

ZORAN VAUPOT,
STROKOVNJAK ZA MANAGEMENT



Naš zdravstveni sistem se ukvarja s samim seboj namesto s pacientom

Študija Fakultete za poslovne vede je slovenski zdravstveni sistem primerjala z zdravstvenimi sistemi nekaterih drugih evropskih držav. Zdravstveni sistemi so kompleksni sistemi, zato imajo z njihovo reformo težave tudi drugod. V Sloveniji za izvedbo reforme manjka kombinacija znanja in volje. Slovenska kultura je kultura odporov do sprememb. Raziskava je odkrila tri ključne probleme, ponuja pa tudi rešitve.

BLAŽ ČERMELJ KLEMEN LAJEVEC



Dr. Zoran Vaupot (1965) je predavatelj na Fakulteti za poslovne vede, ki deluje v okviru Katoliškega inštituta. Svojo kariero je začel v povsem drugačnem poslovnem okolju, leta 1991 je namreč postal vodja predstavništva Slovenskega podjetja v Parizu. Po vrnitvi v Slovenijo leta 1997 je deloval kot poslovni in managerski svetovalec. Leta 2016 pa je postal predavatelj in za pet let tudi dekan Fakultete za poslovne vede.

Sodeč po anketah smo Slovenci z delovanjem našega zdravstvenega sistema izrazilo nezadovoljni. Da je nekaj močno narobe, vidimo tudi po tem, da je denarja v sistemu po zaslugi visoke zaposlenosti vse več, čakalne dobe pa so se še podaljševale. Vse to kaže ne toliko na finančne, ampak predvsem na organizacijske težave?

Moramo se zavedati dveh zadev. Najprej, da je bilo obdobje covida, objektivno gledano, izjemno velik izziv za naš zdravstveni sistem, naše gospodarstvo in odločevalce, ki so s tem povezani. Ta kriza je pokazala tudi neke globine težav tega sistema, hkrati pa je dodala še uvide v način delovanja sistema. Zdi se mi, da je veliko ljudi, ki prej niso bili prepričani, prišlo do spoznanja, da ta sistem res potrebuje resno transformacijo.

Pravimo, da je zaposlenost visoka. To je res, v Sloveniji imamo sedaj najvišjo zaposlenost v zgodovini, kar posledično pomeni tudi toliko več prihodkov iz zaposlenosti za državno blagajno in posledično tudi za zdravstveni sistem. Ne smemo pa izpred oči izpustiti enega dejstva, ki se mu reče demografska struktura. Slovenija bo že leta 2030 ena od najstarejših držav na svetu. To pa pomeni dve zadevi: zdravstvene storitve se bodo morale prilagoditi spremenjenim potrebam prebivalcev. Populacija je starejša, kar pomeni, da imajo tudi storitve drugačno strukturo.

Po drugi strani bo tudi pritisk na financiranje zdravstva zrastel, ker bo zdravstvo začelo uvajati nove zdravstveno-terapevtske storitve, ki bodo drage. V Sloveniji namenjamo približno 8,5 % BDP za potrebe zdravstvenega sistema, po zgledu Nemčije in Avstrije pa bi radi tudi mi ta delež imeli nekje od 10 do 11 %. Bojim pa se, da prihajamo do položaja, ko to enostavno ne bo mogoče. To bi pomenilo dvig zdravstvenih izdatkov za od dvajset do trideset odstotkov. To bo predstavljalo tudi velik pritisk na osebne dohodke, od katerih se plačujejo prispevki zaposlenih. To pomeni, da bo treba nujno urediti vire financiranja. Posledično pa tudi organizacijske izzive. Tudi teh namreč ne moreš rešiti brez denarja, tako ali drugače se vedno začne in konča pri denarju.

Zakaj v Sloveniji pravzaprav še vztrajamo pri sistemu, ki ga nismo resno spreminjali že vsaj trideset let? Ali razen tega, da želimo skrajšati čakalne dobe, sploh vemo, kaj želimo?

Če želimo doseči neke cilje, morajo biti cilji najprej jasni. Recimo, da jih imamo. Ampak tudi za tovrstne cilje, ki jih imamo, nam zmanjka znanja in volje, ker je oboje potrebno. Ti lahko nekaj znaš, ampak nimaš volje izpeljati, po drugi strani pa lahko imaš voljo, pa morda ne znaš. Se pravi, obojega ni, te kombinacije ni. In ni je, ko se moramo odločiti, po kateri poti naj gremo do izpolnitve ciljev. Se pravi, eno je cilj, drugo pa je pot za uresničitev tega cilja.

Naša analiza, torej raziskava, ki smo jo delali na fakulteti, je pokazala, da to ni specifično Slovenije. Tudi v drugih evropskih državah, ki smo jih mi primerjali s Slovenijo, se spopadajo s takšnimi težavami, ker gre za kompleksni sistem. Zdravstveni sistemi so kompleksni sistemi. In ta izziv ni lahek, to je dejstvo. Res je tudi, da je nekje nujno začeti in seveda obstajajo ukrepi, ki lahko olajšajo omenjene težave.

Zlasti po tej epidemiji, ki, upajmo, počasi izzveneva, dobiva nov zagon digitalizacija. Od držav, ki smo jih analizirali, zlasti v Estoniji. Vse bolj so prisotna tudi številna interdisciplinarna znanja, ki jih potrebuje zdravstveni sistem in se ne dotikajo zgolj ožjih zdravstvenih kompetenc.

Jaz recimo ne razumem, zakaj zavarovalnice, ki so del zdravstvenega sistema, niso del sprememb. Te imajo izjemno veliko matematičnih, finančnih, aktuarskih znanj, tam so zelo močne podporne službe, to je tudi njihov »core business«, bi lahko rekli. Seveda razumem, da zastopajo svoje zavarovalniške interese, ampak imajo tudi specifično znanje, ki bi ga zdravstveni sistem potreboval bolj, kot ga ima morda na voljo.

Ne gre torej samo za medicinska znanja, ampak za širši kompleks znanj. Če parafraziram, stari rek pravi, da je politika preveč resna zadeva, da bi se z njo ukvarjali samo politiki. Morda pa enako velja za zdravstveni sistem, da je preveč kompleksni sistem, da bi se z njim ukvarjali samo oz. predvsem zdravniki.

“

Slovenija bo že leta 2030 ena od najstarejših držav na svetu. To pa pomeni dve zadevi: zdravstvene storitve se bodo morale prilagoditi spremenjenim potrebam prebivalcev. Populacija je starejša, kar pomeni, da imajo tudi storitve drugačno strukturo.

Lahko na kar se da kratek in enostaven način razložite tri največje probleme/pomanjkljivosti, ki jih ima sedanji zdravstveni sistem v Sloveniji, iz katerih izvirajo njegove ključne težave?

Ko smo delali raziskavo, smo na koncu prišli do treh problemov, od katerih je ključen ta, da po naši oceni – in moram reči, da se zelo strinjam s tem – pacient ni v ospredju sistema. In ker temu ni tako, se sistem preveč ukvarja sam s seboj. S svojim delovanjem. In pacient pride nekje noter, ni pa na prvem mestu. To je prva težava.

Drugič, pravice pacientov, temu se reče košarica storitev, ki naj bi jo ta javno financiran sistem zagotavljal, niso jasno opredeljene. O tem se sicer že kar nekaj let govori, ampak še vedno niso jasno opredeljene, pa vemo, da bi jih morali nekako opredeliti.

In tretjič, tudi kot posledica navedenega obstaja kronično pomanjkanje finančnih sredstev. To se stalno ponavlja, in potem mi tega ne rešujemo sistemsko, ampak vedno z nekimi interventnimi ukrepi. Na ta način se zagotovijo neka sredstva, na primer za skrajševanje čakalnih vrst. Toda ti interventni ukrepi se vedno znova izkazujejo za trajno neučinkovite. Na kratek rok morda še dajejo kak rezultat, ampak na daljši rok seveda ničesar nisi rešil z gašenjem malega požara.

En tak zanimiv primer težav, ki iz vsega tega izhajajo, je primer bolniških odsotnosti ali pa absenzizma. Po podatkih iz leta 2020 je Zavod za zdravstveno zavarovanje izplačal več kot 400 milijonov evrov za nadomestila plač za čas zadržanosti, ko so ljudje bolni ali poškodovani. Če vi tej vsoti prištejete tudi nadomestila delodajalcev in strošek, ki ga ljudje nosijo, ker dobijo povrnjen samo del plače, kajti ko si na bolniški, seveda ne dobiš povrnjene celotne plače, dobimo dvakratnik te vsote. To je 800 milijonov evrov. Ker smo soočeni z dolgimi čakalnimi dobami in se diagnoze postavljajo kasneje, kronične bolezni pa se odkrijejo pozneje, se zdravljenje zamakne in je posledično lahko manj uspešno ali pa traja dlje.

Če k temu dodamo še veliko breme bolezni, kot so izgorelost ali pa rak in prištejemo posreden strošek ljudi, ki kljub bolezni vseeno hodijo na delo, a tega ne morejo opravljati 100-odstotno kakovostno, si pa vseeno želijo dobiti 100-odstotno plačo, potem večine teh posrednih stroškov ne nosi javna zdravstvena blagajna, ampak ljudje sami. Se pravi da se to preljuje izven zdravstvenega sistema. Izračuni kažejo, da je izjemno veliko neskladje med rastjo stroškov dela in produktivnostjo. In to je za Slovenijo že splošen gospodarski izziv, ki pa zelo zelo presega področje zdravstva.

Skratka, začnemo pri zdravstvu, potem pa hitro pridemo na težave širšega gospodarstva.

Koliko nas takšen neučinkoviti sistem na leto dejansko stane?

Tu ne govorimo več o desetinah, ampak o več stotinah milijonov evrov.

Sodobno zdravstvo se vse bolj pomika proti preventivi. Skrbi za zdrav

življenjski slog, da do bolezni ne pride ali pa da so bolezni krajše, manjše jakosti in da se pojavijo v kasnejšem starostnem obdobju posameznika. Ampak mi še nismo tu, še vedno je naš sistem izrazito usmerjen v kurativo. To velja za Evropo nasploh. Tu zanesljivo so rezerve.

V primerjalni študiji ste raziskovali zdravstvene sisteme primerljivih držav. Katere elemente le-teh bi lahko uporabili v Sloveniji za učinkovito rešitev zgoraj navedenih pomanjkljivosti?

Sedaj bom skušal biti čisto konkreten, ker je bila ta študija kar obsežna. Sedaj ni bistveno, kako smo do teh rezultatov prišli, govoril bom predvsem o rezultatih.

Morali bi se pogovarjati o naslednjih ukrepih. Eno je, čisto konkretno, davčna olajšava za kolektivno zdravstveno zavarovanje. Poleg tega bi morali posameznikom olajšati dostop do prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Ta trg je pri nas še izredno nerazvit, zato je tu možnost izredno velikega razvoja. Sploh če primerjamo s tujino. Spomnim se svojega življenja v Franciji, na začetku devetdesetih let in je tam to bilo že zelo zelo razvito. Pa je od tega že več kot trideset let. Torej naš zaostanek npr. za Francijo je na tem področju več kot trideset let.

Javno zdravstveno infrastrukturo bi lahko zelo zelo lepo skušali obnoviti z javno-zasebnimi partnerstvi. To že zelo dobro poznamo v energetiki, v zdravstvu pa tega praktično ni. Pa ni nobenih ovir, da se to ne bi zgodilo.

V javno mrežo bi morali vključiti vse, tudi zasebne izvajalce. Razširiti javno mrežo. Po zgledu gospodarskih družb bi vodenje javnih zdravstvenih domov, pa tudi bolnišnic, morali suvereno voditi za to usposobljeni zdravstveni managerji. Strinjam se, da strokovni del pripada ljudem z medicinskimi znanji, ampak menedžerski del pa le pripada ljudem s področja organizacije in managementa.

Potem bi lahko tudi poenotili informacijski sistem. To bi potem pomenilo čiščenje oziroma skrajšanje določenih informacijskih procesov. Posledično bi zdravstveni kader razbremenili administrativnega dela. Če se boste po-

govarjali z zdravniki, ki delajo v ambulantah, boste ugotovili, da se morajo več časa ukvarjati z administracijo, kot imajo časa za pogovor s pacienti. Če bi realizirali samo te ukrepe, bi veliko naredili za ljudi, za paciente, ki bi videli, da vstopajo v sistem, ki je bolj organiziran.

Ampak prvi pogoj je sprememba miselnosti, da se na prvo mesto postavi pacienta. Ob vsem, kar se dela, moramo imeti to vedno pred seboj.

To ne pomeni, da drugi deli sistema, na primer zdravstveno osebje, niso pomembni. Ne govorim o tem. Jim pa sporoča, da je njihovo delo najprej namenjeno zdravljenju pacientov. In da zaradi zagotavljanja njihovega zdravstvenega varstva sploh imajo zaposlitev. Ko delaš na trgu v podjetju se tega vsak dan, vsako uro zaveš. Ta mentaliteta, da bi morala ta organizacijska kultura priti tudi v zdravstveni sistem, pa ne samo v zdravstveni sistem, nasploh v vse pod sisteme javne uprave, to je pa že druga zgodba.

Obljube o temeljiti reformi našega zdravstvenega sistema poslušamo že vsaj eno desetletje. Pišemo resolucije, dajemo predloge. Kje se nam pravzaprav zatakne?

Slovenska kultura je kultura odporov do sprememb. Če gledate glavne modele medkulturnih primerjav na svetovnem nivoju, slovenska kultura vedno nakazuje pomembno nagnjenost k odporu do sprememb. Spremembe uvajamo šele takrat, ko res ne gre več po starem in smo v to prisiljeni. Ko se zabijemo v zid, ki je načeloma močnejši od nas pa od naše glave in nam povzroči bolečine, takrat se odločimo za spremembo.

Če to preslikam na zdravstveni sistem, je z mojega vidika le en logičen zaključek: v očeh deležnikov ali pa ključnih odločevalcev ta sistem očitno še ni dovolj slab, da bi ga bistveno spremenili. Očitno obstajajo in zadovoljujejo male korekture, da smo potem še relativno zadovoljni.

Po drugi strani je pa res, da ko imaš en tak sistem, je vedno hvaležna tematika za postavljanje obljub o spremembah med predvolilnimi boji. Predvsem na strani vsakokratne opozicije, ki se bori za prevzem oblasti: ta seveda zelo

“

Sodobno zdravstvo se vse bolj pomika proti preventivi, naš sistem pa je zelo usmerjen v kurativo.

rada obljubi marsikaj, izvedba pa je povsem drug problem.

Kako potem pristopiti k reformi zdravstvenega sistema, da jo bodo ljudje vzeli za svojo?

Saj drugače kot postopno sploh ne gre. Ta postopnost oziroma gradualnost ni težava sama po sebi. Dejstvo je, da je že pri prvem, najmanjšem koraku v smeri nekega novega želenega stanja, treba imeti oblikovano celotno sliko sprememb, ki jih bomo izvedli. Ne gre skočiti v vodo, potem pa ugotoviti, da ne znaš plavati. Zavedamo pa se, da improvizacija pri tako velikih in pomembnih sistemih ni mogoča, zato je veliko bolj varno, da ne storimo ničesar. Najprej je treba jasno opredeliti cilje, ki jih želimo doseči, potem pa lahko začnemo z izvedbo postopnih korakov.

Neučinkovit zdravstveni sistem je za bolnika pravzaprav najdražji, saj mora poleg obveznih zavarovanj plačevati tudi iz lastnega žepa. V Sloveniji že nastaja vzporeden zasebni zdravstveni sistem, ki ga kot »hitro pot do specialista« že tržijo zasebne zavarovalnice. Je to prava pot, v katero naj gre naše zdravstvo?

Ko smo analizirali dokumente Svetovne zdravstvene organizacije, smo videli, da je obseg samoplačništva v Sloveniji, ne glede na pretežno prepričanje slovenskega javnega mnenja, še vedno relativno majhen. Pri nas težko sprejemamo tovrstna dejstva, sploh ko imamo vnaprej izoblikovane ideje.

Obseg samoplačništva je torej relativno majhen in tako je tudi prav. Kajti veliko samoplačništvo privede do razslojevanja različnih družbenih slojev glede na razpoložljiva finančna sredstva.

Povejmo pa kljub vsemu, da za ta vzporedni samoplačniški trg ni kriv trg sam po sebi. Tudi ni krivo zasebno zdravstvo, ampak je izvirni greh v neurejenem javnem zdravstvu. Kazati s prstom na logiko tržnega delovanja ali zasebno zdravstvo ni korektno.

Absolutno podpiram prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zato ker tudi omejuje samoplačništvo, in je lahko pomemben, to smo lahko tudi videli v študiji o Sloveniji, še vedno neizkoriščen dodaten vir za financiranje zdravstvenega sistema.



Javnega sistema ne tvorijo le s strani države ustanovljeni izvajalci.

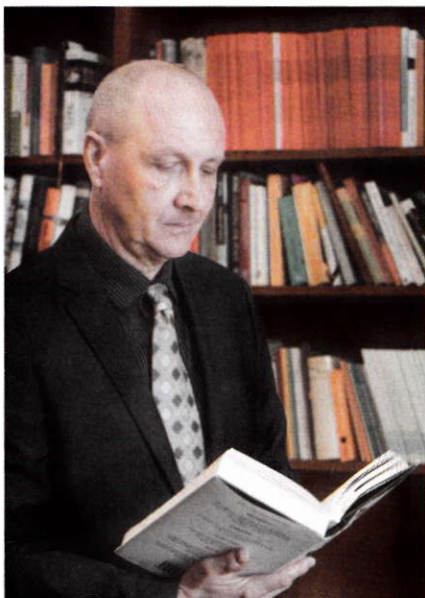
Ko v Sloveniji govorimo o zasebnem zdravstvu, se razprava pogosto obrne tudi na koncesionarje. Ti so za številne, npr. za stranko Levica, nekakšen nobodigatreba. So ti problem slovenskega javnega zdravstvenega sistema ali njegova potencialna rešitev?

Tu moramo iti pri nas čisto na začetek, ker so težave tudi izven zdravstvenega sistema. Gre za to, da bo treba sprejeti dejstvo, da javnega sistema ne tvorijo zgolj s strani države ustanovljeni izvajalci. Tega pri nas še nismo sprejeli. »Javno« ni sinonim za »državno lastnino«.

Javna storitev oziroma storitev javne službe je tista splošno dostopna storitev, ki zadovoljuje potrebe širše javnosti. Pa čeprav jo izvajajo zasebni izvajalci.

Zasebnikom država z dodelitvijo koncesij prizna pomen pri opravljanju javne službe. Plačuje jim koncesnine in nobenega dvoma ne bi smelo biti, da gre za pomembne člene javnega zdravstva.

Če grem nazaj na svojo osebno izkušnjo v Franciji; tam se nihče ne sprašuje, ali je tisti zdravnik, h kateremu si šel, zasebnik. Oziroma ali je bolnišnica, kjer se zdravi, zasebna ali s strani države ustanovljena ustanova. To je javno dostopno zdravstvo.



Preseči bomo morali ideološke omejitve iz preteklosti.

In oboje financira država. Moje stališče je, da je treba bazo koncesionarjev pri nas bistveno razširiti, ne pa zožiti.

Morali bomo preseči ideološke omejitve iz preteklosti, ki so ena velikih ovir pri razvoju našega zdravstvenega sistema. Ampak zdravstveni sistem pri tem ni osamljen. Zelo podobno velja tudi za druge družbene podsisteme. Na primer šolstvo. Tam nekateri – poimenujmo jih izgubljene iz preteklosti, raje kot člane neke stranke – zasebnim izvajalcem enostavno ne priznavajo pomena pri opravljanju javne službe. Najprej bi jim vzeli koncesije, nato akreditacije, potem pa jih vključno z drugimi zasebnimi izvajalci, ki od države sploh ne prejemaajo koncesij, najraje kar ukinili.

Kakšen delež koncesionarjev je v drugih zdravstvenih sistemih?

Tega nismo ugotavljali, ker to sploh ni relevanten kriterij. Predvsem ni ideološkega ozadja, ali je nekdo zasebnik ali s strani države ustanovljena ustanova. Sprašujemo se, kaj pacienti potrebujejo, katere in koliko storitev, da jih bodo dobili takrat, ko jih potrebujejo, in da ne bo dolgih čakalnih vrst. To so relevantni kriteriji, ne pa lastnina izvajalcev zdravstvenih storitev. Se pravi, spet smo pri tisti ključni spremembi miselnosti, da je treba izhajati iz potreb pacientov, ne pa iz izvajalcev in lastništva.

“
Treba je
izhajati iz potreb
pacientov, ne pa
izvajalcev
in lastništva.”

Veliko se govori tudi o »zdravniških dvoživkah«. V eni od zahtev aktivistov, ki sta jo podpisali tako SD kot Levica, je, da se zdravnikom, ki delajo v javnih (državnih) ustanovah, prepove popoldansko opravljanje dejavnosti pri zasebnih ponudnikih zdravstvenih storitev. Kako gledate na to zahtevo?

Točno v tej zahtevi se kaže tisto, kar sem ravno prej omenil, ta ideološkost. Po mojem stališču nihče ne bi smel imeti ničesar proti osebam, ki so pripravljene veliko delati in zaradi tega tudi več zaslužiti. Kar je v Sloveniji smešno, je to, da temu, da bi ljudje veliko delali in dobro zaslužili, najbolj nasprotujejo prav tisti, ki na deklarativni ravni podpirajo znani slogan, poznan predvsem iz preteklosti: »Delu čast in oblast.« Samo zaslužiti ne smeš, očitno, delaš pa lahko.

Pri zdravnikih se mi zdita ključna dva vidika. Prvič: delo v matični ustanovi, naj gre za državno ali zasebno ustanovo, tam kjer si zaposlen večji del delovnega časa, ne sme trpeti, ne z vidika količine niti kakovosti, na račun dodatnega, popoldanskega dela. Se pravi, če dopoldan ali npr. osemdeset odstotkov delovnega časa delaš v svoji matični ustanovi, delaš dovolj in delaš dovolj dobro, potem je ta pogoj izpolnjen.

Obenem dopolnilno delo ne sme predstavljati konkurence delu v matični ustanovi. Če ti isto storitev opravljaš dopoldan v matični ustanovi, potem pa popoldan še kot zasebnik, je to konkurenca. Sploh ker prihaja do prenaročanja pacientov. Se pravi, da ti matična ustanova, ki je lahko državna, pa tudi zasebna, predstavlja vir, kjer pridobiš bodočo stranko in potem stranko napelješ v svojo zasebno ordinacijo.

Če sta izpolnjena oba pogoja, se pravi, da ne trpi ne kakovost ne količina dela pri matičnem delodajalcu in da ni konkurence med dvema ustanovama, potem z dodatnim delom in dodatnim zaslužkom zdravnikov absolutno nimam nobenih težav.

Je pri tem problem tudi to, da so zdravniki plačani premalo? Da vedo, da lahko zaslužijo v zasebni ambulanti bistveno več?

Ali so res premalo plačani? Ali pa pri njih deluje trg delovne sile? Jaz mislim, da je to drugo. Ko rečeš, da je nekaj premalo ali preveč, moraš povedati, v primerjavi s čim. Zanje je objektivna kategorija najprej primerjava z zasebnimi ambulantami. Zakaj pa imajo v zasebnih ambulantah lahko (in morajo imeti) višje plače? Zato, ker zdravnikov primanjkuje. Če bi bilo zdravnikov preveč, bi bile tudi plače nižje. Če jih pri nas ne bi dobili, bi šli pa v tujino. In to tudi že počnejo. Skratka, to je sistem, kjer zelo močno deluje trg delovne sile. Že v Sloveniji, pa tudi v mednarodnem okolju. In tukaj resnično ne zavidam direktorjem naših zdravstvenih ustanov, ki so del javnega plačnega sistema, da s to omejeno maso plač tekmujejo tako z zasebnimi izvajalci kot tudi z izvajalci iz tujine.

Kako se s tem problemom borijo primerjane države?

Edini način je ta, da imaš dovolj velik vpis v šolski sistem. Saj za takšne stvari se da vnaprej napovedati, kdaj bo prišlo do težave. Zato moraš vpis ustrezno povečati pravočasno, ne pa takrat, ko že imaš težavo. Kajti da prideš do specialista, traja vsaj devet, deset let od začetka šolanja.

Očitno so tam, kjer težav nimajo, pravočasno poskrbeli za zadosten vpis diplomantov. Mi pa smo še nedolgo nazaj imeli samo eno medicinsko fakulteto. Pa tudi odobren vpis je bil relativno majhen, povečali smo ga šele to šolsko leto. Dobro je, da je obstoječa vlada to naredila. Ampak to povečanje se bo poznalo šele čez nekaj let, do takrat pa bo težava s pomanjkanjem domačih zdravnikov še vedno pereča.