

Vsebinska pojasnila in dopolnitve Poslovnega poročila ZZZS za leto 2006

Uvod

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) je na svoji zadnji seji pri obravnavi Poslovnega poročila Zavoda za leto 2006 sprejela sklep, da strokovna služba ZZZS dopolni poročilo s predlogi, ki so jih člani skupščine ZZZS podali v razpravi. V razpravi je bilo ugotovljeno, da Poslovno poročilo ZZZS omogoča kakovosten, strokoven in podroben vpogled v značilnosti izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2006, vendar so nekateri člani izrazili zahtevo po določenih vsebinskih pojasnilih in dopolnitvah, ki se nanašajo na naslednje vsebinske sklope izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2006:

1. izvedba programov zdravstvenih storitev:
 - realizacija storitev nenujnih reševalnih prevozov in magnetne resonance
 - kakovost in dostopnost (konkretni učinki dogovorov z izvajalci glede kazalcev kakovosti, podatki o čakalnih dobah, informiranje o čakalnih dobah)
 - nadzor ZZZS nad programi zdravstvenih storitev
2. načrtovanje in izvajanje strateških razvojnih projektov na ZZZS ter zagotavljanje optimalnega razmerja med stroški in koristmi
3. predstavitev trendov v organizacijski klimi oziroma zadovoljstva zaposlenih na ZZZS

V nadaljevanju so predstavljena pojasnila in dopolnitve posameznih vsebinskih vidikov po opisanih treh sklopih izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki jih je pripravila strokovna služba ZZZS. Določena pojasnila glede kakovosti in varnosti izvajanja zdravstvenih programov z daljšimi čakalnimi dobami pa povzemajo tudi opredelitve, stališča in mnenja republiških strokovnih kolegijskih izbranih strok, na katere se je strokovna služba ZZZS glede sprejemljivih čakalnih dobah za izbrane posege s posebnim dopisom obrnila junija 2007.

1. Pojasnila in dopolnitve glede izvedbe programov zdravstvenih storitev v letu 2006

Razprava na seji Skupščine ZZZS se je nanašala predvsem na dostopnost in kakovost izvedbe programov zdravstvenih storitev v letu 2006. V tem poglavju so podana dodatna pojasnila na konkretna vprašanja glede realizacije storitev nenujnih reševalnih prevozov in magnetne resonance, glede dogovorov z izvajalci o uveljavljanju kazalcev kakovosti, glede podatkov o čakalnih dobah, informiranja o čakalnih dobah in primerjavah z državami EU ter glede nadzora nad programi zdravstvenih storitev.

1.1. Realizacija storitev nenujnih reševalnih prevozov in magnetne resonance

Program nenujnih reševalnih prevozov je v letu 2006 po pogodbi z ZZZS opravljalo 60 javnih zavodov in zasebnikov s koncesijo. Načrtovanje in obračunavanje tega programa temelji na sistemu spremljanja kilometrov oziroma točk. Na podlagi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2006 se je program nenujnih reševalnih prevozov v primerjavi s planom za leto 2005 povečal za 22,89 %. Podatki o realizaciji programa v preteklih letih so kazali na stalno preseganje programa, tudi preko 80 %. V pogajanjih za Splošni dogovor za leto 2006 so izvajalci svojo zahtevo za povečanje programa utemeljevali z argumentom in podatki, da se že preko deset let ta program ni povečal, kljub temu da potrebe zavarovanih oseb naraščajo, še

posebej pa, da se je znatno povečalo število prevozov na Onkološki inštitut (v nadaljevanju OI). V strukturi nenujnih reševalnih prevozov predstavljajo ti prevozi, brez prevozov za bolnike zaradi dialize, 28 % programa. Ob odločanju o spornih vprašanjih Splošnega dogovora za leto 2006 je Vlada Republike Slovenije odločila, da se v letu 2006 ta program poveča. V letu 2006 je bila realizacija programa v primerjavi s planom naslednja:

• plan (km, točke)	35.011.648
• realizacija	47.650.276
• plačana realizacija	35.209.421
• indeks realizacija/plan	136
• indeks plačana realizacija/plan	100,55

Iz podatkov je razvidno, da je preseganje realizacije programa v primerjavi s planom 36 %-no. ZZZS plača izvajalcem programa samo pogodbeni obseg program (izjema so le prevozi bolnikov zaradi dialize in onkoloških bolnikov na obsevanje in kemoterapijo v OI, ki so plačani po dejanski realizaciji), zato je plačal izvajalcem programa le za 0,55 % več programa, kot je bilo planirano.

Natančni podatki o realizaciji programa nenujnih reševalnih prevozov po posameznih izvajalcih so na voljo na spletni strani ZZZS (1). Iz podatkov je razvidno, da so program nenujnih reševalnih prevozov presegli vsi izvajalci, s katerimi ima ZZZS sklenjeno pogodbo, razen s Kliničnim centrom (v nadaljevanju KC). Razlogov za preseganje programa je več, najpomembnejši pa so naslednji:

- staranje prebivalstva v Sloveniji vpliva na večje potrebe in zahteve zavarovanih oseb po teh storitvah;
- plan nenujnih reševalnih prevozov se v zadnjih desetih letih, torej do leta 2006 ni povečeval kljub naraščanju potreb zavarovanih oseb;
- pravica do nenujnih reševalnih prevozov temelji na ugotovitvi zdravnika, da prevoza iz zdravstvenih ali drugih razlogov ni moč opraviti z javnim prevoznim sredstvom;
- na rast vpliva ponudba oz. razpoložljive kapacitete prevoznikov, ki omogočajo, da se zdravniki hitreje, četudi v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, odločajo za izdajo naloga za prevoze;
- na rast vplivajo tudi motivi izvajalcev nenujnih reševalnih prevozov po večjem zaslužku, saj prostovoljne zavarovalnice, ki v primeru nenujnih reševalnih prevozov zagotavljajo 70 % cene prevoza, nimajo nobenih omejitev glede količine storitev.

Program magnetne resonance je v letu 2006 po pogodbi z ZZZS opravljalo 11 izvajalcev. Ta program ZZZS spremlja na osnovi sistema točk, pri čemer je ena preiskava ovrednotena z 22,3 točke. V primerjavi z letom 2005 se je program povečal za 32,73 %. Povečanje je bilo utemeljeno v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2006 in sicer z dogovorom o širitvi programa za obstoječe izvajalce in nove izvajalce, kakor tudi s pogodbeno dogovorjenem »notranjem« prestrukturiranju programa posameznega izvajalca. Preiskave z magnetno resonanco postajajo v zadnjih letih vse bolj sestavni del standarda dela zdravnikov različnih specialnosti pri procesu zdravljenja oz. diagnostike, zato so potrebe in zahteve po teh preiskavah pospešeno naraščale. Posledica povečanih potreb in zahtev ter neskladja z razpoložljivimi zmogljivostmi so tudi čakalne dobe. Zato sta bila širitev in povečanje programa utemeljena.

Podatki o realizaciji programa v letu 2006 so naslednji:

- Plan (točke) 542.815
- Realizacija 520.840
- Indeks 96

Iz podatkov je razvidno, da je bila realizacija programa za 4 odstotne točke nižja od plana. Programa nista realizirala KC in OI. Po oceni strokovne službe ZZS je poglavitni razlog v neustrezni organizaciji dela. Posebej je potrebno omeniti kvarjenje naprave v KC.

1.2. Kakovost in dostopnost

Kljub sorazmerno dolgi tradiciji zagotavljanja kakovosti v zdravstvu, ki vključuje obsežno zdravstveno statistiko in druge elemente zdravstvenega informacijskega sistema za spremljanje uspešnosti zdravstvenega varstva v državi, so na področju kakovosti v Sloveniji še številne priložnosti za izboljšave. Predvsem gre za dejstvo, da terjajo spremembe v okolju (hiter razvoj medicinskih tehnologij, vse večja informiranost zavarovanih oseb, idr.) hitrejše prilagajanje sistema z osnovnim ciljem ne le zagotoviti kar najvišjo možno raven varnosti in kakovosti zdravstvenega varstva temveč tudi večjo izbiro in zadovoljstvo uporabnikov tega kompleksnega javnega sistema. Zato je nujno, da se po zgledu sodobnih evropskih držav tudi v Sloveniji postopoma uvede model celovitega upravljanja kakovosti, ki bo zagotovil pregledne mehanizme za nenehno izboljševanje izbranih dejavnikov kakovosti na makro ali mikro ravneh sistema zdravstvenega varstva (npr. akreditacija bolnišnic idr.), s tem pa tudi razvoj v smeri odličnosti zdravstvenih storitev za vse uporabnike sistema. Za uveljavitev takih celovitih modelov bomo v Sloveniji potrebovali posebno nacionalno telo za kakovost v zdravstvu, ki bo koordiniralo in usmerjalo aktivnosti različnih nosilcev in subjektov v sistemu.

Kljub temu so bili v zadnjih letih narejeni pomembni koraki tudi na ta področju upravljanja kakovosti v zdravstvu. Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ) je marca 2006 izdalo Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Pri pripravi le teh se je MZ oprlo na priporočila in usmeritve Svetovne zdravstvene organizacije, Sveta Evrope, Evropske unije in Evropske komisije. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu so objavljene na spletni strani MZ (2). Na tej podlagi so se partnerji Področnega dogovora za bolnišnice za leto 2006 dogovorili, da bodo bolnišnice spremljale in na svoji spletni strani objavile šest kazalnikov kakovosti. Ti kazalniki so:

- število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov
- število preležanin (razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov
- čakalna doba za računalniško tomografijo
- čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust
- delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo
- kolonizacija z MRSA

Vsak kazalnik vsebuje definicijo in načrt izboljšave (kaj, kdo, kdaj), pri čemer je za upravljanje celovitega sistema kakovosti v bolnišnicah in v drugih zdravstvenih zavodih, v skladu z nacionalnimi usmeritvami, odgovoren direktor.

Iz tabele 1 je razvidno, da bolnišnice še niso objavile vseh kazalnikov kakovosti. Glede na to, da so se podatki za leto 2006 prvič zbirali na opisani način, je moč sklepati, da so bolnišnice

v letu 2006 prepozno vzpostavile ustrezne evidence za pripravo kazalnikov. Strokovna služba ZZZS bo preko svojih predstavnikov v svetih bolnišnic zahtevala od vodstev bolnišnic, da za leto 2007 zagotovijo vse predpisane kazalnike kakovosti.

Tabela 1. Kazalniki kakovosti v bolnišnicah v Sloveniji, 2006

IZVAJALEC	K 1	K 2	K 3a	K 3b	K 4a	K 4b	K 5	K 6
SB Celje	0,9	0,39	0	0-57	ni podatka	ni podatka	ni podatka	13,2
PB Vojnik	0,018	0	ne izvajajo	Ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	2,76	0
SB Izola	ni podatka	ni podatka	51	ni podatka	ni podatka	ni podatka	ni podatka	ni podatka
BŽBP Postojna	0,76	0	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	0,39	0
SB Jesenice	0,9	7,3	36	ni podatka	ni podatka	ni podatka	0,19	ni podatka
BGP Kranj	0	0	ne izvajajo	ne izvajajo	3	1-15	0,7	0
Inštitut RS za rehab.	0,076	0	ne izvajajo	ne izvajajo	115	0-184	0	ni podatka
B Golnik	0,7	5	16	0-68	12	ni podatka	0,9	8,6
SB Brežice	0,79	2	52	45-60	6	1-30	0,067	9
PB Idrija	0,431	3,843	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	0,61	ni podatka
SB Trbovlje	0	0	ne izvajajo	ne izvajajo	13	ni podatka	0,73	ni podatka
Psihiatrična klinika Lj	1,05	1,4	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	ni podatka	1,69
UB Maribor	0,30	2,03	30	5-45	9	3-198	0,61	8,21
SB Ptuj	1,90	0,32	30	ni podatka	9	ni podatka	ni podatka	0,19
PB Ormož	0,33	6,40	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	3,33	1,37
SB Murska Sobota	0,93	1,69	150	ni podatka	6,67	23-25	ni podatka	ni podatka
SB "Dr. F.Derganca" NG	0,37	0,46	11	0-50	0,15	0-10	1,14	17,31
SB Novo mesto	0,38	0,16	25	8-49	10,17	1-81	0,73	0,63
SB Slovenj Gradec	0,81	3,64	0	5-61	11	1-134	0,44	6,85
SB Topolšica	1,60	ni podatka	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	1,06	85,90
UKC	1,07	4,20	41-111	ni podatka	4,7-17,348	1-391	1,29	0,30
OB Valdoltra	0,006	1,00	30,15	0-70	1,03	1-5	0,80	10,34
Onkološki inštitut	0,68	4,00	ni podatka	0-30	ni podatka	ni podatka	ni podatka	4,18
PB Begunje	0,57	3,72	ne izvajajo	ne izvajajo	ni podatka	ni podatka	0,28	ni podatka

Vir podatkov: spletne strani izvajalcev.

Legenda:

Kazalnik št. 1(K1): število padcev s postelj na 1000 oskrbnih dni odraslih pacientov.

Kazalnik št. 2 (K2): število preležanin(razjed zaradi pritiska), nastalih v bolnišnici, na 1000 hospitaliziranih bolnikov.

Kazalnik št. 3 (K3a, K3b): čakalna doba za računalniško Kazalnik št. 4 (K4a, K4b): čakanje na odpust: dnevi, ko bolniki, ki so končali zdravljenje v akutni bolnišnici, čakajo na odpust a) povprečno število dni na bolnika; b) razpon števila čak. dni.

Kazalnik št. 5 (K5): delež nenačrtovanega ponovnega sprejema v isto bolnišnico v 7 dneh po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov, povezanih s to boleznijo.

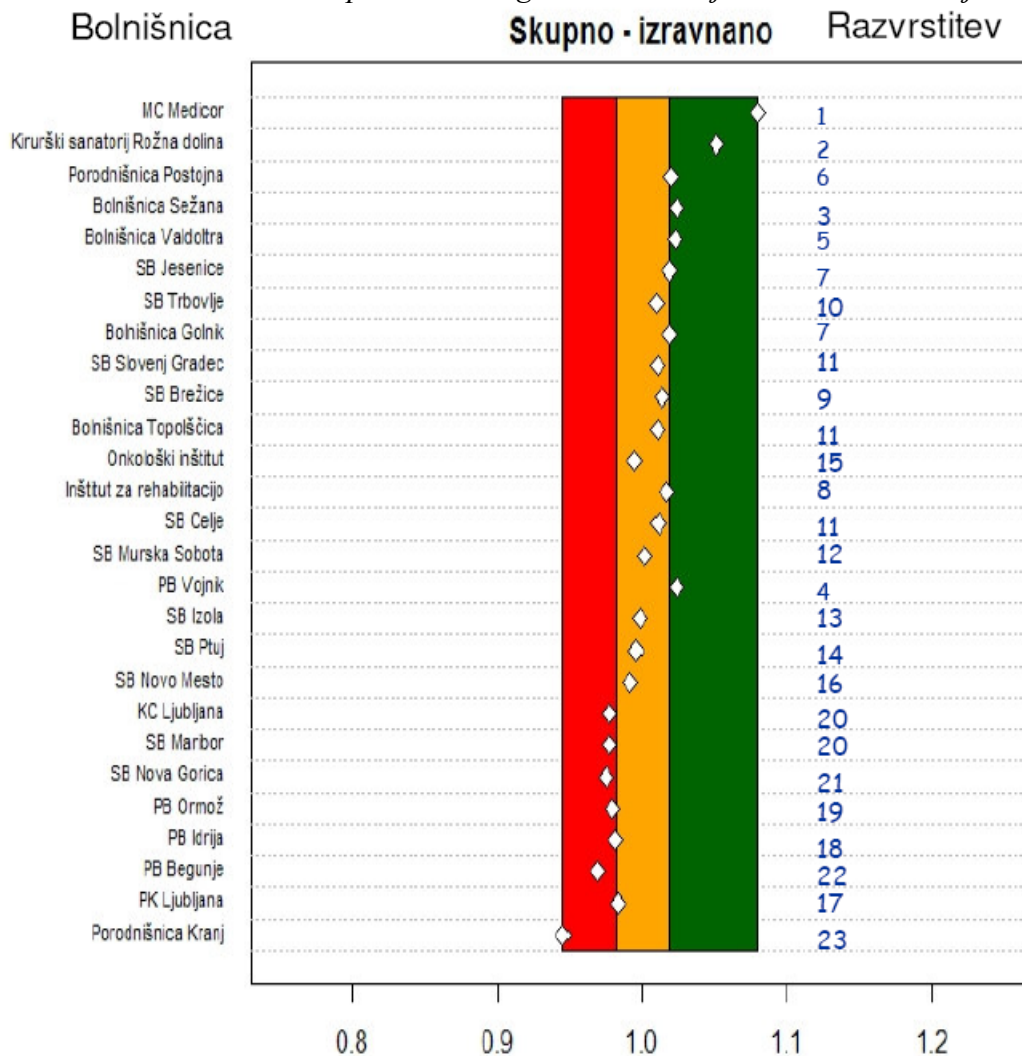
Kazalnik št. 6 (K6): kolonizacija z MRSA - delež MRSA med vsemi izolati bakterije Staphylococcus aureus .

Partnerji Področnega dogovora so se za leto 2006 dogovorili tudi, da bo vsaka bolnišnica uvedla najmanj dve klinični poti. Skupno je bilo pri 26 izvajalcih uvedenih 64 kliničnih poti. Bolniki vidijo kakovost drugače kot strokovna javnost. Zato je MZ v letu 2006 izvedlo nacionalno anketo o izkušnjah pacientov v bolnišnicah (glej sliko 2). Namen ankete je bil spodbuditi bolnišnice k izboljšanju njihovega dela in dati ljudem informacijo o kakovosti zdravstvene obravnave, kot jo vidijo pacienti. Bolniki so ocenjevali naslednje sklope:

- sprejem v bolnišnico,
- delo zdravnika,
- delo medicinske sestre,
- opis »vašega zdravljenja«,
- ocena bolnišnice, okolja in prehrane,
- odpust iz bolnišnice.

V anketi je sodelovalo vseh 26 bolnišnic in zasebni center MC Medicor. Na splošno so bolniki bolnišnice ocenili zelo dobro. Skupna ocena izkušenj pacientov za vse bolnišnice je 86 točk od 100 možnih točk. Razvrstitev posameznih bolnišnic glede na izkušnje bolnikov je razvidna iz slike 2. Razvrstitev posamezne bolnišnice je zapisana v stolpcu na desni strani grafa.

Slika 2. Razvrstitev bolnišnic po kakovosti glede na izkušnje bolnikov, Slovenija, 2006*



*Opomba: V zeleno polje so razporejene bolnišnice, kjer so bili bolniki najbolj zadovoljni, v oranžno polje so razporejene bolnišnice, ki so jim bolniki dodelili povprečno oceno, v rdeče polje pa so razvrščene bolnišnice, kjer so bile izkušnje bolnikov slabše.

Čakalne dobe na splošno, še posebej pa čakalne dobe na posamezne kirurške posege, so že nekaj časa eden izmed najbolj perečih zdravstvenih problemov in najbolj pogost razlog nezadovoljstva zavarovancev oz. bolnikov v mnogih evropskih državah. Pri tem nekatere študije kažejo, da je prisotnost čakalnih dob značilnost predvsem tistih držav EU, ki so organizirane kot nacionalne zdravstvene službe oz. ki se financirajo na osnovi davčnega sistema (3). Tako so bile na primer v letu 2000 čakalne dobe značilno daljše v državah EU, kot so Velika Britanija, skandinavske in nekatere druge evropske države z nacionalno zdravstveno službo (Beveridge-ov model), kar kaže tabela 3. V teh državah naj bi bile čakalne liste mehanizem regulacije upravljanja oz. izvajanja programov znotraj proračunsko začrtanih finančnih okvirjev.

Vendar za podrobnejšo določitev ali razvrstitev posameznih držav glede čakalnih dob manjkajo predvsem enotni in metodološko usklajeni podatki, zato je omenjena opredelitev, v katerih državah v Evropi se pojavljajo čakalne dobe, nekoliko preveč smela. Zadnja razpoložljiva študija čakalnih dob, ki so jo pripravili strokovnjaki OECD (4), je tako glede razlik v čakalnih dobah med državami OECD ločila med 2 skupinama držav:

1. skupina, ki čakalne dobe spremlja in jih poskuša z različnimi politikami obvladovati: Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Irska, Italija, Nizozemska, Nova Zelandija, Norveška, Španija, Švedska in Velika Britanija;
2. skupina, ki čakalnih dob ne beleži, oziroma so le-te tako nizke, da se politike njihovega obvladovanja ne izvajajo: Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija, Japonska, Luksemburg, Švica in ZDA.

Preostalih 10 OECD držav v študijo ni bilo vključenih zaradi dejstva, da v teh državah ni na razpolago dovolj verodostojnih podatkov oziroma informacij o obsegu ali vsebinskih značilnosti problematike, ki jo predstavljajo čakalne dobe v posamezni državi (Češka, Grčija, Madžarska, Islandija, Koreja, Mehika, Poljska, Portugalska, Slovaška in Turčija).

Podatki OECD študije pa nakazujejo tudi neko novo »značilnost« evropskih sistemov zdravstvenega varstva, namreč da se skladno z razlikami med osnovnimi sistemi tudi razlike glede čakalnih dob med posameznimi modeli financiranja v državah EU manjšajo. Čakalne dobe se zaradi sorodnih težav pri zagotavljanju finančnih virov v zadnjem času pojavljajo tudi v nekaterih državah s socialnim modelom zdravstvenega zavarovanja (Bismarckov model), kot so Nizozemska, Avstrija, pa tudi Nemčije in druge. Iz tabele 3 je na primer razvidno, da je imela Nizozemska, s tradicionalno »managersko« urejenim sistemom zdravstvenega varstva, v primerjavi z državami, ki se financirajo na osnovi davkov, na splošno sicer znatno krajše, vendar na posameznih področjih ne nezanemarljivo dolge čakalne vrste.

Tabela 3. Povprečne čakalne dobe v izbranih državah EU, 2000 (v mesecih)

država / Poseg	zamenjava kolka	zamenjava kolena	operacija sive mreže	operacija krčnih žil	Odstranitev Maternice	operacija prostate	holecistektomija	Operacija ongvin. In femor. Kile	CABG	PTCA
Danska	3,73	3,73	2,37	3,30			2,50	2,43		
Finska	6,87	9,13	7,77	9,33	3,33	2,70	5,30	4,17	1,40	1,00
Norveška	4,43	5,33	2,10	4,73	2,13	2,50	3,43	3,63	1,53	1,77
Nizozemska	3,20	2,83	3,70	3,57	2,03	2,00	2,37	2,50	0,00	0,60
Španija	4,10	4,93	3,47	3,90	3,40	2,07	3,57	3,40	1,30	2,70
Švedska			6,63							
V. Britanija	8,13	9,37	6,87	7,57	5,30	1,73	5,20	5,00	7,10	2,67

Vir: Siciliani L, Hurst J, 2003 (3)

OECD študija tako razpravo o večji »nagnjenosti« posameznih skupin držav (s sorodnim modelom financiranja) k daljši čakalni dobi preusmeri v raziskovanje dejavnikov čakanja v posameznih sistemih, med katerimi so najpomembnejši:

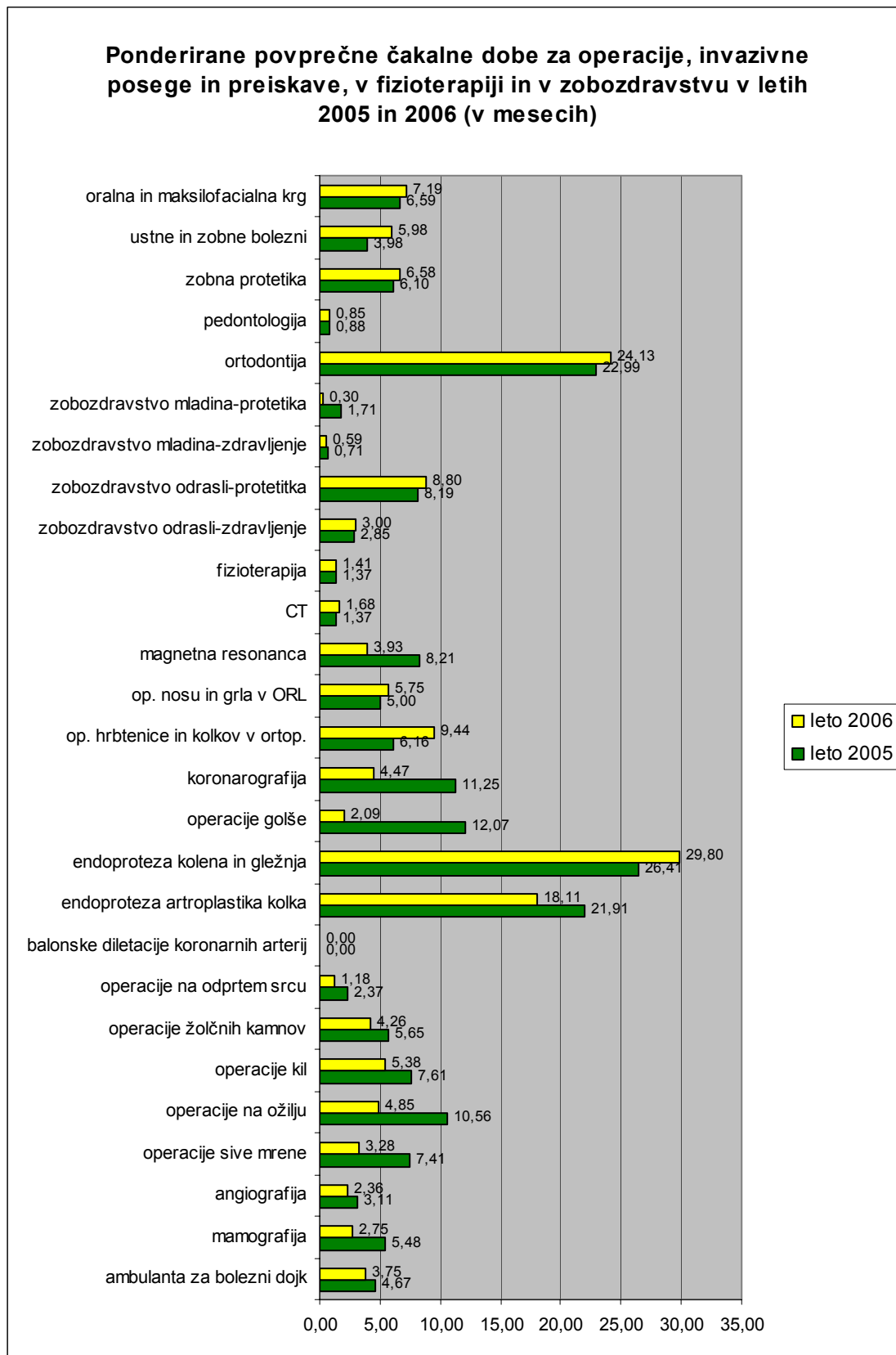
- *delež izdatkov za zdravstvo - celotnih in javnih* (v povprečju se države z višjimi izdatki za zdravstvo soočajo s krajšimi čakalnimi dobami);
- *zdravstvene zmogljivosti: število postelj in število zdravnikov* (v povprečju se države z večjim obsegom akutnih postelj in večjim številom zdravnikov soočajo s krajšimi čakalnimi dobami);
- *število odpuščenih bolnikov* (v povprečju države z večjim »obratom« oz. številom odpuščenih bolnikov izkazujejo krajše čakalne dobe);
- *produktivnost* (skupina držav, ki razpolaga z več posteljami in večjim številom zdravnikov ter vlaga več sredstev v zdravstvo, izkazuje višjo produktivnost);
- *finančne vzpodbude* (sistemi plačevanja: države, ki plačujejo zdravnike na podlagi aktivnosti, v povprečju izkazujejo krajše čakalne dobe);
- *vloga osebnega zdravnika* (v skupini držav s čakalnimi dobami ima osebni zdravnik vlogo vratarja v sistem, kar pa ne velja za skupino držav, ki čakalnih dob ne beležijo).

Zanimivo je, da po mnenju strokovnjakov OECD starostna struktura prebivalstva, stopnja umrljivosti ali pa delež doplačil ne vplivajo na dolžino čakalnih dob.

Pred primerjavo podatkov o čakalnih dobah v Sloveniji z državami EU, je potrebno opozoriti na metodološke opredelitve, na osnovi katerih spremljamo čakalne dobe v Sloveniji. V Sloveniji so izvajalci zdravstvenih storitev v skladu s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2006 dolžni voditi *čakalne knjige* za vse tiste storitve, ki jih ne morejo zavarovanim osebam zagotoviti takoj. Podatki, s katerimi razpolagamo, so podatki o pogodbeno dogovorjenih čakalnih dobah, ki jih ZZZS za zagotovitev čim boljše informiranosti zavarovanih oseb oz. njihove večje možnosti izbire objavlja že nekaj let na svoji spletni strani. Podatki so objavljeni za storitve vsakega izvajalca posebej, prav tako pa tudi za 32 storitev, po katerih zavarovane osebe v Sloveniji najpogosteje povprašujejo. Podatke o pogodbeno dogovorjenih čakalnih dobah objavljajo na svojih spletnih straneh tudi izvajalci zdravstvenih storitev.

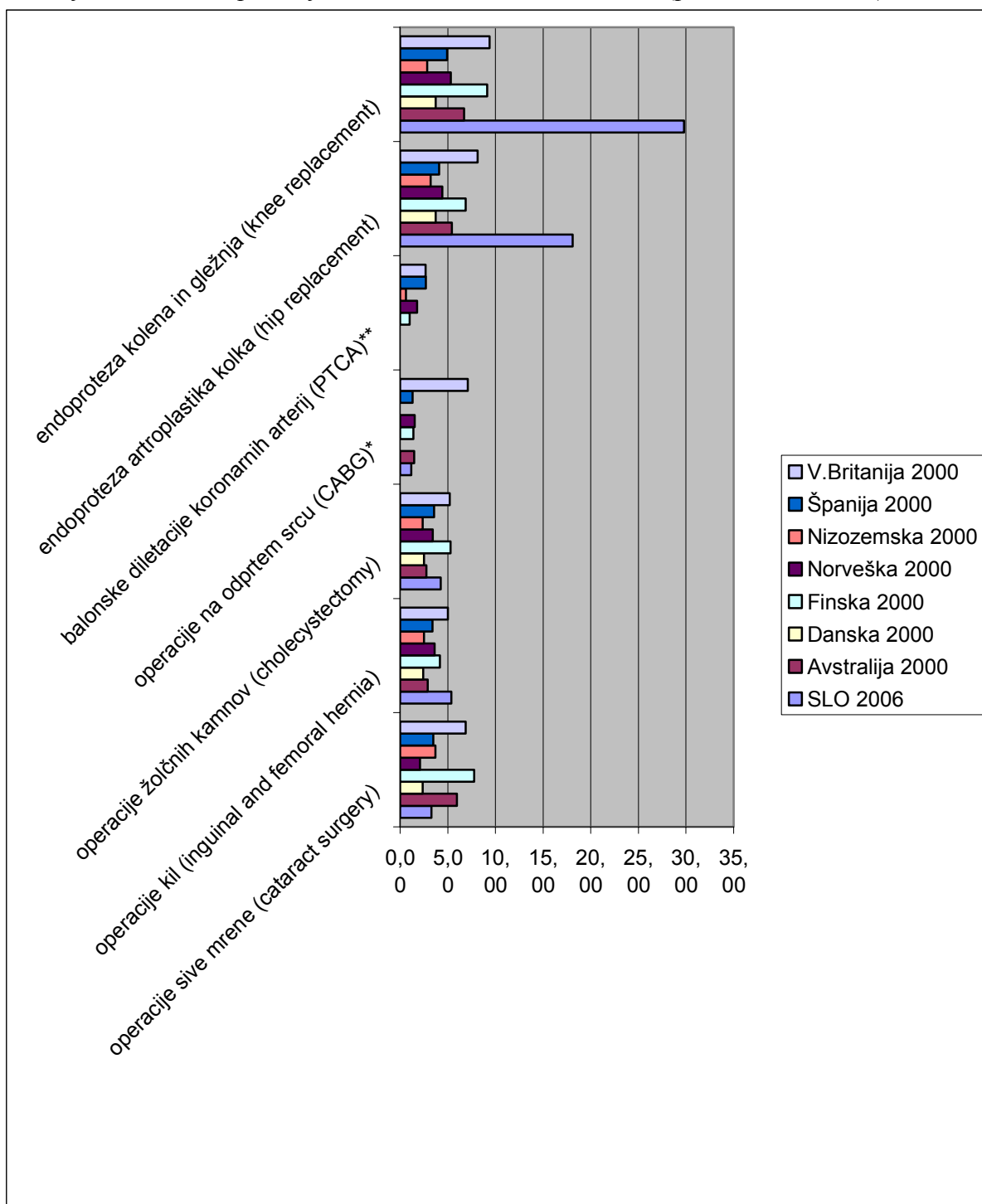
Poleg pogodbeno dogovorjenih čakalnih dob ZZZS podrobneje spremlja tudi gibanje povprečnih realiziranih čakalnih dob za 27 programov oziroma storitev. Iz slike 3 je razvidno, da so se čakalne dobe v letu 2006 pri 15-ih programih skrajšale, pri enem je čakalna doba ostala nespremenjena, pri enajstih programih pa se je čakalna doba nekoliko podaljšala. Glede na dolžino čakalnih dob lahko ugotovimo, da so le te najdaljše na področju ortopedije in ortodontije. Na dan 31.12.2006 je po podatkih izvajalcev na operacijo kolka čakalo 4.518 ljudi, na operacijo kolena 4.074 ljudi, hrbtenice pa 294 ljudi. Pri tem je pomembno, da so v letu 2006 izvajalci opravili za 10% več operacij kolka in za 5% več operacij kolena in gležnja kot v letu 2005. Ravno nasprotno pa se število obiskov v ortodontiji zmanjšuje od leta 2002 dalje. V letu 2002 je tako zabeleženih 293.000 obiskov, lani pa 282.000 obiskov. Glede na to, da se kljub dodatnim sredstvom, ki so bila v letu 2005 zagotovljena za širitev programa ortodontije, čakalna doba ni skrajšala, je bila v letu 2006 definirana pravica do ortodontskega zdravljenja ločeno za težje in lažje okvare zobovja.

Slika 3. Realizirane povprečne čakalne dobe v letih 2005 in 2006, Slovenija



Na podlagi podatkov o realiziranih čakalnih dobah za 27 posegov in preiskav, ki jih je ZZZS zbral od izvajalcev zdravstvenih storitev za leto 2006 in OECD študije, ki primerja čakalne dobe iz leta 2000 v izbranih državah OECD za 10 elektivnih posegov, je bila izdelana primerjava podatkov o čakalnih dobah za 7 posegov: endoproteza kolena in gležnja, endoproteza kolka, balonske diletacije koronarnih arterij, operacije na odprtem srcu, operacije žolčnih kamnov, operacije kile in operacije sive mreže. Primerjave so razvidne oz slike 4.

Slika 4. Ponderirane povprečne čakalne dobe za operacije, invazivne posege in preiskave v Sloveniji v letu 2006 v primerjavi z izbranimi državami OECD (podatki za let 2000)



Iz podatkov je razvidno, da so čakalne dobe za 4 izmed 7 prikazanih posegov v Sloveniji krajše kot v izbranih državah OECD, medtem ko je čakalna doba za operacijo kile v Sloveniji nekoliko daljša. Bistveno pa je odstopanje pri določenih ortopedskih operacijah: pri čakalni dobi za endoprotezo kolena in gležnja ter za endoprotezo kolka, ki sta v Sloveniji 2-3 krat daljši od povprečne čakalne dobe za navedene posege v izbranih OECD državah.

Na podlagi razpoložljivih virov je moč sklepati, da sprejemljive čakalne dobe na mednarodni ravni niso definirane. Vendar so razprave v zvezi s čakalnimi dobami sprožila različna strokovna stališča o tem, kako dolge dobe čakanja so z vidika varnosti in kakovosti bolnikov še sprejemljive. V zadnjih letih večina držav postavlja limite v višini 3 ali 6 mesecev, četudi so pri tem izjeme in možna preseganja. Ker gre pri problemu sprejemljivosti čakalnih dob za kompleksna strokovna vprašanja, ki zadevajo varnost in kakovost zdravljenja bolnikov, je ZZZS za strokovno stališče o tem zaprosil vse razširjene strokovne kolegije posameznih medicinskih strok v Sloveniji. Zbrani odgovori kažejo, da stroke meje sprejemljivih čakalnih dob tudi v Sloveniji ocenjujejo podobno kot v državah EU (3-6 mesecev). Se pa pri tem kaže potreba po bolj jasni politiki uvrščanja bolnikov na liste glede na stopnjo nujnosti posameznih storitev. Na primer, v vseh opisanih primerih držav OECD z daljšimi čakalnimi dobami je razviden trend, da so čakalne dobe za manj urgentne posege (zamenjava kolka in kolena, operacija sive mreže) višje od čakalnih dob za nujnejše posege (operacija maternice, CABG, PTCA), kar pomeni, da države izvajajo politiko uvrščanja bolnikov na liste z različno nujnostjo.

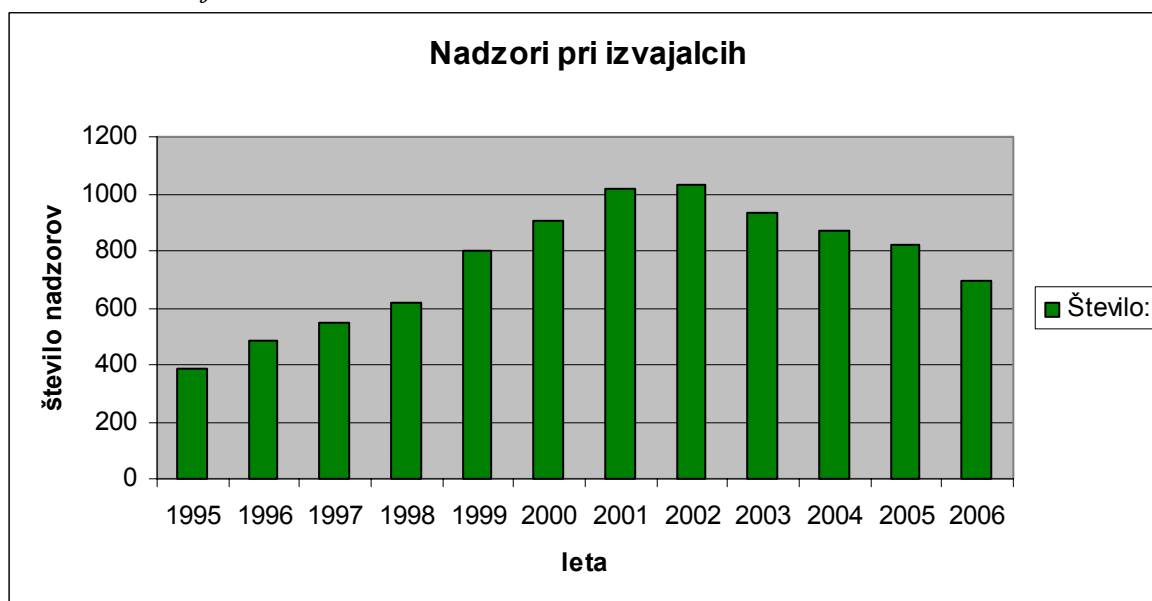
1.3 Nadzori v letu 2006

V letu 2006 je ZZZS realiziral 913 nadzorov pri izvajalcih, kar je za 139 nadzorov manj kot v letu 2005. Največji delež nadzorov so, tako kot v preteklih letih, opravili nadzorni zdravniki ZZZS in sicer 76,23 % ali 696 nadzorov. Preostalih 296 nadzorov so izvedli drugi delavci ZZZS in so se nanašali predvsem na nadzor objave in spoštovanja ordinacijskih urnikov in čakalnih dob pri izvajalcih, nadzor nad pravilnostjo izpolnjevanja listin in drugih postopkov za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, predpisovanje medicinsko tehničnih pripomočkov itd.

Zdravniki ZZZS ne izvajajo samo nadzorov, temveč opravljajo tudi naloge: predvsem gre za naloge odločanja o pravicah zavarovanih oseb na področjučasne nezmožnosti za delo, nege, zdraviliškega zdravljenja, medicinsko tehničnih pripomočkov, zobnoprrotetične rehabilitacije ter zdravljenja v tujini v skladu z zakonom in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. V ta namen so nadzorni zdravniki Zavoda v letu 2006 izdali 349.691 odločb in obravnavali 7.832 pritožb zavarovanih oseb na izdane odločbe.

Iz slike 5 je razvidno, da število nadzorov, ki jih opravijo nadzorni zdravniki ZZZS po letu 2002 pada. Poglavitni razlog je v vedno večjem obsegu dela na področju odločanja o pravicah zavarovanih oseb in hkratnem pomanjkanju nadzornih zdravnikov. Za izvajanje vseh nalog je bilo na ZZZS v letu 2006 zaposlenih 42 zdravnikov, kar je 16 zdravnikov manj kot jih je bilo planiranih. Deloma je ZZZS pomanjkanje nadzornih zdravnikov reševal s pogodbenimi zdravniki, vendar pa velikega interesa za izvajanje nadzorov ni bilo. To področje terja tudi specifična znanja s področja pravil obračuna zdravstvenih storitev kakor tudi uporabe aplikacije za vodenje in izvajanje nadzornih postopkov.

Slika 5. Število nadzorov nadzornih zdravnikov ZZZS na lokaciji pri izvajalcih zdravstvenih storitev, Slovenija, 1995 - 2006



Vir: Poslovna poročila ZZZS, 1995 -2006 (5)

2. Načrtovanje in izvajanje strateških razvojnih projektov

Ob obravnavni Poslovnega poročila za l. 2006 na skupščini ZZZS sta bila glede določenih dodatnih pojasnil posebej izpostavljena projekta Zapis zdravil na KZZ (Z-KZZ) in Posodobitev zbirke podatkov o zdravilih (BAZA ZDRAVIL).

2.1. Projekt BAZA ZDRAVIL

Projekt se je izvajal v obdobju od oktobra 2000 do konca septembra 2006 in je bil izveden v sodelovanju z Inštitutom za varovanje zdravja (v nadaljevanju IVZ). Sprva je v projektu sodeloval tudi Urad za zdravila (zdajšnja Agencija za zdravila), ki je kasneje od projekta odstopil.

V času izvajanja so bila na projektu izvedena 3 replaniranja (maj 2004, junij 2005 in januar 2006), razlogi pa so bili:

- prilagajanje nalog in dinamike projekta projektu zapisa zdravil na KZZ (projekt Z-KZZ) z distribucijo baze zdravil v lekarne in kasnejšo dopolnitvijo (sprva distribucija le osnovnih podatkov za zdravila na pozitivni in vmesni listi);
- dodatne naloge, ki so bile naknadno vključene v projekt (tehnološka prenova avtomatske obdelave receptov-AOR, prenova računalniške izmenjave podatkov o izdanih zdravilih - RIP AOR);
- vsebinsko in terminsko prilagajanje nalog projekta kasnejšim dogovorom, sprejetim z Lekarniško zbornico (dekadno pošiljanje podatkov o receptih v spremenjeni strukturi s 1.5.06, hkratna vključitev vseh lekarn v RIP AOR na novih tehnologijah s 1.1.06) in kasneje ponovno prilagajanje rokom zaradi neustrezne pripravljenosti Lekarniške zbornice za uvedbo RIP AOR na novih tehnologijah v dogovorjenem roku (zamik na 1.4.06 s šestmesečnim prehodnim obdobjem).

Osnovni *rezultati projekta* so naslednji:

- z vzpostavitvijo nove baze podatkov o zdravilih, ki jo lahko uporabljajo vsi dejavniki v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, so že ob nastajanju podatkov o predpisanih in izdanih zdravilih dani pogoji za večjo kvaliteto podatkov;
- z vzpostavitvijo centralne baze podatkov in računalniške izmenjave podatkov o izdanih zdravilih z zapisovanjem prejetih receptov v relacijsko podatkovno zbirko in povezavo na pripadajoče obračunske elemente je narejen temeljni korak za izvajanje analiz o porabi zdravil;
- z objavo baze na spletni strani je le-ta na voljo tudi zdravnikom, v njej pa so podatki, ki pripomorejo k lažjemu predpisovanju in izdaji zdravil;
- baza zdravil je skupaj z bazo receptov del informacijskega sistema ZZZS, s povezljivostjo teh baz z drugimi zbirkami podatkov pa so bili ustvarjeni pogoji za natančno preverjanje receptov, ki jih lekarne pošiljajo kot priloge obračunskim dokumentom;
- z izvajanjem kontrol nad prejetimi recepti se je bistveno povečala kvaliteta podatkov, saj je z vzpostavitvijo povezave med zahtevki za obračun in recepti mogoče nadzorovati upravičenost izdanih obračunskih zahtevkov.

V okviru projekta je bila vzpostavljena relacijska podatkovna zbirka o zdravilih (CBZ), izdelana aplikacija za vzdrževanje in poizvedovanje podatkov o zdravilih, pripravljena rešitev za objavo podatkov na internetu (namenjena zdravnikom in lekarnam), izvedena je bila tehnična prenova računalniške izmenjave podatkov o receptih (RIP AOR) ter vzpostavljene avtomatske kontrole za recepte in pripadajoče obračunske dokumente.

V okviru priprave zagonskega elaborata *stroški projekta* niso bili posebej načrtovani. Skladno z metodologijo projektne delo se stroški projektov načrtujejo v zagonskih elaboratih in letno ob pripravi Finančnega načrta ZZZS od l. 2005 dalje. V tem času so bili na projektu realizirani minimalni stroški, vezani na službene poti sodelavcev na projektu.

V času trajanja projekta so delavci ZZZS za delo na projektu porabili skupaj 13.962 ur projektne delo. Ob koncu leta 2006 je bila prvič izdelana ocena stroškov dela na podlagi porabljenih ur, in sicer so ti stroški za l. 2006 znašali 11,3 milijonov SIT.

Uporabnost rezultatov projekta je velika, predvsem pa vzpostavitev baze podatkov o zdravilih omogoča lažje predpisovanje in izdajo zdravil ter večjo kvaliteto podatkov o predpisanih in izdanih zdravilih ter podatkov o receptih, hkrati pa predstavlja tudi ustrezno podlago za izvajanje analiz o porabi zdravil.

IVZ in ZZZS skupaj ažurirata bazo in se dogovarjata o novih objavah. Baza je objavljena na ZZZS spletni strani in brezplačno na voljo vsem registriranim uporabnikom. Uporaba baze ni zavezujoča, je pa priporočljiva predvsem na področjih, kjer prihaja do medsebojnega izmenjevanja podatkov, kjer so prisotna tudi zdravila. Za vzdrževanje podatkov v bazi skrbi IVZ, vir so podatki Agencije za zdravila.

Ključni uporabniki baze so sodelavci oddelka za zdravila na ZZZS, delavci IVZ, ki skrbijo za ažurnost podatkov v bazi ter izvajalci zdravstvenih storitev in lekarne kot posredni uporabniki, ki uporabljajo podatke iz baze, ki jih ZZZS objavlja na svoji spletni strani (registriranih že cca. 400 uporabnikov).

Zbirka – baza podatkov o zdravilih trenutno vsebuje le administrativne podatke o zdravilih, mogoče pa jo je nadgraditi tudi s strokovnimi podatki, za kar pa bi bilo potrebno poiskati interes predvsem pri zunanjih inštitucijah. Uporabniki baze so že izrazili željo, da se aplikacijo za vzdrževanje centralne baze podatkov o zdravilih še dopolni, s čemer bi le-ta še pridobila na uporabnosti. Obstoječa zbirka podatkov pa predstavlja ustrezno osnovo tudi za vzpostavitev elektronskega recepta, ki bo poskusno pripravljen v okviru projekta ON-LINE ZZ.

2.2 Projekt Z-KZZ

Projekt Zapis zdravil na KZZ (v nadaljevanju Z-KZZ) je bil zaključen avgusta 2006. Dosežen je bil glavni cilj, ki si ga je ZZS zastavil – zdravnikom in farmacevtom je bil omogočen dostop do seznama izdanih zdravil pacienta, kar pripomore k pravilnejši, varnejši in bolj kakovostni obravnavi pacienta ter strokovnem svetovanju. Splošni zdravniki in specialisti so podprli projekt in menijo, da je podatek za zdravnika ne le dobrodošel, pač pa nujen. Informacija o zdravilih, ki jih prejema bolnik, je namreč s kartico bistveno bolj zanesljiva in lažje dostopna kot sedanji način intervjuja. Prav tako so tudi farmacevti dali pozitivno mnenje glede koristi, ki jih prinaša zapis zdravil na kartico: če je recept nečitljiv, si lahko pomagajo z zgodovino zdravil na kartici; omogočeno je bolj obširno svetovanje; farmacevt je zadnja oseba v verigi predpisovanja in izdaje zdravil, ki lahko prepreči morebitne napake (neustrezno ali predrago zdravilo, odmerek, interakcije) – podatki pridobljeni iz intervjujev izvajalcev zdravstvenih storitev v novogoriški regiji.

Omogočiti informacijo o izdanih zdravilih in primerno komunikacijo med zdravniki in farmacevti ter drugimi udeleženci v procesu zdravljenja bolnikov z zdravili na osnovi elektronskega zapisa zdravil na KZZ je bil eden izmed temeljnih strokovnih ciljev tudi ob uvajanju sistema referenčnih cen za zdravila predpisana na recept v Republiki Sloveniji. Osnovni pristop, ki omogoča varno zamenjavo zdravil, je namreč kakovostna komunikacija med zdravniki in farmacevti, ustrezni podatki in informacije, na podlagi katerih lahko pravočasno in strokovno ukrepajo.

Osnovni načrtovani učinek projekta Z-KZZ je bil predvsem, da ZZS izvajalcem zdravstvenih storitev zagotovi programsko opremo za branje/zapisovanje izdanih zdravil na kartico. Ta cilj je bil dosežen, čeprav so se nekatere lekarne odločile, da programske opreme ne bodo uporabljale in da ne bodo zapisovale zdravil na kartico ob izdaji le-teh. Vendar iz analize, ki so jo opravili sodelavci IC ZZS avgusta 2006, izhaja, da je med zdravniki primarne dejavnosti približno 50% takih, ki te podatke že uporabljajo. Prav tako je potrebno poudariti, da imajo zavarovane osebe na svojih karticah zapisane podatke o izdanih zdravilih. Zdravila se na kartico namreč zapišejo tudi preko samopostrežnih terminalov pri potrjevanju kartice, kar pomeni, da imajo zdravniki (kljub temu, da zdravil na kartico ne zapisujejo v vseh lekarnah) dostop do podatkov o izdanih zdravilih.

Ob dejstvu, da določene lekarne še ne zapisujejo zdravil na kartico, pa je potrebno dodati, da takšni projekti v praksi ne morejo zaživeti v celoti v roku enega leta. Naj služi za primerjavo Danski primer, kjer so začeli z uvedbo sistema elektronskih receptov že leta 1992, pa se danes, po 15 letih, še vedno ne uporablja v 100% temveč le v 80% primerih, kar smatrajo za velik uspeh.

Uvajanje novih aplikacij v zdravstvo, kot sta zapis izdanih MTP na kartico (2003) ali zapis izdanih zdravil na kartico (2006), je že ves čas sestavni del razvojnega strateškega načrtovanja

na ZZZS. Kompleksnost in obsežnost tovrstnih projektov pa narekuje dosledno uveljavljanje načel postopnosti in izvedljivosti, saj je uvajanje tehnoloških novosti obvladljivo le na način, da izvajalci zdravstvenih storitev (predvsem zdravniki) na osnovi pilotskega preskušanja in postopnih prehodov pridobijo dovolj časa, da se opremijo in pripravijo na uporabo zahtevnejših aplikacij, ki jih prinaša sodobna tehnologija. V tem smislu je načrtovan tudi naslednji razvojni korak, ki bo omogočil na področju zdravil prehod na on-line predpisovanje elektronskih receptov (načrtovano v letih 2008/2009). Prav v pripravi ustrezne računalniške infrastrukture in rešitev se kaže največja dodana vrednost projekta Z-KZZ, ki je poleg opisanega že omogočil centralno bazo zdravil, ki bo uporabna tudi v on-line sistemu. In kar tudi ni zanemarljivo, do nacionalne uvedbe on-line sistema bodo podatki o izdanih zdravilih na kartici zdravnikom in farmacevtom dostopni že 3 leta.

Stroški projekta so razvidni iz tabele 4. V letu 2004 ni bilo realiziranih odhodkov projekta. Vsi planirani odhodki niso bili realizirani zato, ker je prišlo do časovnega replaniranja aktivnosti, saj so bile potrebne manjše dopolnitve sistema. Prav tako pa se je izkazalo za nujno, da se planira več časa za nadgraditev programske opreme in postavitve opreme pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Potreben je bil tudi dodaten čas za spremljanje in evalvacijo projekta. Na tej osnovi sta bila pilotna in nacionalna uvedba časovno ustrezno zamaknjena.

Tabela 4. Stroški projekta Z-KZZ v letih 2005 in 2006 v SIT

1-12 2005	
Računalniške storitve (Izvajalec Zdravila)	3.623.483,78
Plačilo pilotnim IZS za spremljanje	2.733.530,35
Nadgradnja programske opreme (API, SST in TKS, SW pri pilotnih IZS, plačilo SWH za spremljanje)	19.250.392,73
Drugo (izobraževanja sodelavcev, udeležba na konferencah, sestanki s poslovnimi partnerji, reprezentanca)	424.463,14
Skupaj porabljeno:	26.031.870,00
Planirano:	50.000.000,00
Indeks:	52,06

1-12 2006	
Računalniške storitve	401.070,75
Plačilo pilotnim IZS za spremljanje	5.013.118,14
Nadgradnja programske opreme (nadgradnja SW pri IZS v nacionalni uvedbi)	7.346.246,93
Drugo (izobraževanja sodelavcev, udeležba na konferencah, sestanki s poslovnimi partnerji, reprezentanca)	449.924,93
Skupaj porabljeno:	18.860.360,75
Planirano:	20.713.280,00
Indeks:	91,05

Planirani stroški so bili ocenjeni na podlagi izkušenj in plačil pri preteklih projektih, vendar so bili pri plačilu storitev (nadgradnja programske opreme, API, programska oprema na SST in TKS) realizirani veliki prihranki na osnovi učinkovitih pogajanj in s tem doseganja znatno nižjih cen od načrtovanih. Prav tako je bilo načrtovanih 10 milijonov SIT za plačilo pilotnim

izvajalcem zdravstvenih storitev za spremljanje in poročanje o pilotni uvedbi, vendar se vsi izvajalci na to ponudbo niso odzvali.

V letu 2006 so nastali izdatki za spremljanje pilotne uvedbe (nekateri računi so zapadli šele v letu 2006) ter izdatki za nacionalno uvedbo (predvsem nadgradnja programske opreme pri izvajalcih zdravstvenih storitev, optimizacija API-jev). Realizacija plana za leto 2006 je bila torej 91-odstotna.

Projekt je bil tako v celoti izveden v okviru načrtovanih stroškov. Celotni stroški projekta so znašali 44.892.230,75 SIT.

3. Organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih

Posamezni razpravljalci na skupščini ZZZS so izrazili željo po določenih bolj podrobnih podatkih o organizacijski klimi in zadovoljstvu zaposlenih na ZZZS v letu 2006. Pojasnila in podatki so predstavljeni v nadaljevanju.

V letu 2006 sta bila v okviru primerjalnega raziskovanja organizacijske klime v slovenskih organizacijah ponovno izmerjena organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih na ZZZS. Merjenje je potekalo na izbranem reprezentativnem vzorcu zaposlenih v skladu z metodologijo SiOK (slovenska organizacijska klima).

V primerjavi z letom 2005 je bilo zaznati upad skupne povprečne klime in sicer iz 3,43 na 3,21 ter povprečnega zadovoljstva iz 3,81 na 3,53. Ob analizi in predstavitvi organizacijske klime so bila izpostavljena predvidevanja, da so možni razlogi za znižanje zadovoljstva zaposlenih in organizacijske klime nenehni pritiski zunanjega okolja. Predvsem je šlo v letu 2006 za številne napovedi naslednjih sprememb v okolju: spremembe zakonodaje, uradnih ur, zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju, negotovost glede novega plačnega sistema in zmanjševanja plana kadrov. Od notranjih sprememb pa so učinkovale tudi: pričakovane spremembe v vodstvu Zavoda, vpliv teh sprememb na procese vodenja in posledično na zadovoljstvo zaposlenih.

Slika 6. Organizacijska klima na ZZZS v primerjavi s povprečjem v SiOK, 2005/06

	ZZZS 2005	ZZZS 2006	SiOK 2005	SiOK 2006
Odnos do kakovosti	3,82	3,67	3,73	3,71
Inovativnost in iniciativnost	3,65	3,43	3,56	3,55
Motivacija in zavzetost	3,60	3,41	3,47	3,47
Pripadnost organizaciji	3,62	3,40	3,40	3,36
Notranji odnosi	3,45	3,25	3,31	3,31
Strokovna usposobljenost in učenje	3,62	3,49	3,25	3,29
Vodenje	3,54	3,11	3,25	3,26
Poznavanje poslantva in vizije ter ciljev	3,46	3,30	3,24	3,24
Organiziranost	3,51	3,32	3,20	3,22
Notranje komuniciranje in informiranje	3,31	3,02	2,96	2,99
Razvoj kariere	2,89	2,61	2,72	2,76
Nagrajevanje	2,74	2,48	2,77	2,72
Zadovoljstvo	3,81	3,53	3,45	3,47

Primerjava rezultatov s povprečjem SiOK 2006 pokaže (slika 6), da je bila dobra polovica oz. sedem kategorij ocenjenih nekoliko nižje od povprečja SiOK, šest pa nad povprečjem SiOK ali zelo blizu povprečja SiOK.

Rezultati organizacijske klime so bili podrobno obravnavani na kolegiju ZZZS, direktorji organizacijskih enot pa so jih predstavili sodelavcem in pričeli tudi z izvajanjem ukrepov za izboljšanje organizacijske klime. Za leto 2007 je bila sprejeta odločitev, da bo izvedeno merjenje organizacijske klime vseh zaposlenih na ZZZS.

Viri:

1. Spletna stran Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: <http://www.zzzs.si/>
2. Robida A (ur.). Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2006.
3. Cerda E, Pablos L, Rodriguez MV. Waiting lists for surgery. V: Hall RW (ur.). Patient flow: reducing delay in healthcare delivery. Los Angeles: University of Southern California, 2006.
4. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Paper No. 6 and 7, Directorate for employment, labour and social affair, 2003
5. Poslovna poročila ZZZS za leta od 1995 do 2006. Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 1996-2007

Ljubljana, 17. 9 .2007

Strokovna služba
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije