pogodbe, sklenjene z ZZZS (obvezno zdravstveno zavarovanje), denarna sredstva prostovoljnega zavarovanja pa plačujeta po pogodbi Vzajemna zavarovalnica ter zavarovalnica Adriatic. Poleg navedenih so kot pomembnejši vir financiranja še denarna sredstva domačih in tujih samoplačnikov, tako podjetij kot posameznikov. V zadnjih letih je opazen tudi porast donatorskih in sponzorskih sredstev, ki so namenjena za nakup nujne medicinske opreme ali za strokovno izobraževanje bolnišničnih kadrov. Bolnišnica si v zadnjem času prizadeva pridobivati dodatna denarna sredstva z razvojem tržne, predvsem samoplačniške dejavnosti.

Na osnovi letne pogodbe z ZZZS izstavljajo mesečna poročila. Ob trimesečju izstavijo usklajen račun ter ob koncu leta obračunane vrednosti in plačila dokončno uskladijo. ZZZS redno izpolnjuje pogodbene obveznosti tako, da plačuje mesečne akontacije v treh obrokih. Ostale finančne prilive realizirajo na osnovi fakturiranih storitev. V bolnišnici ne beležijo neplačanih terjatev, kar zagotavlja nemoteno izpolnjevanje finančnih obveznosti. V začetki poslovnega leta svet zavoda svet zavoda sprejme letni načrt prilivov in odlivov finančnih sredstev ter plan poslovnega izida. Nadzor na le-temi izvajajo sprotno-dnevno, s sodelovanjem vodij posameznih sektorjev (potrditev nastanka in upravičenosti določenega stroška). Poseben nadzor izvajajo nad gibanjem stroškov, posebno zdravstvenega materiala, ki predstavlja več kot 30 % vseh stroškov, pa tudi optimizaciji zalog. Vedno večjo pozornost namenjajo tudi spremljanju stroškov storitev (njihova vrednost v skupnih stroških znaša skoraj 10 %). V lanskem letu so z namenom še kvalitetnejšega spremljanja in analiziranja stroškov, začeli s projektom opredelitve novih, organizacijsko smiselnih stroškovnih mest. Postopno bodo uvajali spremljanje posameznih vrst stroškov tako po kraju nastanka kot po načelu odgovornosti za njihov nastanek. Končni cilj je realna kalkulacija cene posameznih storitev, ki se izvajajo v bolnišnici (Poslovno poročilo OBV, 2002, str. 31; Mežek, 2002).

Kako bolnišnica upravlja z informacijskimi viri

Informacijski sistem so oblikovali na osnovi lastnih potreb, zahtev zdravstvene zakonodaje, prakse v zdravstveni dejavnosti ter zahtev poslovne zakonodaje. Razvoj bolnišnice se izraža tudi v razvoju informacijskega sistema. Arhiv zdravstvene dokumentacije, v katerem zajemajo vse dokumente, izvide, slike radioloških preiskav bolnikov od leta 1967 naprej, je vzorno urejen. V letu 2001 so pričeli urejati določene podatke arhiva v sodelovanju z Inštitutom za varovanje zdravja. Vodijo dnevniške operacij in

sistematično pripravljajo tedenske in dnevne operacijske programe. V računalniško omrežje imajo danes povezanih 130 računalnikov, ki so povezani z optičnimi kablji. Informacijska podpora je razdeljena v informacijske podsisteme za zdravstvene procese, za poslovne procese in za vodstveno-upravne procese. V letu 2001 so se odločili, da vzpostavijo celovit sistem spremljanja stroškov. Pričeli so usklajevati še nepovezane informacijske podsisteme in pripravljati osnove za evidentiranje vseh dogodkov na nivoju bolnika. Zaključili so tudi računalniško opremljanje vseh delovnih mest, kjer se stroškovni dogodki izvedejo.

Zdravstveni procesi so podprti z informacijskim sistemom (BIRPIS), ki ga v Sloveniji uporablja še 17 bolnišnic, v OBV pa je še dodatno integriran z sistemom za podporo lakarniške dejavnosti (LIRPIS). Tako ob evidentiranju opravljenih operacij takoj beležijo porabo ustreznega blaga v lekarni. V okviru projekta spremljanja bolnišnične nege so vse višje medicinske sestre izobrazili za računalniško spremljanje bolnišnične nege. Letos se pripravljajo na računalniško podprt sistem naročanja bolnišnične. BIRPIS sistem zagotavlja evidence naročenih bolnikov na specialistične preglede in bolnišnično obravnavo, sprejetih bolnikov na pregled in zdravljenje, opravljenih storitev in porabljenega materiala pri operacijah, opravljenih in obračunanih storitev, odpustov bolnikov, bolnišnične nege in namestitve bolnikov (Babič, 2002). Z njim lahko izpisujejo npr. trenutno stanje staleža, zasedenost bolniških postelj, namestitvev bolnika, dnevno gibanje bolnikov po oddelkih, mesečno in letno gibanje bolnikov, fizični obseg dela v ambulantah, opravljenjo delo po izvajalcih, porabo materiala po posegih, seznam odpuščenih bolnikov po diagnozah, ipd.

Računalniško so s programskim paketom MOST seveda podprti tudi poslovni procesi izračunavanje osebnih dohodkov, sistem spremljanja delovnega časa, kadrovska evidenca, izračunavanje potnih stroškov in evidenca osnovnih sredstev. Vodstveno-upravne procese na najvišji ravni informacijsko podpirajo s pripravo mesečnih, tromesečnih in letnih primerjav realizacije in planov zdravstvenih storitev.

Kako bolnišnica upravlja z dobavitelji in materialom

V skladu z letnimi plani in postavljeno strategijo vsako leto pregledajo in postavijo odnose z dobavitelji. Po Zakonu o javnih naročilih blago, storitve in gradbena dela naročajo v postopkih javnega naročanja. Z vsakoletnim novim javnim razpisom se veriga dobaviteljev izboljšuje, cene se znižujejo, na javnem razpisu izpadajo dobavitelji, pri katerih so imeli v preteklih obdobjih veliko reklamacij. Dobavitelji sodelujejo z njimi tudi pri razvoju izdelkov (delovne obleke, operacijsko perilo, posteljno perilo, invalidski vozički). Dobavitelje ocenjujejo in točkujejo po merilih, ki so podana v javnih razpisih. Ta so odvisna od vrste in predmeta javnega naročila. Za ocenjevanje dobaviteljev blaga so uporabljali naslednja merila: kakovost artiklov (na podlagi dokazil o kakovosti, ocen proizvodne specifikacije), ponudbena cena, reference in ocena morebitnega dosedanjega sodelovanja z naročnikom, plačilni pogoji. Dobavitelje ocenjujejo enkrat letno, ob prevzemih pa sproti preverjajo po izstavitvi računov. Javne razpise objavljajo vsako leto, morebitne slabe izkušnje pa upoštevajo pri naslednjem javnem naročilu. Pri nakupu opreme uporabljajo zlasti naslednja merila: ponudbeno ceno, pogodbo o rednem vzdrževanju, plačilne pogoje, rok dobave in montaže s priključitvijo, reference pri sorodnih delih z navedbo števila morebitnih okvar, upoštevanje odzivnosti,

uspešne in hitre odprave pomanjkljivosti, stroške vzdrževanja, dolžino garancijskega roka, kakovost ponujene opreme in možnost nadgradnje. V lekarni imajo dnevne do tedenske nabave. Število dobaviteljev je sedaj okoli 30 in se bistveno ne spreminja. Na področju prehrane, vodja prehrane sestavi tedenske jedilnike, na podlagi le-teh in števila bolnikov pa sledijo dobave živil. Čiščenje prostorov, pranje perila, vzdrževanje parka in vrtnarska dela ter varovanje so oddali zunanjim izvajalcem. Uredili so način integriranega naročanja v nabavni sektor z interno naročilnico in določili osebe, ki naročilnico podpisujejo. Na osnovi te, nabavni sektor pregleda plan in izpelje naročilo malih vrednosti ali javno naročilo večjih vrednosti. Ker vedo, da niso vse vrste surovin in materiala enako pomembne, dobavitelje delijo v tri skupine, glede na letne stroške, ki jih imajo s porabo posameznih surovin in materialov (Mežek, 2002). Tako identificirajo tiste materiale, s katerimi imajo najvišje stroške, in tem materialom namenijo največ pozornosti. Na primer: v skupino A spada endoprotetični material, ki predstavlja 51% planirane letne porabe, torej povzroča velike stroške. Da bi zmanjšali stroške, so v letih po 1997 uvajali komisijska skladišča, v katerih je ta material last dobaviteljev. Z njimi so določili optimalne zaloge, uvedli tedenska poročila o porabljenem materialu, ki ga potem tedensko nadomeščajo. Ob koncu meseca sporočijo mesečno porabo. Za material imajo 30-60 dnevni plačilni rok. S tem so dosegli, da je ves ta material vedno na razpolago, zaloge pa jih finančno ne bremenijo. Z dobavitelji iz te skupine dnevno sodelujejo in se dogovarjajo. Kot kriterij kakovosti pri izbiri materiala upoštevajo ustrezne standarde kakovosti.

Pri rokovanju z odpadki upoštevajo navodila in smernice Komisije za preprečevanje bolnišničnih okužb. Za odstranjevanje posebnih odpadkov, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti, imajo sklenjeno pogodbo s podjetjem, ki ima sklenjeno koncesijo z Ministrstvom za zdravje o odvozu, obdelavi in uničevanju odpadkov. Odpadke obdelujejo z napravo 3M, s katero jih dezinficirajo, volumsko zmanjšajo ter jih kot komunalne odpadke uničijo. Za odpadke kot so RTG filmi, razvijalci filmov in komunalne odpadke imajo sklenjeno pogodbo z ločenimi podjetji.

Kako bolnišnica upravlja z drugimi viri

Bolnišnica obsega 34.000 m² površine in 18.000 m² zgradb, ki so stare 91 let, razen B-paviljona, ki je bil zgrajen leta 1937. Kot dober gospodar zgradbe prenavljajo, pri prenovi pa ohranjajo kulturno dediščino. Do leta 1997 so obnovili vse tri paviljone in zgradili povezovalne hodnike med njimi. V letu 1998 je bila največja investicija adaptacija bivše pralnice za potrebe lekarne in laboratorija in dvorane za pedagoško dejavnost ter nabava opreme za te prostore, poleg tega pa so s pomočjo donacij opremili dvorano z multimedijско opremo, ki omogoča neposreden prenos operacij in organizacijo strokovnih srečanj. V letu 1999 so izvedli rekonstrukcijo upravne stavbe, v naslednjem letu pa izvedli adaptacijo vseh treh paviljonov. Prav tako so vsa leta investirali v posodobitev operacijskih dvoran in opreme. Od leta 1997 do 2001 se je skupno investicijsko vlaganje v premoženje povečalo iz 117 mio SIT na 354 mio SIT. Za kvalitetnejši nadzor nad premoženjem ter pravilno spremljanje porabe so v fazi priprave prenovljenega organigrama, ki bo omogočal tudi spremljanje gospodarnosti in učinkovitosti uporabe bolnišničnega premoženja (Poslovno poročilo, 2001, str. 18).

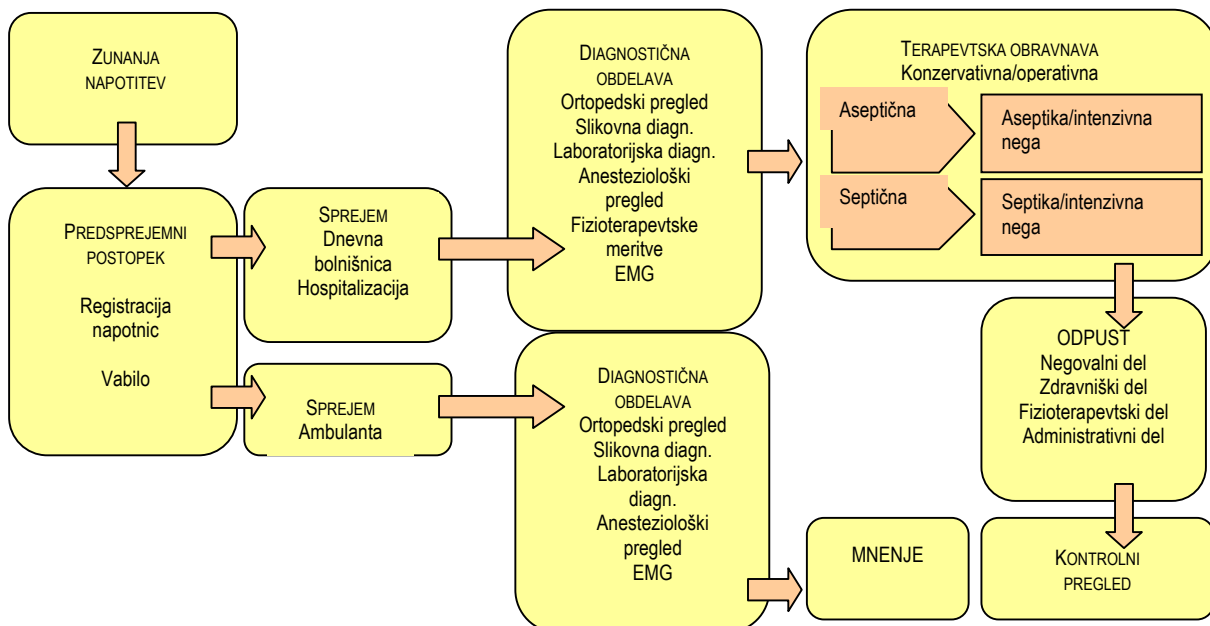
3.3.5. Sistem kakovosti in procesi

V bolnišnici potekata dva primarna procesa, proces zdravljenja bolnika in proces upravljanja bolnišnice ter pomožni procesi (planiranje, organiziranje financiranje, kadrovanje, kontroliranje, evalviranje). Oba primarna procesa morata biti enakovredna, povezana, usklajena in soodvisna. Zavedajo se, da le tak integriran pristop zagotavlja dolgoročno perspektivo obstoja in razvoja bolnišnice.

Usmerjenost k bolniku

Vsi procesi, ki se nanašajo tako na zdravljenje bolnika kot na upravljanje bolnišnice, se začenjajo s planiranjem in organiziranjem ter se preko financiranja in kadrovanja realizirajo in zaključijo s kontroliranjem in evalviranjem. Proces zdravljenja bolnika se prične s predsprejnim postopkom (registracija napotnic, vabilo). Po sprejemu bolnika (ambulantni, bolnišnični, dnevna bolnišnica), se začne diagnostična obravnava bolnika (ortopedski pregled, anesteziološki pregled, slikovna diagnostika, laboratorijska diagnostika, fizioterapevtske meritve). Sledi terapevtska obravnava bolnika (konzervativna, operativna) ter odpust bolnika (poučevanje in usposabljanje bolnikov, administrativni postopek). Kot zaključna faza celotnega procesa opravijo še kontrolni pregled (vabilo, ortopedski pregled, mnenje). Proces zdravljenja bolnika je razviden iz slike 5.

Slika 5: Operativno-kronološki prikaz procesa zdravljenja v OBV



Vir: Statut OBV, 1994; Bitner, Zeithaml, 1996, str. 66.

Podporo diagnostični in terapevtski obravnavi bolnika predstavljajo še procesi, ki potekajo v lekarni, fizioterapiji, zdravstveni negi, sterilizaciji, mavčarni in enoti bolnišnične prehrane. Pri procesu zdravljenja

sodelujejo tudi zunanji zdravniki različnih medicinskih strok. Proces upravljanja bolnišnice so oblikovali v procese poslovanja (z notranjo zakonodajo), v procese poslovnih funkcij (kadrovska, finančna, nabavna, prodajna, tehnično-vzdrževalna, informacijska) in v procese povezane z okoljem bolnišnice (odnosi z javnostjo, odnosi z uporabniki, odnosi z lastniki in plačniki).

Ker se sistem financiranja bolnišnic reformira in namesto dosedanjih količinskih kategorij (BOD, točke) postaja osnovni element obračuna bolnik-zaključen primer, bodo morali v prihodnje temu prilagoditi tako proces zdravljenja bolnika kot proces upravljanja bolnišnice.

Ugotavljanje zadovoljstva bolnikov poteka neposredno v procesu komuniciranja med izvajalci storitev in bolniki ter njihovimi svojci. Svoja mnenja in pripombe, vtise bolniki vpisujejo v knjigo vtisov in pripomb, ki se nahaja v vsakem bolniškem oddelku. Preverjanje ustreznosti in kvalitete izvedbe storitev in s tem povezano zadovoljstvo pa ugotavljajo tudi z anketiranjem bolnikov, tako pri ambulantnem pregledu kot tudi v času hospitalizacije. Za pripombe in izražanje nezadovoljstva pa so bolnikom natančno predstavili pritožbeni postopek – na katerem mestu in na koga lahko naslovijo pritožbo. Pritožbeni postopek je objavljen v informativni brošuri in na vidnem mestu v ambulanti.

Upravljanje s sistemom kakovosti

V procesu zdravljenja uporabljajo že uveljavljene sisteme kakovosti: medicinsko doktrino, principe dobre prakse, principe dobre klinične prakse, slovenske in mednarodne standarde kakovosti. Proces zdravljenja sledi razvoju medicinske doktrine ter principom dobre prakse. V skladu s tem uvajajo nove postopke zdravljenja na osnovi svetovno uveljavljenih in s študijami podprtih praks, s katerimi se seznanjajo na domačih in tujih kongresih, simpozijih in ob obiskih v domačih in tujih sorodnih ustanovah. Že uvedene oblike zdravljenja dopolnjujejo z novimi, da pospešijo okrevanje in zmanjšajo tveganje za razvoj stranskih učinkov in komplikacij ter zmanjšajo ceno zdravljenja in omogočijo lažji pristop bolnikov do storitev. Za kontrolo procesov zdravljenja uporabljajo standarde (standardi za nego bolnika, standardi v operacijskem bloku, sterilizacija). Uspešnost procesov zdravljenja ugotavljajo na vsakodnevni jutranji sestanki strokovnih skupin in vizitah ter pri kasnejših kontrolnih pregledih. Številne primerjalne študije različnih operativnih tehnik in konzervativnih načinov zdravljenja ter pregled rezultatov zdravljenja so predstavili na domačih in tujih simpozijih, kongresih, sekcijskih sestankih, v učnih delavnicah ter revijah in zbornikih. Redno sledijo, nadzirajo in preverjajo metode in postopke za obvladovanje bolnišničnih okužb, procese in metode zdravstvene nege izvajajo po strokovnih standardih, ki jih pripravlja služba zdravstvene nege. Izdelane imajo kategorije zahtevnosti zdravstvene nege, ki zajemajo seznam postopkov in posegov ter pogostost izvedbe v 24 urah, na teden, na hospitalizacijo. Kategorizacija omogoča osnovo za izračun potrebnega števila izvajalcev in njihovo razporeditev glede na zahtevnost dela. V skladu s razvojem medicinske znanosti želijo z fizioterapevtskimi postopki, čim bolj strokovno podpreti enega glavnih procesov bolnišnice, proces zdravljenja. Želijo doseči čim krajšo rehabilitacijo in čim večjo samostojnost operiranega bolnika, zmanjšati postoperativne komplikacije, ležalno dobo in s tem stroške zdravljenja. Proces slikovne diagnostike je podprt s slovenskimi in mednarodno uveljavljenimi standardi. Vsa oprema

ustreza evropskim standardom kakovosti in jo redno kontrolirajo po predpisanih protokolih. Vse slike in vse izvide trajno arhivirajo v digitalni obliki. Vsaka enota je informacijsko povezana v računalniško mrežo bolnišnice. V kliničnem laboratoriju izvajajo vse procese po načelih dobre laboratorijske prakse, vse metode so v skladu z mednarodnimi priporočili in standardi. Enako velja za procese v lekarni. Vsi procesi vezani na bolnišnično prehrano sledijo svetovnim smernicah zdrave, uravnotežene prehrane. Velika pozornost je posvečena varni pripravi hrane, tako v smislu izbora dobavitelja, kot glede zagotavljanja nadzora nad vsemi procesi dela v kuhinji. V okviru procesa HACCP (zagotavljanje nadzora nad kritičnimi točkami) je bila opravljena analiza možnih tveganj v vseh fazah proizvodnje, določene so bile kritične točke, vzpostavljen monitoring nad nekaterimi določenimi kritičnimi točkami (prevzem od dobaviteljev, kontrole temperatur skladiščenja vseh živil po skupinah), zbira se dokumentacija. Izvedli so poglobljeno izobraževanje o sistemu HACCP za zaposlene v kuhinji in informativno za ostale zaposlene ki prihajajo na različne načine v stik s hrano. Z uvajanjem nadzora nad preostalimi kritičnimi točkami v centralni kuhinji med transportom in v vseh oddelčnih kuhinjah, kjer poteka razdeljevanje hrane pacientom, bodo nadaljevali v letošnjem letu (Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 37; Mežek, 2002; Babič, 2002).

Upravljanje s ključnimi procesi

V OBV imajo znane nosilce ključnih procesov. Nosilec procesa zdravljenja je zdravnik, ki je tudi vodja ekipe zdravljenja. Nosilec procesov zdravljenja in upravljanja v paviljonu je predstojnik paviljona. Glavni nosilec procesov zdravljenja in upravljanja za celotno bolnišnico je direktor bolnišnice, ki je tudi odgovoren za izvajanje in nadziranje procesov. Opredeljene imajo tudi lastnike pomožnih procesov; to so vodje posameznih enot v diagnostiki, lekarni, fizioterapiji; ti skupaj z ostalimi nosilci procesa zdravljenja sestavljajo zdravstveni tim. Odgovorni nosilec procesa zdravstvene nege je glavna medicinska sestra bolnišnice, delo na bolniških oddelkih vodijo glavne sestre oddelkov oz. enot. V pripravi imajo predolg sprememb organiziranosti zdravstvene nege, s katero želijo doseči smotrnejšo porazdelitev nalog in odgovornosti ter poenotiti postopke. Nosilci procesov posameznih služb in sektorjev na upravi, so njihovi vodje. V procesih imajo določene tudi namestnike, s čemer lahko zagotavljajo uspešno izvajanje dela. Rdeča nit za delovanje posameznih enot v bolnišnicah so vizite, dnevni in tedenski sestanki po oddelkih, službah, sektorjih, v zdravstveni negi in na sestankih vodij zdravstvene ekipe (Babič, 2002). Procese zdravljenja dokumentirajo v obliki dnevnih protokolov dela na oddelkih, v laboratoriju, dnevnih protokolov operativnih posegov in raportnih knjig dežurstev za sestre in zdravnike. Dokumentacija posameznega bolnika je zbrana v njegovi osebni mapi, ki vsebuje popis bolezni, laboratorijske izvide, izvide drugih specialistov in preiskav, podatke o zdravljenju, ambulantnih pregledih in hospitalizacijah. Rentgenska dokumentacija je računalniško shranjena, vsak bolnik pa ima svojo rentgensko mapo s slikami in jo hranijo v arhivu bolnišnice. Učinkovitost dela, nove zadolžitve in realizacijo nalog preverjajo in evidentirajo z zapisniki na sestankih kolegija uprave, sveta zavoda in ostalih sestankih.

Upravljanje s procesi nenehnega izboljševanja

Procese neprestano izboljšujejo v skladu z željami in potrebami strank ter najnovejšimi spoznanji medicine pa tudi managementa. Kot orodje za izboljšave uporabljajo zgled iz mednarodno priznane medicinske doktrine, trende doma in v tujini, pogovore med zaposlenimi, med bolniki in zaposlenimi, poročila s sestankov itd. Začeli so z novim načinom sterilizacije materiala, novimi načini dezinfekcije inštrumentov, novimi metodami na področju slikovne diagnostike, itd. Na tedenskih sestankih obravnavajo predloge za izboljšave procesov dela, povezanih z negovalnimi standardi, organizacijo dela, poročanje o udeležbi na strokovnih sestankih oz. izobraževanjih ipd.

3.3.6. Zadovoljstvo strank

Najpomembnejše stranke vsake bolnišnice so njihovi bolniki, zato mora biti njihov cilj izpopolnjevanje njihovih pričakovanj, ki pa so seveda zelo različna: od pogovora, nasveta, lajšanja bolečin do uspešno izvedenega operativnega posega, ki izboljša kvaliteto življenja. Pričakovanja in zahteve bolnikov so individualne in močno povezane s starostjo bolnika, z načinom življenja in seveda z njegovim poklicem, zato mora biti v ospredju odnos zdravstvenega kadra do posameznega bolnika, posebej še odnos bolnik-zdravnik.

Kako so bolniki zadovoljni z OBV

Bolniki najpogosteje dobijo informacije o bolnišnici pri svojem osebnem zdravniku ali pri znancih, ki so že bili tam. Tistim, ki prvič prihajajo na zdravljenje, hkrati z vabilom pošljejo informativno brošuro. Splošne informacije, pa tudi nasveti v zvezi z določenimi obolenji, so na razpolago na spletni strani bolnišnice, ki so jo vpeljali v letu 1999, vedno pa so jim na razpolago tudi zaposleni v bolnišnici. Širši javnosti so se predstavili z informativnim letakom (s slovenskim in angleškim jezikom) z brošuro, ki so jo natisnili leta 1998 in s katalogom, ki so ga izdali leta 1999 ob otvoritvi razstave Valdoltra 1909-1999.

3.3.7. Zadovoljstvo zaposlenih

Kako so zaposleni zadovoljni z OBV

Počutje zaposlenih pri delu so v prejšnjih letih ugotavljali na podlagi neposrednih kontaktov in posrednih pokazateljev, kot so izboljšani delovni pogoji in prijetno in varno ter zdravo delovno okolje, možnosti za izobraževanje in osebni razvoj zaposlenih, stalnost in varnost zaposlitve, zanesljivost izplačila mesečne plače, priznanje delovnih in strokovnih uspehov. V preteklem letu so začeli z ugotavljanjem zadovoljstva zaposlenih na podlagi anketnih vprašalnikov. Anketiranci so zelo visoko ocenili delovne pogoje. Podobni rezultati so bili ugotovljeni tudi v letu prej. Rezultati anket so potrdili, da so kontinuirane izboljšave delovnih pogojev in investicije v preteklih letih vplivale na zadovoljstvo zaposlenih (npr. adaptacija delovnih prostorov, sodobno tehnično opremljeni delovni prostori z moderno in praktično opremo,

nove delovne obleke po lastnih zamislih, topla malica v bolnišnični menzi, prijetno urejena zunanja okolica, urejena parkirišča, idr.). Odnose s sodelavci so zaposleni, podobno kot v anketi leto poprej, ocenili visoko. Pozitivne vezi med sodelavci predstavljajo pogoj za čvrsto delovno skupnost, v kateri se zaposleni osebnostno razvijajo in so tudi najbolj učinkoviti. Z nadpovprečno visoko oceno so anketiranci ocenili pripadnost bolnišnici, kar je posredni kazalec počutja in zadovoljstva, saj nezadovoljni delavci ponavadi ne izražajo velike pripadnosti. Analiza pa je pokazala tudi na manjšo stopnjo zadovoljstva s funkcijo vodenja in s kadrovsko funkcijo. Najbolj so izpostavili občutek, da je njihovo delo v bolnišnici premalo opazno in cenjeno ter da je njihova plača premalo vezana na dosežene rezultate. Od vodij pričakujejo mnogo bolj aktivno držo pri vodenju delavcev, predvsem jasno izražanje pričakovanj, ki jih ima vodja do sodelavca, koordinacijo dela sodelavcev in jasno porazdelitev odgovornosti, skrb za stalen strokovni razvoj sodelavcev, ocenjevanje njihove strokovne usposobljenosti in delovne uspešnosti, pohvalo in pravično nagrado za dobro delo, iskreno in odprto komuniciranje s sodelavci in napredovanje na podlagi izkazanih sposobnosti.

Merjenje zadovoljstva zaposlenih je izpostavilo komunikacijo, ki najpogosteje sovpada s posamičnimi kategorijami zadovoljstva. Odnos med sodelavci oz. razmerje vodja-sodelavec, ki je zgrajen predvsem na ustrezni komunikaciji, je osrednji generator zadovoljstva zaposlenih. Komunikacija je bila tudi stična točka z raziskovanjem zadovoljstva bolnikov.

Komuniciranje zaposlenih z zunanjimi institucijami in strokovnjaki ocenjujejo skozi rezultate znanstveno raziskovalnega in izobraževalnega dela zaposlenih ter njihovo aktivno udeležbo v strokovni javnosti. Zaposleni v bolnišnici so prisotni tudi v medijih: objavljajo strokovne članke v časopisih, sodelujejo v TV in radijskih oddajah s prispevki vezanimi na zdravstveno področje. Sodelujejo kot predavatelji na strokovnih srečanjih (npr. v letu 1999 na 15-ih), simpozijih, seminarjih, aktivno sodelujejo pri raziskovalnih nalogah z Inštitutom Jožef Štefan (v preteklem letu tudi pri raziskavah vesoljske medicine). V bolnišnici organizirajo predavanja za širši krog zaposlenih (v letu 2000 predavanje na temo »Komunikacija«, leta 2001 dve predavanju na temo »Kakovost v zdravstvu«). Razvoj zaposlenih podpirajo tudi z nabavo strokovne domače in tuje literature (naročeni so na 17 tujih in 11 domačih strokovnih časopisov in revij), ki je poleg enostavno dostopnih strokovnih informacij na internetu še vedno aktualen vir strokovne komunikacije. Zaposlenim omogočajo članstvo v strokovnih organizacijah pri nas in v tujini. Iz anketnega vprašalnika so tudi ugotovili, da so zaposleni ocenili pomen strokovne usposobljenosti relativno nizko, zato so si v bolnišnici zadali nalogo oblikovati program bolj sistematičnega spremljanja strokovne usposobljenosti zaposlenih. Za začetek so oblikovali računalniško evidenco pasivne in aktivne udeležbe zaposlenih na strokovnih srečanjih ter na študiju ob delu.

Kako bolnišnica dodatno meri zadovoljstvo zaposlenih

V OBV kontinuirano skrbijo za zdravje in varnost zaposlenih, tako da dosledno izvajajo ukrepe iz varstva pri delu: periodične meritve škodljivih vplivov na delovnem mestu, sredstev za delo, periodične zdravstvene preglede zaposlenih, poučevanje zaposlenih s področja varstva pri delu in varstva pred požarom, zagotavljajo zaščitne delovne obleke in jih po potrebi izboljšujejo. Pri tem upoštevajo tudi predloge

zaposlenih (tako so na pobudo medicinskih sester zamenjali lesene cokle, ki so drsele, z bolj varnimi gumijastimi copati). Število zaposlenih so v letu 1999 precej zmanjšali z oddajo čiščenja bolnišničnih prostorov in parka zunanjima izvajalcema, ki sta prevzela tudi delavce bolniške strežbe in delavce v parku. Tako so zagotovili boljšo organizacijo dela in kvalitetnejše opravljanje teh dejavnosti v bolnišnici in dvignili povprečno izobrazbeno strukturo zaposlenih ter tudi zmanjšali število bolniških odsotnosti. Vzroki za prenehanje delovanja razmerja so starostna ali invalidska upokojitev, prenehanje delovnega razmerja za določen čas in prenehanje pripravništva ali pa družinski razlogi. Še vedno je veliko večje povpraševanje po zaposlitvi, kot jo bolnišnica lahko ponudi, kar je razvidno iz števila prošenj, ki prispejo po objavi delovnih mest, in prošenj zainteresiranih kandidatov, tudi ko delovno mesto ni objavljeno (v letu 2002 je prispelo 170 prošenj). Dnevno evidentirajo delovni čas s pomočjo vhodne ure. Računalniška povezava evidence delovnega časa in kadrovske evidence jim omogoča dnevno evidenco o prisotnosti zaposlenih, hitrejšo obdelavo podatkov, evidenco letnega dopusta, bolniških in drugih odsotnosti.

3.3.8. Vpliv na družbo

Delavci bolnišnice si prizadevajo, da bi bili koristni družbi in da s svojim delom ne bi škodili okolju. S Krajevno skupnost Ankaran dobro sodelujejo, so aktivni pri njenem delu in jo podpirajo v njenim razvojnih načrtih. Tako so skupaj zgradili dostopno pot do pomola. Sodelovali so pri ustanovitvi kajak-kanu kluba, ki dosega lepe uspehe. Domačini so ponosni na bolnišnico, kar prenašajo tudi na mlajše generacije. To je razvidno iz interesa otrok zgodovinskega krožka OŠ Hrvatini, ki so na temo Kako smo se zdravili nekoč, s pomočjo posameznih delavcev bolnišnice napisali projektno nalogo o bolnišnici, za katero so prejeli republiško priznanje. V letu 1999 so praznovali 90. obletnico bolnišnice, kar je bil za bolnišnico, pa tudi za Ankaran ter celotno slovensko ortopedijo največji družabni dogodek v zadnjih letih. Pokrovitelj je bil predsednik države. Med udeleženci so bili tudi direktor ZZZS, predstavniki političnega, gospodarskega in kulturnega življenja obalne regije in Slovenije, vodstvo Rdečega križa, direktorji in predstavniki bolnišnic, glavni dobavitelji, idr. Izdali so priložnostno brošuro in postavili razstavo o zgodovini bolnišnice. Skrbijo tudi za lepši videz bivalnega okolja. Stalno obnavljajo in vzdržujejo stavbe, ograje, imajo urejene sprehajalne poti. V letu 1995 so začeli planirano urejati park. V rožnem vrtu imajo edini v Sloveniji sistematično zbirko vrtnic – darilo svetovne avtoritete s področja hortikulture vrtnic, prof. Ginfranca Fineschija, ki je hkrati eden od vodilnih italijanskih ortopedov. V Svetu za živila in prehrano pri Ministrstvu za zdravje aktivno sodelujejo pri pripravi prehranske politike na nacionalni ravni. Uvedli so zbiranje krvi med operacijo in po njej, pri nekaterih bolnikih tudi avtotransfuzijo, zaradi večje varnosti za bolnike, hkrati pa pomeni tako ravnanje prispevek k varčevanju s krvjo na državnem nivoju. Odpadke ločujejo na komunalne, kemične, infektivne, pline in odpadne vode. Za odvoz in uničevanje prvih treh imajo sklenjene pogodbe s pooblaščenimi podjetji. Ukinili so sežigalnico, s čemer so zmanjšali emisijo škodljivih plinov v ozračje. V kurilnici so mazut zamenjali s kurilnim oljem. Pooblaščen ustanove redno merijo izpušne pline, ki so vedno pod dovoljeno mejo. Uporabljajo embalažo, ki ne škoduje okolju, obnovili so tudi črpališče ki pošilja odpadno vodo bolnišnice na centralno komunalno čistilno napravo.

3.3.9. Poslovni rezultati

Finančna merila uspešnosti

V OBV vodijo poslovno politiko na osnovi predpisov, ki veljajo za javne zavode. Dejavnost je opredeljena kot neprofitna, toda bolnišnica ugotavlja uspešnost poslovanja kot razliko med ustvarjenimi prihodki in odhodki. Pozitivna razlika – bruto dobiček, je njihova stalnica, tako da praviloma letno ob razporejanju dohodka del sredstev namenjajo za rezerve, del pa so razporejali kot dolgoročne rezervacije za investicijsko vzdrževanje. Spremenjena računovodska zakonodaja od leta 2000 dalje ne omogoča več oblikovanja sredstev dolgoročnih rezervacij, omogočena je le še poraba še neporabljenih rezerviranih sredstev do vključno leta 2003. Poslovni rezultat je zaradi specifične dejavnosti težko primerljiv z ostalimi bolnišnicami v državi (razen v določenih segmentih kot npr. plača na zaposlenega). Prav tako je praktično onemogočena primerjava finančnih kazalcev s podobnimi bolnišnicami v tujini, ker sta način financiranja ter računovodska ter finančna zakonodaja s slovensko neprimerljiva. Iz letnih poročil bolnišnice je razvidno, da uspešno izpolnjujejo določene poslovno finančne načrte: zagotavljajo lastno investicijsko sposobnost, vse materialne in nematerialne naložbe financirajo iz lastnih sredstev brez udeležbe kreditov ali drugih sredstev, zagotovljena je kratkoročna in v visokem deležu tudi dolgoročna plačilna sposobnost, kar pomeni, da redno izpolnjujejo svoje obveznosti do dobaviteljev. Analiza gibanja posameznih vrst stroškov kaže na enakomerno gibanje posameznih kategorij, s tem da na določeni del (npr. plače zaposlenih in drugi stroški zaposlenih) vodstvo bolnišnice nima možnosti velikega vplivanja. Največji delež stroškov odpade na stroške dela (zato je nujno racionalno obnašanje pri zaposlovanju, izkoriščanju notranjih rezerv ter omejevanje nadurnega dela) ter na stroške zdravstvenega materiala (Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 20; Poslovno poročilo OBV, 2002, str. 24-25).

Med temeljnimi cilji bolnišnice je poleg doseganja pozitivnega poslovanja ustvarjanje prihodkov na trgu. Nova zakonodaja med prihodke tržne dejavnosti priznava dohodke, pridobljene z opravljanjem zdravstvenih storitev samoplačnikom-fizičnim in pravnim osebam iz države in tujine, prihodke od prodaje prehrane zaposlenim ter zunanjim naročnikom, itd. Cilj bolnišnice je, da se delež tovrstnih prihodkov v strukturi letno povečuje vsaj za 1 odstotno točko. Pozitiven rezultat tržne dejavnosti namreč omogoča tako večja vlaganja v novo opremo kakor tudi povečana sredstva za delovno stimulacijo zaposlenih.

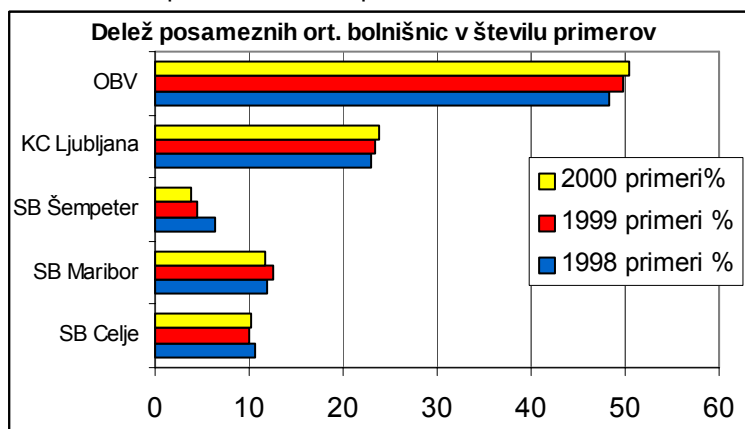
Dodatna merila uspešnosti bolnišnice

Bolnišnica vsako leto sklepa pogodbo z ZZSZ, v kateri je natančno določena vrsta in količina zdravstvenih storitev, ki jih je bolnišnica dolžna realizirati v celoti. Realizacijo storitev redno spremljajo, nekatere dnevno (npr. zasedenost postelj), nekatere tedensko (realizacija velikih operacij, dnevne bolnišnice ipd.), največ rezultatov pa spremljajo mesečno. Takoj po zaključenem mesečnem fakturiranju preverijo realizacijo zdravstvenih storitev po vrstah storitev v pogodbi z ZZSZ, tako da realizacijo primerjajo z mesečnim planom ter kumulativo. Pogodbene obveznosti do ZZSZ že leta v celoti realizirajo oziroma celo presegajo.

Glede dejavnosti, ki jih opravljajo (ni urgence), lahko planirajo neenakomerno porazdelitev storitev po posameznih mesecih oziroma trimesečnih obdobjih. Tako v času 4-tedenskega kolektivnega dopusta v poletnih mesecih praviloma ne izvajajo operacij, zaprejo oba velika bolniška paviljona, razpišejo največ eno specialistično ortopedsko ambulantno dnevno ter zmanjšajo tudi obseg preiskav na slikovni diagnostiki.

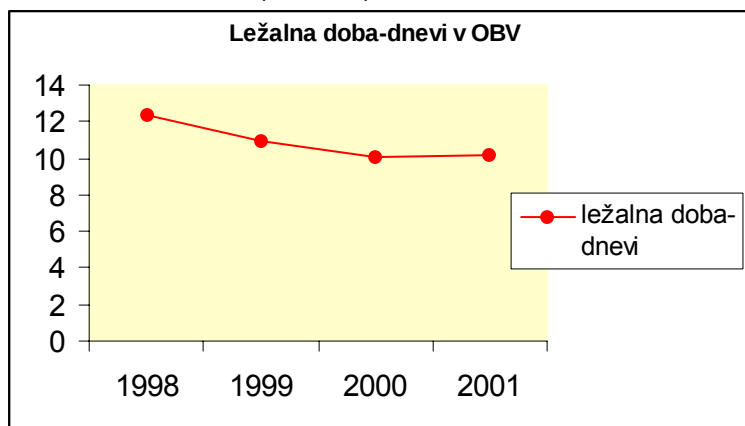
Delež OBV v številu obravnavanih premerov na ortopedskih oddelkih slovenskih bolnišnic narašča (Slika 6) ob relativno enakem deležu v številu realiziranih bolniško oskrbnih dni, kar pomeni, da ležalno dobo iz leta v leto krajšajo (Slika 7), čeprav v OBV zdravijo septične primere tudi iz drugih bolnišnic. Bolniki pa imajo v povprečju dva do tri krat daljšo ležalno dobo kot ostali ortopedski primeri (Mežek, 2002). Skrajševanje ležalne dobe oziroma povprečnega trajanja zdravljenja je eden izmed ciljev bolnišnice, saj pomembno vpliva na zadovoljstvo bolnikov in na stroške bolnišnice. Vsekakor pa je pri skrajševanju ležalne dobe osnovno vodilo, da zdravljenje zaradi tega ne sme biti okrnjeno. Ravno nasprotno: prav izboljšani načini zdravljenja omogočajo varno krajšanje trajanja zdravljenja.

Slika 6: Delež posameznih ortopedskih bolnišnic v številu obravnavanih primerov



Vir: Poslovno poročilo OBV, 2001, str. 21.

Slika 7: Ležalna doba (v dnevih) v OBV



Vir: Poslovno poročilo OBV, 2002, str. 24.

Ena od strateških usmeritev bolnišnice je povečevanje števila operativnih posegov v primerjavi s številom konzervativno zdravljenih bolnikov. Strategijo redno spremljajo, za njeno uresničevanje so predlagali zavarovalnici ustrezno prestrukturiranje storitev in zmanjšujejo število postelj. Za manjše posege na kolenu in rami ter druge manjše operacije so v letu 1996 uvedli dnevno bolnišnico. V prvem letu so zaradi nepoznavanja povpraševanja slabo planirali oziroma je realizacija močno odstopala od plana. Že leta 1999 in 2000 je zanimanje bolnikov za tovrstne posege naraslo in je tudi strokovno utemeljeno, zato so v pogodbi z ZZZS povečali obseg teh storitev.

Učinkovitost in donosnost naložb ter izkoriščenosti opreme in naprav ne spremljajo z ekonomskega vidika saj glede na dejavnost to ni smotno (saj se medicinska stroka izredno hitro razvija, še posebej pa sama diagnostika in z njo povezana medicinska oprema oziroma aparature). Učinkovitost in donosnost posameznih naložb je še posebej vprašljiva z omejenostjo prodaje. S pogodbenim partnerjem ZZZS imajo točno določene količine storitev in preiskav, ki jih morajo opraviti, preseganje pogodbenega obsega pa ni plačano. Zato je še posebej pomembno, da zdravstvene storitve prodajajo tudi na trgu in tako izkoristijo določeno aparaturu bolj smotno. Z ZZZS imajo sklenjeno pogodbo za realizacijo 1150 preiskav letno. Letno kvoto vsako leto nekoliko presežejo, gre za nujne primere, ki se dodatno uvrstijo v program. Zaradi izredno drage naprave in njene hitre zastarelosti je pomembno, da je le-ta čim bolj izkoriščena, in tako so dodatne preiskave za samoplačnike izvajali predvsem v popoldanskem času.

4. Razprava o pomenu kakovosti v slovenski zdravstveni dejavnosti in v OBV

Zdravje je naše največje bogastvo, pravijo. Žal pa je naše zdravje odvisno tudi od zdravstvenega sistema države v kateri živimo. V zadnjem času se v javnosti v skoraj vsaki večerni informativni oddaji ali dnevnem tisku pojavljajo številne kritične razprave o zdravstvu. Zdi se, da je predvsem letošnja zdravniška stavka odprla številne in nekoč nedotakljive teme, kot so strokovne napake, zdravniške plače, podkupovanje, čakalne dobe, spremembe delovnega časa, odnos do bolnika ali kakovost zdravstvenih storitev. Zdravstvo je prišlo pod drobnogled javnosti kot še nikoli doslej in kot redko katera druga javna služba. Očitno je zares prišel čas za reformo v zdravstvu.

V preteklosti so mnogi spretno izkoriščali neurejene razmere v zdravstvu in od tega lepo ali udobno živeli. Lepo zato, ker je bilo v tej nepregledni mreži odnosov težko ugotoviti, kdo je sploh za kaj odgovoren. In udobno zato, ker nihče ni ocenjeval kakovosti, učinkovitosti in gospodarnosti dela z nagrajevanjem dobrih in kaznovanjem slabih. Zato je povsem razumljivo, da se mnogi upirajo (in se še bodo) vsakršni spremembi nereda. Vendar pa je nekaj že dolgo jasno: navadni bolniki, ki iščejo medicinsko pomoč po redni poti, niso deležni najvišje kakovosti storitev, ki bi je lahko bili. Na to pogosto vplivajo osebna znanstva in naključje, na katerega zdravnika v kateri bolnišnici so bolniki naleteli. Obstajajo torej velike razlike v obravnavi, kar ni pravično. Poleg tega je neučinkovitost javnega zdravstva pričela vedno več bolnikov preusmerjati k zasebnikom. Bogatejši so si s plačilom lahko privoščili boljše, hitrejšo in prijaznejšo oskrbo, zdravniki pa so delali v bolj urejenem in produktivnem okolju, če so zapustili javno zdravstvo. Vse to je vodilo v še bolj nepravičen sistem, kot ga recimo poznajo v sosednji Italiji. Iz spremljanja njihovih poročil in dogodkov na

področju zdravstva vidim, da je njihov bolnik skoraj moteč dejavnik, ki zdravnikom krade čas. Vseeno se mi zdi, da se je Slovenija odločila za drugačno pot, ki v ospredje postavlja spoštovanje solidarnosti, pravičnosti in socialnih vrednot po vzoru skandinavskih držav.

Kot majhna država brez močne industrije ali naravnih bogastev, bomo vedno bolj odvisni od izvoza lastnega znanja in storitev, podobno kot velja za Švico ali Luksemburg. Kakovost bo naša najmočnejša prednost v tekmi z večjimi, bogatejšimi in razvitejšimi državami. Tudi v zdravstvu. Vprašanje pa je, kako visoko mesto med našimi družbenimi vrednotami zavzema zdravje in kaj smo zanj pripravljeni žrtvovati. Če ocenjujem Slovence po pojavnosti alkoholizma, samomorih, številu prometnih nesreč, pridem do sklepa, da radi živimo tvegano in nepremišljeno, zanemarjamo preventivo bolezni in povrh kaže še nekaj resnih samouničevalskih teženj. Ali si sploh želimo boljšega zdravstva? Trenutno obstaja nizka splošna podpora in pripravljenost za zdravstveno reformo. Bolniki bi radi boljše zdravstvo, vendar nismo pripravljeni sami vložiti več. Zdravniki so nezadovoljni z obstoječim stanjem, vendar se vodstvo njihovih organizacij najbolj upira spremembam. Osrednja ovira za uspešnost reforme je v zastareli miselnosti in zaviranju napredka s strani tistih, ki bi morali predstavljati gonilno silo razvoja medicine. To so vodstva zdravniških organizacij, ki so bila do sedaj bolj usmerjena vase in uveljavljanje lastnega družbenega ugleda kot v korist in potrebe bolnikov. Za ugled zdravniškega poklica si ne bi bilo treba delati sivih las, ta se bo z boljšo učinkovitostjo, kakovostjo in prijaznostjo dela pojavil sam od sebe.

Ocenjevanje in primerjava kakovosti predstavljata glavni pogoj za napredek v znanosti. Kakovost v zdravstvu ne sme biti sama sebi namen, predvsem ne sme predstavljati tisto, kar je priznано s certifikati ali urejeno s standardi in protokoli, ampak to, kar kot dobro občuti na eni strani zdravstveni delavec (zdravnik, sestra), na drugi strani pa uporabnik storitev (bolnik, plačnik). Če bi na osnovi kakovosti nagrajevali dobre zdravnike in bolnišnice, bi interesi bolnikov s tem prišli sami od sebe v središče pozornosti. Hkrati bi z ugotavljanjem slabosti, bolnišnicam dali možnost in spodbudo, da napake odpravijo, še preden te povzročijo večjo škodo na bolnikih. Nujna je torej reforma zdravstva, v katerem bodo dobri zdravniki in dobre bolnišnice s svojo kakovostjo, učinkovitostjo in prijaznostjo predstavljali gonilno silo napredka medicine ter bodo lahko bolniki svobodno in z enakimi pravicami izbirali med različnimi ponudniki zdravstvenih storitev.

V OBV se zavedajo možnosti, ki jih imajo. Kot relativno majhna bolnišnica, v kateri opravljajo specifične in samo določene zdravstvene storitve, je veliko lažje uvajati kakršnekoli spremembe in prilagoditi se izzivom okolja. Že sedaj se dobro prilagajajo na začetke privatizacije v zdravstvu (čiščenje prostorov oddajajo zasebnemu servisu, prijavljajo se na državne razpise za izvajanje operacij, ki niso nujne in tako pridobivajo dodatna sredstva, ipd.). Zavedajo se, da lahko z nudenjem dodatnih storitev (postoperativna rehabilitacija, nadstandardne sobe, ipd.), privabijo nekatere paciente, ki si želijo odličnosti. Zavedajo pa se tudi, da je predvsem kakovost tista 'vrlina', ki jih bo privedla do razlikovanja od drugih. V nekaterih evropskih državah (Nizozemska, Anglija, Švica), pa tudi v ZDA, vsake tri mesece objavijo listo najboljših, oziroma najbolj cenjenih bolnišnic na podlagi različnih kriterijev (zadovoljstvo pacientov, število objavljenih strokovnih člankov, nove metode pri posegih, idr.) (Hindle, 2003, str. 5). Prav tako objavijo listo zdravnikov, ki delajo v

posameznih ustanovah, ki tako prinesejo 'svoji' bolnišnici sloves. Veliko pacientov se, če že imajo možnost izbire, odloča prav na podlagi teh kriterijev.

Bolnišnica Valdoltra je, s tem ko se je odločila oceniti svoje delovanje s pomočjo EFQM modela, šele na začetku poti do odličnosti. Med analiziranjem poslovanja organizacije, so me namreč najbolj zmotili rezultati ankete o zadovoljstvu zaposlenih. Odnose s sodelavci so zaposleni sicer ocenili visoko, ravno tako pripadnost bolnišnici. Izkazalo pa se je, da niso čisto zadovoljni s funkcijo vodenja. Najbolj so izpostavili občutek, da je njihovo delo v bolnišnici premalo opazno in cenjeno ter premalo vezano na dosežene rezultate ter da od vodij pričakujejo mnogo bolj jasno izražanje pričakovanj, jasno porazdelitev odgovornosti in skrb za stalen strokovni razvoj sodelavcev. Pričakujejo, da bo njihova delovna uspešnost ocenjena, da bodo pohvaljeni in pravično nagrajeni za dobro delo ter napredovanje na podlagi izkazanih sposobnosti. Vse to pa me je zmotilo ker menim, da je ravno vodstvo tisto, ki mora odražati predanost kakovosti, ki mora poučiti celotno osebje o uporabi metod kakovosti in prednostih, ki jih bodo te prinesle. Skratka, vodilni so tisti, ki morajo začeti z uvajanjem kulture kakovosti med zaposlene. Če bodo zaposleni nezaupljivi do svojih vodilnih, bodo zavračali vsakršne spremembe in izboljševanje kakovosti z kakršnimi koli modeli ne bo uspešno, saj je za uspeh najbolj potrebno sodelovanje ravno tistih zaposlenih, ki so v neposrednem stiku s pacienti in vplivajo na njihovo zaznavanje kakovosti. Visoko kakovostna dejavnost ni tista, ki zadovolji potrebe uporabnikov in zahteve nadrejenih na račun blaginje zaposlenih. Če zaposleni čutijo, da so preobremenjeni in izkoriščani ter da niso dovolj nagrajeni za svoje delo, bo vsakršen trud s strani vodstva zaman.

Sklep

Naš zdravstveni sistem je bil do nedavnega razmeroma stabilen, v zadnjem desetletju smo uspeli doseči povečanje kakovosti in racionalizirati delo, v kar nas je sililo dejstvo, da smo imeli iz leta v leto manj sredstev na razpolago. Stroški v zdravstvu so namreč zaradi vedno večjega povpraševanja po zdravstvenih storitvah začeli skokovito naraščati. Vzrok temu je v naraščanju števila starejših bolnikov, ki potrebujejo več zdravstvene oskrbe kot mlajši, v razvoju znanosti, ki prinaša vedno boljše in dražje diagnostične postopke in zdravila ter v vedno bolj informiranih uporabnikih, ki bolje kot v preteklosti poznamo svoje pravice in možnosti. Vse to je privedlo do potrebe po reformi zdravstvenega sistema. Reforma nam obljublja ogromno prednosti: večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, večjo pravičnost pri zbiranju sredstev in poštenost njihovem razporejanju med izvajalce po potrebah državljanov, izboljšano učinkovitost in gospodarnost pri ravnanju s sredstvi. Obljublja nam skrajšanje čakalnih dob, večjo konkurenco med izvajalci in zato tudi bolj kakovostne storitve.

Opredelitev in razumevanje koncepta kakovosti v zdravstvu je ključnega pomena, če želimo trajno izboljšati kakovost zdravstvene dejavnosti. Zavedati se moramo tega, da kakovost različno dojemajo uporabniki storitev, izvajalci storitev ali pa vodstvo neke zdravstvene organizacije. Različnost stališč zato otežuje odločanje o najustreznejši opredelitvi kakovosti na tem področju. Iz literature iz tega področja sem zaključila, da je najbolj sprejemljiva tista opredelitev kakovosti, ki upošteva vse tri interesne skupine in poudarja zadovoljstvo uporabnikov.

Vprašanje kakovosti v zdravstvu je začelo izstopati vse bolj v ospredje v začetku 90 let. Mnoge države (kot tudi naša), so bile prisiljene začeti iskati načine za izboljšanje svojih storitev in začeti bolj učinkovito izkoriščati obstoječi denar. Da te 'omejitve' ne bi ogrozile kakovosti storitev, so se začeli v zdravstvenih ustanovah uveljavljati ustrezni nabori standardov kakovosti, ki so jih morale te izpolnjevati za certificiranje in izpolnjevanje pogojev za poslovanje v javni mreži. Zdravstvene ustanove so se začele vključevati v projekte, ki so jih organizirale razne vladne ustanove (Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanje zdravja, Zdravniška zbornica) in tako želele doseči izboljšanje kakovosti storitev.

Eden izmed takih standardov kakovosti je tudi t.i. Model odličnosti EFQM, ki so ga letos prilagodili tudi za organizacije v javnem sektorju. Model predstavlja orodje, ki organizacijam pomaga oceniti, kako daleč so na poti do odličnosti, tako da ugotovijo kakšne so njihove prednosti in slabosti, kje so vrzeli in kakšne so možne rešitve. Osnovo modela predstavljajo merila, ki so podlaga za ocenjevanje trenutnega stanja. Bolnišnica, ki se je tudi odločila, da bo poskušala izboljšati kakovost svojih storitev na podlagi omenjenega modela, je Ortopedska bolnišnica Valdoltra. Ocenila sem delovanje bolnišnice na podlagi meril modela in prišla do ugotovitev, da je OBV tista slovenska bolnišnica, ki je sicer šele na poti do odličnosti, vendar sem prepričana, da jim bo z nenehnim prizadevanjem vseh zaposlenih za izboljševanje kakovosti, z natančno določenimi cilji in aktivnostmi za doseganje teh, vendarle uspelo.

Literatura

1. Arcelay Andoni et al.: Self-assessment of the health centers of a public health service through the european model of total quality management. International journal of health care quality assurance, 12 (1999), str. 54-59.
2. Bitner J. Mary, Zeithaml A. Valerie: Service Marketing. McGraw Hill, 1996. 354 str.
3. Bopp D. Kenneth: How Patient Evaluate the Quality of Ambulatory medical encounters: A Marketing Prospective. Journal of Health Care Marketing, Chicago, 1990, str. 6-15.
4. Brady Michael, Cronin Joseph: Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. Journal of Marketing, 65 (2001), str. 34-39.
5. Česen Marjan: Reforma zdravstva. Sobotna priloga, Ljubljana, 7. junij 2003, str. 14-17.
6. Dickens Paul: Quality and excellence in human service. Chichester: John Wiley & Sons, 1994. 205 str.
7. Garvin A. David: What does »Product quality« really mean? Sloan Management Review, Cambridge (Massachusetts), 11 (1988), str. 39-48.
8. Harvey L., Green D.: Criteria of quality. Buckingham, University of central England, 1993. 183 str.
9. Hindle Don, Nisem socialist, sem le za učinkovito zdravstvo. Sobotna priloga, Ljubljana, 31.maj 2003, str. 4-6.
10. Joss R., Kogan M., Henkel M.: Total quality management in the national health service. London, Brunel University: 1994, str. 38-65.
11. Keber Dušan, Solidarnost da, enakost ne. Ljubljana, Sobotna priloga, 12.julij 2003, str. 4-6.
12. Keber Dušan, Sestop s trona zdravniške nedotakljivosti. Sobotna priloga, Ljubljana, 17.november 2002.
13. Kotler Philip: Marketing Management. 5.izdaja. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1985. 756 str.
14. Kotler Philip, Clarke N. Roberta: Marketing for Health Care Organizations. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall, 1987. 545 str.

15. Lovelock Christopher, Wright Lauren: Principles of service marketing and management, Lovelock Associates, 1999. 342 str.
16. O'Connor J. Stephen, Powers L. Thomas, Bowers R. Michael: Research in brief: Improving service quality in the health care setting. Journal of health care marketing, Chicago, 8 (1988), str. 63-66.
17. Overtveit John: Health Service Quality. Cambridge, University Press: 1992. 254 str.
18. Pajntar Marjan: Projekt kakovost v zdravstvu. Zdravniška zbornica Slovenije. (URL:<http://www.zzs-mcs.si/kakovost>), 21.09.20002.
19. Ritonja Slavica: Trajno izboljševanje kakovosti- temeljni princip celovitega izboljševanja kakovosti v zdravstvu. Organizacija, Ljubljana, 31 (1998), 4, str. 214-218.
20. Snoj Boris: Storitve v menjalnih procesih in model primerjalne analize njihove kakovosti na primeru zdravilišč v Republiki Sloveniji. Doktorska disertacija. Maribor: Ekonomsko poslovna fakulteta, 1992. 445 str.
21. Zeithaml A. Valerie: How consumer evaluation process differ between godda and services. V: Lovelock H. Christopher: Service marketing. Englewoods Cliffs (NJ): Pretence Hall, 1981, str. 39-47.
22. Zeithaml A. Valerie: Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence. Journal of marketing, Chicago, 52 (1988), str. 2-22.
23. Zeithaml A. Valerie, Parasuraman A., Berry L. Leonard: Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. New York : The Free Press, 1990. 226 str.
24. Zupančič Milena: Več solidarnosti in učinkovitejši sistem. Delo, Ljubljana, 17.julij 2003, str. 1.

Viri

1. Albreht Tit (koordinator projekta »Future Patient« za Slovenijo), Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana, pogovor dne 8.maj 2002.
2. Babič Branka (nekdanja višja medicinska sestra v bolnišnici Valdoltra), Ankaran, pogovor dne 10. oktober 2002.
3. Dernič Jani (Predstojnik oddelka za interno medicino, SB Izola), Izola, pogovor dne 21.maj 2002.
4. European Foundation for Quality Management. (URL: <http://www.efqm.org>), 11.10.2002
5. Interno gradivo Ministrstva za zdravje: Zdravstvena reforma, 2003. 328 str.
6. Interno gradivo Urada za Meroslovje: Model odličnosti EFQM –javni in prostovoljni sektor, 2003. 78 str.
7. Interno gradivo Zdravniške zbornice Slovenije: Projekt kakovosti v zdravstvu, 2002. 37 str.
8. Leon Loredana (Urad za meroslovje), Ljubljana, pogovor dne 30.maj 2003.
9. Marušič Dorjan (Sekretar na ministrstvu za zdravje), Ljubljana, pogovor dne 05.februar 2002.
10. Mežek Ciril (pomočnik direktorja v bolnišnici Valdoltra), Ankaran, pogovor dne 24.oktober 2002 in 8.november 2002.
11. Poslovno poročilo Ortopedske Bolnišnice Valdoltra, Ankaran, 2002. 41 str.
12. Poslovno poročilo Ortopedske Bolnišnice Valdoltra, Ankaran, 2001. 46 str.
13. Projekt "FuturePatient": Poročilo o ciljnih skupinah, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana, 2001. 36 str.
14. Statut Ortopedske Bolnišnice Valdoltra, Ankaran, 1994.
15. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o priznanju Republike Slovenije za poslovno odličnost (Uradni list RS, št. 55/2003).
16. Zdravstvena reforma, Ministrstvo za zdravje. (URL: <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>), 10.05.2003.

PRILOGE

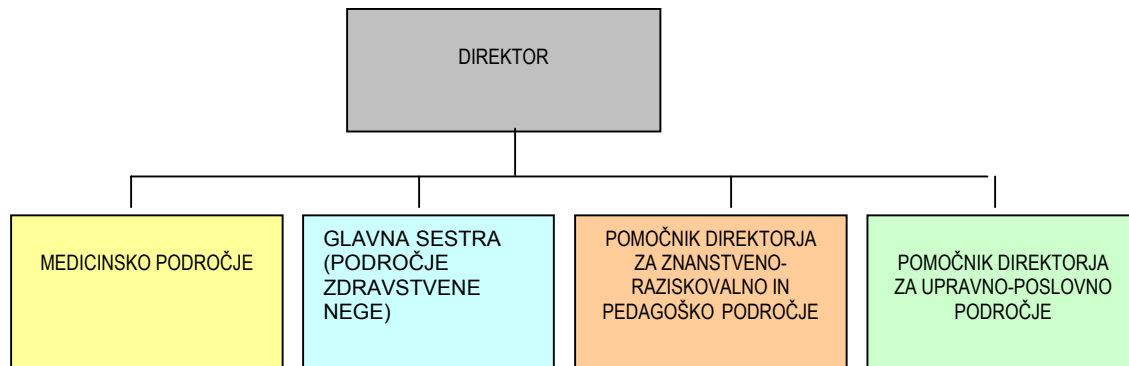
Priloga 1

Japonska je že v petdesetih letih razvila svoj sistemski pristop obvladovanja kakovosti (Total Quality Management), katerega razvoj in posledica sta bila zaznamovana v letu 1951 s podelitvijo prve nagrade za kakovost, t. i. Demingove nagrade (po Američanu dr. W. Edwards Demingu), najboljšim podjetjem po vrsti pomembnih kazalcev oz. meril. V ZDA so v začetku šestdesetih let v avtomobilski in oboroževalni industriji intenzivno začeli pripravljati zahteve za ustrezen sistem zagotavljanja kakovosti na podlagi posebnih vprašalnikov in tako prišli tudi do prvih oblik standardov. V osemdesetih letih so ZDA dopolnile japonski model TQM in ga prilagodile ameriškim razmeram ter v letu 1988 podelile tudi prvo nagrado za kakovost, t. i. [Malcolm Baldrige National Quality Award](#) (MBNQA). V zahodni Evropi so v tem času začeli s prvimi izdajami standardov serije ISO 9000 in hitrim vzponom števila certificiranih sistemov kakovosti. Kljub temu pa se je na podlagi raziskav in primerjav produktivnosti v avtomobilski industriji izkazalo, da so evropski proizvajalci avtomobilov daleč za Japonsko in ZDA. To je v letu 1990 spodbudilo štirinajst vodilnih evropskih podjetij, da so ustanovili Evropski sklad za upravljanje kakovosti – European Foundation for Quality Management (v nadaljevanju: EFQM) z nalogo razviti pristop oz. model, katerega uporaba bo dvignila konkurenčnost tudi v Evropi. EFQM je ob podpori Evropske organizacije za kakovost (EOQ) in Evropske komisije (EU-DG III) razvil model za poslovno odličnost, ki je še danes podlaga evropski nagradi za kakovost (European Quality Award) in je združil izkušnje MBNQA in Demingove nagrade. V letu 1992 je bila že podeljena prva nagrada. Z razvojem modela je bil storjen korak naprej od filozofije zagotavljanja kakovosti, saj model vsebuje elemente, ki zajemajo celoten poslovni sistem in tako predstavljajo sistemsko nadgradnjo. Danes je po Evropi ustanovljenih že veliko nacionalnih nagrad, katerim je v največji meri podlaga evropski model poslovne odličnosti.

Tudi v Sloveniji smo se po osamosvojitvi začeli soočati z zahtevami novih trgov, ki so morali čez noč zamenjati jugoslovanskega. Tako je postalo jasno, kaj pomeni kakovost za našo konkurenčnost, produktivnost in življenjski standard. Izhajajoč iz te jasno prepoznane potrebe in vse bolj jasno oblikovane nacionalne zavesti o kakovosti je Vlada RS predlagala Državnemu zboru Zakon o priznanju Republike Slovenije za poslovno odličnost. Po dveh pilotnih letih (1996 in 1997) je leta 1998 tudi naša država dobila nacionalno priznanje kot najvišje priznanje za dosežke na področju odličnosti poslovanja oziroma delovanja, ki je v osnovi (model poslovne odličnosti) enak evropski nagradi za kakovost.

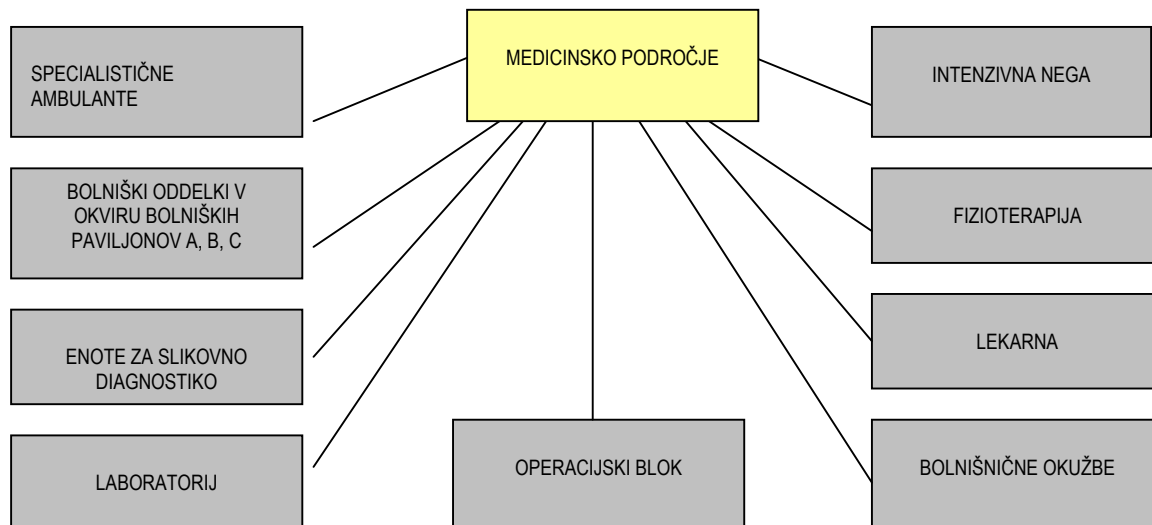
Priloga 2

Slika 1: Prikaz organiziranosti OBV



Vir: Statut OBV, 1994, str. 5; Mežek, 2002.

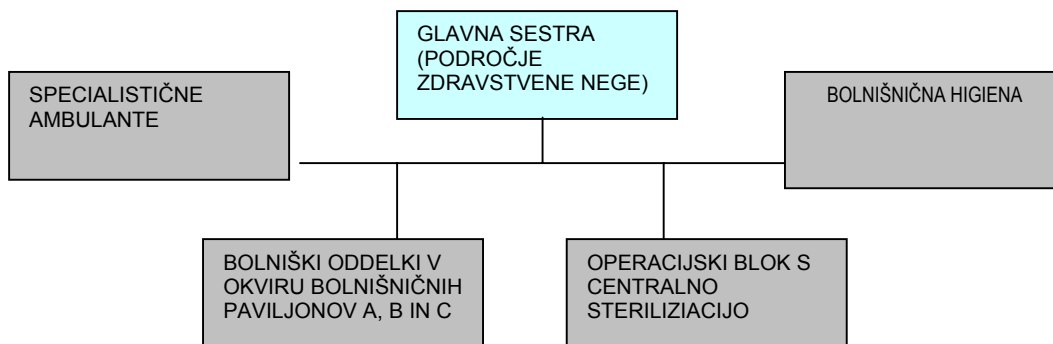
Slika 2: Podrobnejši prikaz organiziranosti medicinskega področja



Vir: Statut OBV, 1994, str. 6; Mežek, 2002.

Medicinsko področje je predvsem glede na vsebino dela razdeljeno na 9 področij. Paviljoni temeljijo na starem načinu gradnje bolnišnice. Gre za tri ločene stavbe (A, B in C), ki so razdeljene na več ortopedskih oddelkov. Vsak paviljon ima svojega predstojnika. To so delavci s posebnimi pooblastili in odgovornostmi in so po funkciji člani bolnišničnega strokovno-medicinskega sveta in sveta za ekonomsko-upravno področje. Paviljona A in B imata po tri oddelke, paviljon C pa dva. V paviljon A sodi še oddelek intenzivne nege-septike.

Slika 3: Podrobnejši prikaz organiziranosti področja zdravstvene nege

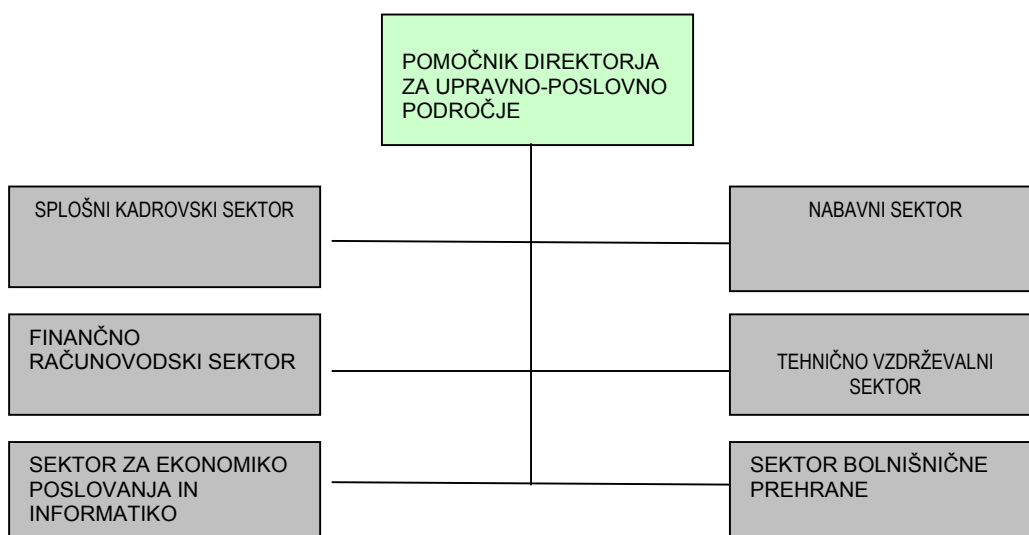


Vir: Statut OBV, 1994, str. 7; Babič, 2002.

Organiziranost zdravstvene nege je od leta 2000 avtonomna s funkcionalno povezavo z medicinskim področjem. Avtonomni položaj krepi pozicijo zdravstvene nege kot posebne stroke in omogoča njen razvoj, planiranje in racionalnejše organiziranje. Daje podlago za pripravo ter uvajanje strokovnih standardov ter spremljanje in vrednotenje rezultatov.

Znanstveno-raziskovalno in pedagoško področje do leta 2000 ni bilo posebna organizacijska enota, na čelu katere bi bil poseben vodja. Leta 2001 so zaposlili pomočnico direktorja za to področje. Cilj bolnišnice je razvijanje raziskovalnih projektov, objavljanje strokovnih člankov in podiplomski študij za doktorate ter sodelovanje z drugimi raziskovalnimi institucijami. Temelji na programih in se izvaja v ostalih organizacijskih enotah in v sodelovanju z zunanjimi znanstveno raziskovalnimi ustanovami.

Slika 4: Podrobnejša organiziranost upravnih poslovnih funkcij



Vir: Statut OBV, 1994, str. 7.