

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

DIPLOMSKA NALOGA

ANALIZA POSLOVNEGA OKOLJA V  
ZDRAVSTVU

HANA DEMA

KOPER, 2009



UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER

Diplomska naloga

ANALIZA POSLOVNEGA OKOLJA V  
ZDRAVSTVU

Hana Dema

Koper, 2009

Mentor: doc. dr. Andrej Bertoncelj



## **POVZETEK**

V diplomski nalogi je obravnavano poslovno okolje na področju zdravstva, analizirani so tudi zunanji in notranji dejavniki, ki vplivajo na uspešnost poslovanja. V današnji sodobni, na znanju temelječi družbi in gospodarstvu so spremembe edina gotovost, kar je pritegnilo tudi mojo pozornost med proučevanjem. V osrednjem delu naloge predstavljam vlogo managementa v zdravstvu, ki mora z dobro premišljenim strateškim upravljanjem vlagati velike napore za doseganje ciljev. Osnovno vodilo je večja učinkovitost, želja po kakovostni in varni zdravstveni oskrbi ter posledično zadovoljni pacienti. V zaključnem delu sledi analiza zadovoljstva bolnikov, spoznanja so povezana z rezultati raziskave, posredovane so ugotovitve in predlogi izboljšav.

*Ključne besede:* management, spremembe, zdravstveni sistem, pacient, kakovost, zadovoljstvo

## **SUMMARY**

The thesis deals with the business environment in the field of health care. It also analyses the external and internal factors that influence the efficiency of business. In today's modern, knowledge-based society and economy changes are the only certainty, which attracted my attention during research. In the central part of the thesis I present the role of management in health care, which must devote great effort to the attainment of goals by means of well-considered, strategic management activities. The basic principles are greater efficiency, the desire for quality and safe health care and, consequently, satisfied patients. The final part introduces the analysis of patient satisfaction. The findings are connected with the results of the research, and conclusions and suggestions for improvements are offered.

*Key words:* management, changes, health care system, patient, quality, satisfaction

**UDK:** 658:629.5.046.6(043.2)



## VSEBINA

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Uvod .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Analiza poslovnega okolja.....</b>                            | <b>3</b>  |
| 2.1      | Teoretične podmene sodobnega poslovanja .....                    | 3         |
| 2.2      | Poslovno okolje .....  | 5         |
| 2.2.1    | Naravno okolje in zdravje .....                                  | 7         |
| 2.2.2    | Zdravje .....  | 7         |
| 2.2.3    | Nastanek zdravstvenih sistemov .....                             | 8         |
| 2.3      | Spremembe v zdravstvenem sistemu .....                           | 11        |
| 2.4      | Sistem zdravstvenih dejavnosti .....                             | 13        |
| 2.4.1    | Funkcije zdravstvene delavnosti .....                            | 14        |
| 2.4.2    | Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost.....          | 14        |
| <b>3</b> | <b>Management v zdravstvu .....</b>                              | <b>17</b> |
| 3.1      | Management znanja.....   | 18        |
| 3.2      | Sodobni manager.....   | 19        |
| 3.2.1    | Ključne kompetence, kvalitete uspešnih voditeljev .....          | 20        |
| 3.2.2    | Etika v zdravstvu.....   | 21        |
| 3.2.3    | Čustvena inteligenca .....                                       | 21        |
| 3.2.4    | Vrednote .....   | 22        |
| <b>4</b> | <b>Informatika v zdravstvu.....</b>                              | <b>23</b> |
| <b>5</b> | <b>Kakovost in poslovna odličnost v zdravstvu.....</b>           | <b>27</b> |
| 5.1      | Subjektivna narava koncepta kakovosti .....                      | 27        |
| 5.2      | Opredelitev ciljev, kazalnikov in enot merjenja uspešnosti ..... | 29        |
| 5.3      | Uravnoteženi sistem kazalnikov .....                             | 29        |
| 5.3.1    | Kazalniki vidika strank .....                                    | 31        |
| 5.3.2    | Finančni vidik .....   | 32        |
| 5.3.3    | Vidik notranjih poslovnih procesov .....                         | 32        |
| 5.3.4    | Vidik učenja in rasti .....                                      | 33        |
| 5.4      | Kategorizacije za optimizacijo kadrovanja .....                  | 34        |
| <b>6</b> | <b>Zadovoljstvo bolnikov .....</b>                               | <b>37</b> |
| 6.1      | Merjenje zadovoljstva bolnikov .....                             | 37        |
| 6.2      | Opis vzorca.....   | 38        |
| 6.3      | Rezultati ankete in primerjave z letom 2008.....                 | 39        |
| 6.4      | Rezultati in razlaga analize.....                                | 45        |

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>7 Sklep.....</b>     | <b>47</b> |
| <b>Literatura .....</b> | <b>53</b> |
| <b>Viri .....</b>       | <b>54</b> |



## TABELE

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Tabela 2.1  | Strokovne institucije v zdravstvu.....  | 9  |
| Tabela 2.2  | Strategije za uvajanje sprememb .....   | 12 |
| Tabela 5.1  | Hipotetični primer raznolikosti presoje kakovosti posameznih razsežnosti, prvin in odnosov v zdravstvenem sistemu s pomočjo individualnih kazalnikov kakovosti..... | 28 |
| Tabela 5.2  | Kazalniki vidika strank.....  | 31 |
| Tabela 5.3  | Kazalniki finančnega vidika .....   | 32 |
| Tabela 5.4  | Kazalniki notranjih procesov .....  | 33 |
| Tabela 5.5  | Kazalniki vidika učenja in rasti .....  | 33 |
| Tabela 5.6  | Zdravstveni profili .....   | 34 |
| Tabela 5.7  | Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege, primerjava po letih.....   | 35 |
| Tabela 6.1  | Starostna struktura .....   | 38 |
| Tabela 6.2  | Struktura po spolu.....   | 39 |
| Tabela 6.3  | Kakšen vtis ste dobili pri nas? .....   | 39 |
| Tabela 6.4  | Mnenje bolnikov o odnosu osebja ob sprejemu .....   | 40 |
| Tabela 6.5  | Ali so bolniki seznanjeni s hišnim redom ob sprejemu? .....   | 40 |
| Tabela 6.6  | Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno oskrbo v bolnišnici?.....   | 41 |
| Tabela 6.7  | Ali ste bili zadovoljni z izvajanjem zdravstvene nege in delom medicinskih sester? .....  | 42 |
| Tabela 6.8  | Ali je bila varovana vaša zasebnost pri postopkih in posegih?.....  | 42 |
| Tabela 6.9  | Ali ste bili dovolj razumljivo informirani o preiskavi oziroma operaciji? ..  | 43 |
| Tabela 6.10 | Ali ste seznanjeni s pravicami bolnikov? .....  | 44 |

## SLIKE

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Slika 2.1 | Elementi analize PEST .....  | 6  |
| Slika 2.2 | Dogovori med partnerji in pogodbe o izvajanju zdravstvenih programov .....                               | 10 |
| Slika 4.1 | Računalniška izmenjava podatkov v zdravstvenem sistemu po uvedbi kartice zdravstvenega zavarovanja ..... | 25 |
| Slika 5.1 | Ustroj uravnoteženega sistema kazalnikov.....  | 30 |
| Slika 5.2 | Kategorija zahtevnosti t-2.....  | 35 |
| Slika 5.3 | Kategorija zahtevnosti t-1 .....   | 35 |
| Slika 5.4 | Kategorija zahtevnosti t.....  | 36 |
| Slika 6.1 | Vtisi bolnikov ob sprejemu v bolnišnico .....  | 39 |
| Slika 6.2 | Mnenje bolnikov o odnosu osebja ob sprejemu .....  | 40 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Slika 6.3 | Ali so bolniki seznanjeni s hišnim redom ob sprejemu? .....                                 | 41 |
| Slika 6.4 | Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno oskrbo v bolnišnici? .....                            | 41 |
| Slika 6.5 | Ali ste bili zadovoljni z izvajanjem zdravstvene nege in delom<br>medicinskih sester? ..... | 42 |
| Slika 6.6 | Ali je bila varovana vaša zasebnost pri postopkih in posegih?.....                          | 43 |
| Slika 6.7 | Ali ste bili dovolj razumljivo informirani o preiskavi oziroma operaciji? .                 | 44 |
| Slika 6.8 | Ali ste seznanjeni s pravicami bolnikov? .....  | 44 |

## **KRAJŠAVE**

|      |  |
|------|--|
| EZZ  | elektronski zdravstveni zapisi             |
| FM   | Fakulteta za management Koper              |
| IS   | informacijski sistem                       |
| IT   | informacijska tehnologija                  |
| ZZZS | Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije |



## 1 UVOD

Zahteve makroekonomskega okolja in globalne družbene spremembe vplivajo tudi na spremembe v javnih zavodih ter zahtevajo predvsem prožnost, hitrost in ustreznost odzivanja, ekonomičnost poslovanja, inovacije ter njihovo implementacijo. Odvisne so od bolnišnice in njene organizacijske kulture, ozračja, vodenja, osebnostnih lastnosti zaposlenih, značaja ter načina razmišljanja.

Namen diplomske naloge je pregledati, proučiti in analizirati teoretična spoznanja o delovanju zdravstvenega sistema in povezati teoretična izhodišča z obstoječo prakso delovanja v zdravstvenih organizacijah.

Cilji naloge so kakovostne podlage za boljše strateško in učinkovito odločanje managementa v zdravstvu, prikaz pomena razumevanja fleksibilnosti, inovativnosti podobnosti ter razlik v zvezi z uspešnim poslovanjem različnih zdravstvenih sistemov v sodobnem poslovanju.

Diplomska naloga je sestavljena iz šestih poglavjih. Prvo poglavje predstavlja uvod. V drugem poglavju so prikazana teoretična izhodišča poslovnega okolja, okolje nepridobitnih organizacij oziroma zdravstveno okolje. V razvitih državah se organizacije delijo v dve skupini. V prvo se uvrščajo organizacije, ki gospodarstvu dnevno prinašajo novo ekonomsko, oprijemljivo dodano vrednost, od katere je odvisen tako razvoj države kot tudi družbe. Te organizacije se imenujejo podjetja. Drugo skupino sestavljajo nepridobitne organizacije, katerih temeljni smoter je zadovoljevanje družbeno nujnih potreb, ki jih sicer pridobitni sektor ne more zadovoljiti. Te organizacije delujejo torej v družbeno korist, izvajanje njihovih dejavnosti in iz njih izhajajoče dobrine oziroma storitve pa so dostopne vsem – celotnemu prebivalstvu države ali določeni interesni skupini. V Sloveniji in ostalih razvitih državah pomen, vloga in število posameznih oblik nepridobitnih organizacij narašča iz leta v leto.

Tretje poglavje predstavlja sodobni management v zdravstvenem sistemu. Ljudje v želji po večjem blagostanju izboljšujemo, spreminjamo okolje in snujemo organizacije, saj se zavedamo, da lahko s složnim sodelovanjem dosežemo mnogo več, kot bi dosegli sami. Za učinkovito reševanje problemov, ki nastajajo v sodobnih organizacijah in družbah, je treba strniti znanja, napore, izkušnje ter prizadevanja večjega števila ljudi, saj en sam človek, zaradi vse večje sestavljenosti in hitrosti sprememb, ne more več obvladovati nastajajočih sprememb. Kompleksnost delovnih nalog, informacijska prenasičenost, pojav vedno novih tehnologij in zahtev po učinkoviti izrabi človeških virov silijo organizacije, da se njenih ljudi nenehno izobražujejo.

V četrtem poglavju je poudarjena pomembnost informatike v zdravstvu. V sodobnem svetu je namreč strateški pomen informacijske tehnologije precenjen tako v očeh managerjev kot informatikov. Oboji jo pogosto izpostavljajo in se k njej zatekajo v pričakovanju 'čudežnega' izboljšanja poslovne uspešnosti. Z razvojem novih možnosti

in priložnosti, ki jih nudi informacijska tehnologija, se ob že uveljavljeni prenovi in informatizaciji poslovanja v strateških načrtih čedalje bolj izpostavlja vloga le-te pri podpori prenove izdelkov ter storitev, pa tudi ustvarjanju novih potreb in priložnosti na tržišču. Slednje je zlasti izrazito ob uveljavljanju elektronskega poslovanja.

V petem poglavju so predstavljeni kakovost, kategorizacije in kazalniki kakovosti v zdravstvenem sistemu. V sodobnem času se družbe razvitega sveta vse bolj zanimajo za zdravje, kar z vidika države zahteva neprestano izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe, pa tudi celotnega zdravstvenega varstva. Naraščanje zdravstvenih potreb, zahtev in pričakovanj ljudi lahko povzroči nastajanje motenj, ki bolj ali manj ovirajo delovanje javnega zdravstvenega zavoda ali celo njegov prehod v neželjeno stanje.

V šestem delu diplomske naloge je opredeljeno zadovoljstvo bolnikov, ki ga je mogoče doseči le z zagotavljanjem kakovostnih storitev, s spoštovanjem in upoštevanjem tudi bolnikovih mnenj ter spoštovanjem in upoštevanjem moralno-etičnih vrednot. Zdravstvena oskrba pacientov je celostni proces, poudarek je zlasti na razvijanju partnerskega odnosa do bolnika ter zagotavljanju skladnosti med bolnikovimi potrebami in razpoložljivimi storitvami, usklajevanju storitev za bolnike, ugotavljanju in spremljanju zahtev ter zadovoljstvo vseh uporabnikov storitev (pacienti, svojci, napoteni zdravniki, poslovni partnerji, lokalne skupnosti, država, ostali zdravstveni zavodi itd.).

Pri pripravi teoretičnega dela diplomske naloge sem uporabila domačo in tujo strokovno literaturo z omenjenega področja ter druge dostopne vire, znanja, pridobljena v času izrednega študija na Fakulteti za management v Kopru, in delovne izkušnje pri delu v zdravstvu. Uporabljeno literaturo in druge vire predstavljajo predvsem sekundarni (knjige, revije, publikacije), nekateri primarni (poročila, diplomska, specialistična in magistrska dela, poročila konferenc) ter deloma tudi terciarni viri (enciklopedije, slovarji, bibliografije). Poleg analitskih postopkov (zbiranje, urejanje, razvrščanje, primerjanje itd.) in metod (statistične in numerične) so uporabljeni še slikovni prikazi ter preglednice. Osnovna uporabljena metoda je splošna raziskovalna metoda spoznavnega procesa. Pri raziskavi omenjene problematike sem upoštevala osnovne značilnosti znanstvene deskripcije, kar pomeni, da sem poleg zbiranja in urejanja obstoječih podatkov ter informacij posamezne ugotovitve med seboj primerjala, vrednotila in ustrezno interpretirala. Delo temelji na metodah komparacije, analize in sinteze, delno tudi klasifikacije. Ocenjujem, da je izbrana metodologija dokaj pojasnila obstoječe stanje v zdravstvenem sistemu ter utemeljila potrebe in predloge za razvoj v prihodnje, pri zagotavljanju še večje kakovosti v zdravstvenem sistemu in pospeševanju zadovoljstva bolnikov z zdravstvenimi storitvami.

## 2 ANALIZA POSLOVNEGA OKOLJA

### 2.1 Teoretične podmene sodobnega poslovanja

Razviti svet poznamo po vrtoglavi hitrosti sprememb in prekomerni ponudbi tržnih dobrin. Brez znanja in fleksibilnosti, zaradi hitrosti sprememb in procesne narave dela, ni mogoče več slediti nastajajočim izzivom v okolju ter znotraj sodobne organizacije. Če so zaposleni nekoč prisegali na brezpogojno lojalnost organizacijam in odgovornost lastnikom kapitala, prisegajo danes na odgovornost do okolja, družbeno odgovornost in zvestobo etičnim ter moralnim načelom.

Če želi biti podjetje oz. organizacija v današnjem času uspešna, mora podpirati spremembe in razviti politiko načrtne inovativnosti. Spremembe sicer prinašajo tveganje, poleg tega pa tudi priložnosti. Zato je prav, da se podjetje ali organizacija na spremembe dejavno odziva.

V današnjem poslovanju in življenju nasploh lahko govorimo o petih kompleksnih, odprtih, medsebojno povezanih in dinamičnih značilnosti skupnega makro trenda, med katerimi ni mogoče zastavljati ostrih lončnic. Gre za naslednje pojave oziroma procese: internacionalizacija (globalizacija), inovativnost, fleksibilnost, informatizacija in marketing.

Te značilnosti posegajo v prav vse domene kakršnih koli že družbenih, podjetniških ali individualnih aktivnosti. K temu spletu je treba dodati še kaotičnost, kompleksnost in sinergijo, ki kot močne silnice, imanentne samemu okolju, vplivajo na obliko, zanesljivost in trajanje značilnosti trenda (Dubrovski 2004, 16).

*Internacionalizacija* postavlja vse ekonomske subjekte v medsebojno odvisnost. Razen rastoče medsebojne odvisnosti vplivata na internacionalizacijo vseh procesov tudi dinamičnost in intenzivnost strukturnih sprememb v svetovnem gospodarstvu, kamor se lahko uvrščajo intenzivne tehnološko inducirane spremembe ter radikalna struktura preoblikovanja institucionalnega, organizacijskega, ekonomskega in tehnološkega značaja.

*Inovativnost* je bistvo ekonomije. Kaže se v pospešenem nastajanju novih področjih dejavnosti tretje tehnološke revolucije (robotika, biotehnologija, informacijska, programska, komunikacijska in vesoljska tehnologija, mikroelektronika, energetska tehnologija, tehnologija materialov), četrte tehnološke revolucije (laserska tehnologija, jedrska fuzija, umetna inteligenca, nanotehnologija), pa tudi novih načinov dela (fenomen naredi-sam). Inovativnost ne zajema samo razvoja novih izdelkov ali relevantne modifikacije obstoječih, temveč tudi razvoj novih raziskovalnih metod, izpopolnjenih marketinških pristopov, krepitev storitvene verige vrednosti in nasploh vseh nematerialnih sestavin, ki so del ponudbenega paketa.

*Marketing* je način razmišljanja, vedenja in delovanja oseb ter organizacij, v njegovem središču pa je potrošnik s svojimi potrebami in zahtevami, ki jih je treba, da

bi lahko uresničevali lastne smotre ter cilje, zadovoljevati v popolnosti. Marketing ne prežema le gospodarskih (pridobitnih) organizacij, temveč tudi druga področja (izobraževalne, raziskovalne, politične, državne in druge organizacije).

*Informatizacija* predstavlja dramatične spremembe v informacijski družbi. Sredstvo teh sprememb je informacijska tehnologija, ki je na eni strani neposredni vzrok informacijske družbe, na drugi pa tudi njena prva posledica. Gre za njen poudarjen vpliv na področja industrije, podjetij, organizacij, zdravstva, strategij struktur, konkuriranja in marketinga, s tem pa tudi družbe kot celote («revolucija družbene inteligence») (Dubrovski 2004, 17).

*Fleksibilnost* se odraža v nastanku novih (mehkih) organizacijskih oblik in njihovih povezav brez funkcijskih preprek, je del tistega, kar Peters imenuje »prava stvar« (right stuff) za prihodnost ob konstantnih inovacijah in kakovosti (Dubrovski 2004, 18).

K omenjenemu spletu značilnosti skupnega trenda je treba dodati še nekatere posebnosti sodobnega okolja. Nenehni bolj ali manj presenetljivi dogodki, procesi in pojavi pričajo o globokih in hitrih spremembah v današnjem življenjskem ter poslovnem okolju. Teoretične okvire današnjega poslovanja predstavlja splet petih teorij, ki na način teoretičnega diskurza vplivajo na tvorjenje različnih poslovnih pristopov, hkrati pa relativizirajo zanesljivost in uporabnost načrtovanja. Gre za: *Teorijo kaosa*; v determinantnem kaosu (zgolj) racionalno razmišljanje izgublja na veljavi, saj ima lahko vsaka, tudi najmanjša sprememba neslutene posledice. V povezavi s tem je poznan t. i. učinek metulja, ki pomeni, da lahko zamah krila metulja v Ljubljani povzroči v Ameriki čez leto dni pravi orkan. *Teorija kompleksnosti*; je povezana oziroma prepletena s teorijo kaosa, saj razkriva obnašanje sistema na robu kaosa. Osrednja teorija kompleksnosti je oblikovanje lastnega načina delovanja ali samoorganizacija, po kateri se dinamični sistemi sami organizirajo, ko se razvijajo. *Kontingenčna teorija* (tudi situacijska); izhaja iz predpostavke, da okolje odločilno vpliva na oblikovanje organizacije oziroma, da je organizacijska oblika odvisna od značilnosti okolja. *Teorija oblike ali celote*; pot do poznavanja celote vodi samo prek analize celote kot takšne. *Teorija sinergije*; temelji na pojmu sinergije, ki pomeni sodelovanje, vzajemno pomoč, družno delovanje, sodelovanje dveh ali več sil ali organov.

Ker je torej dogajanje v okolju vse intenzivnejše, pri tem pa manj linearno in napovedano, je treba toliko bolj pozorno spremljati dogajanja v okolju. To predstavlja pred management v ospredje stalno budnost in pripravljenost za spreminjanje. (Dubrovski 2004, 19).



## **2.2 Poslovno okolje**

Naše sedanje poslovno okolje je Evropska unija, vendar naša prihodnost leži v še večji vpletenosti v globalizacijske tokove in v integraciji z razvitimi gospodarstvi po svetu. Živimo v obdobju, kjer so edina stalnica nenehne spremembe (Bertoncelj 2008, 1).

Globalne spremembe vplivajo tudi na javno zdravstvo. Za zdravstvo je analiza demografskega okolja eden od zelo pomembnih korakov v pripravi nadaljnje strategije raziskav in razvoja. V preteklosti se je analiza nanašala predvsem na analizo starostne strukture, spola in vrste zdravstvenega zavarovanja. Demografsko okolje se danes povečuje še bolj v globino, in sicer zaradi:

- etničnih raziskav,
- psihografskih značilnosti,
- kroničnih bolezni,
- združevanja v 'skupine' bolnikov.

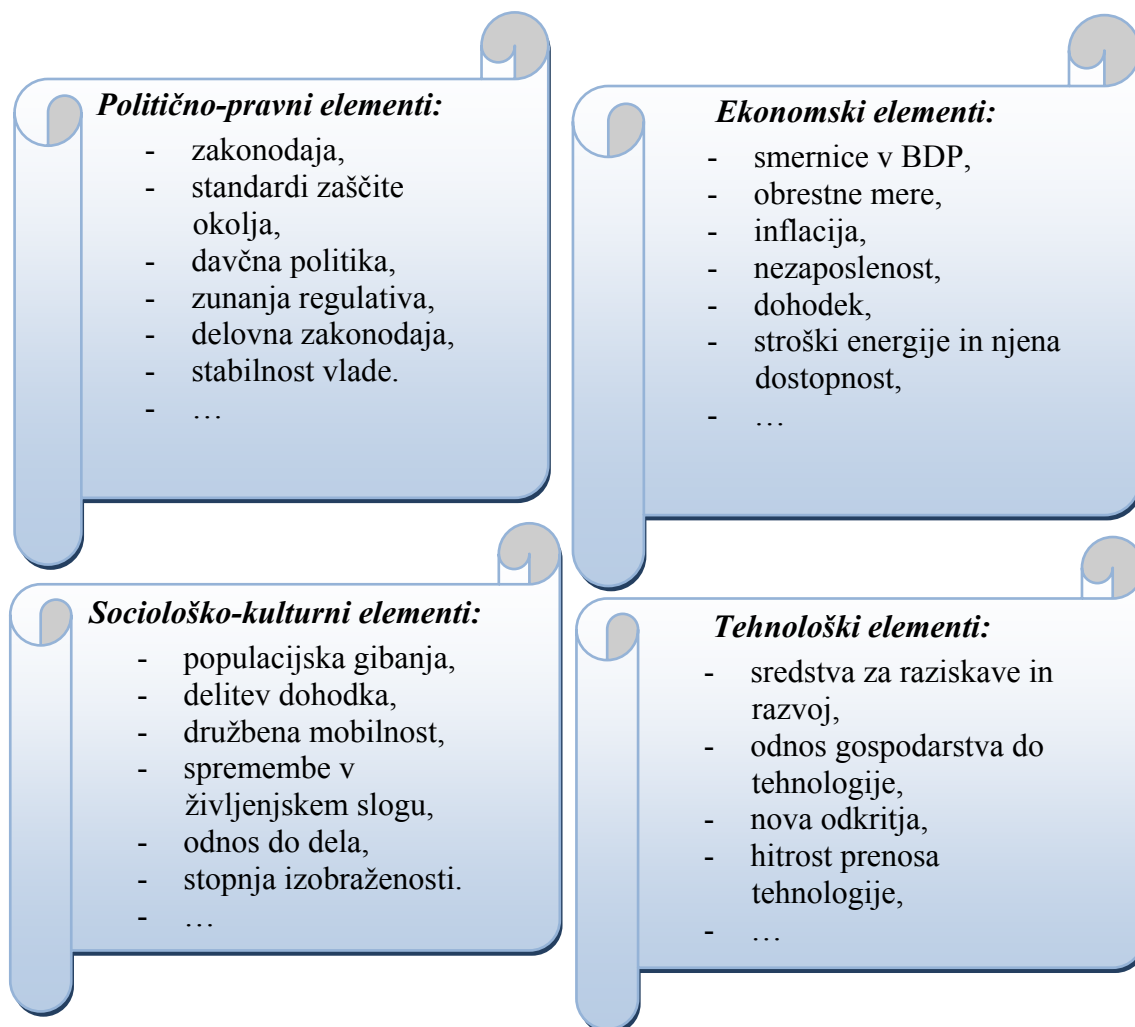
Na podjetje je možno gledati kot na podsistem v okviru nekega širšega sistema okolja. Podjetje deluje v nekem naravnem in družbenem okolju. Glede na značilnosti ga je možno razdeliti na manjše celote, na manjša okolja ali podokolja. Tako lahko vpliv na podjetje razdelimo na vsaj pet manjših okoljskih celot: naravno okolje, gospodarsko okolje, tehnično-tehnološko okolje, politično-pravno okolje in kulturno okolje. Ta okolja dajejo podjetju določene možnosti za uspešno poslovanje, po drugi strani pa ga omejujejo.

Izhodišče za strateško planiranje v podjetju lahko predstavljajo planske predpostavke, ki jih v organizaciji na dolgi rok postavljajo njena podokolja ter zahtevajo izdelane ocene ključnih dejavnikov v okolju prihodnosti, pregled ugotovitev v preteklosti opravljenih analiz poslovanja in izdelano vizijo ter poslanstvo organizacije (Dubrovski 2004, 20–26).

Širše okolje proučujemo tudi s pomočjo analize PEST. Ključna vprašanja pri tem se nanašajo na dogajanje v ožjem poslovnem okolju in kateri od teh elementov so najpomembnejši danes ter kateri bodo v prihodnje.

Pri tej analizi preučujemo širše poslovno okolje podjetja oziroma politično-pravne, ekonomske, sociološko-kulturne in tehnološke smernice ter dogajanja, ki vplivajo na spreminjanje odločitev in poslovni uspeh podjetja (Hočevar, Jaklič in Zagoršek 2003, 19).

Slika 2.1 Elementi analize PEST



Vir: Hočevnar 2001, 19.

Analiza okolja je torej proces, s katerim skušamo nadzirati zunanje sektorje ter tako izluščiti priložnosti in nevarnosti, ki jih okolje organizaciji nudi. Na osnovi učinkovite analize so pravilno predvideni dejavniki okolja v današnjih zaostrenih pogojih gospodarjenja ne le osnova za pravilno planiranje in vodenje organizacije, temveč tudi predpogoj za njegovo uspešno poslovanje z zahtevami ter potrebami okolja, zato je za vsako organizacijo temeljnega pomena pravočasno spoznavanje okolja in njihovih potreb.

Ker pa se zunanje okolje spreminja, v naslednjem časovnem obdobju izbrana strategija ne zagotavlja več uspešnosti organizacije, zato mora slednja ustrezno spremeniti strategijo in zmožnosti, da ohranja skladnost med temeljnimi zmožnostmi ter izbrano strategijo in med strategijo ter zunanjim okoljem (Biloslavo 2006, 41).

### **2.2.1 Naravno okolje in zdravje**

Če so razna plemena in ljudstva pred tisoč leti ugotavljala določeno povezanost med nekaterimi stanji v naravnem okolju in pojavom bolezni, je današnje človeštvo glede tega še bolj občutljivo. Razni posegi v naravo in njeno onesnaževanje so posledica čedalje večjih potreb človeštva po hrani in drugih potrebščinah za preživetje naraščajočega števila ljudi na zemlji, potrošniške naravnosti družbe, želj in prizadevanj po ustvarjanju dobička ter višjega standarda, novih tehnologij in industrijske proizvodnje ter spremenjenih življenjskih navad človeštva skorajda na celotni zemeljski obli. Uporaba velikih količin umetnih gnojil, pesticidov in herbicidov povzroča, da ta prehajajo ne samo v izdelke, temveč ostajajo v zemlji in zastrupljajo podtalne vode. Vse te snovi prehajajo s hrano in vodo v človeški organizem ter včasih akutno, še pogosteje pa skozi daljši čas povzročajo motnje v njegovem delovanju in bolezni. Podobno je z onesnaževanjem zraka, v katerega tovarne, termoelektrarne, avtomobili in gospodinjstva (z ogrevanjem) izpuščajo ogromne količine izpušnih plinov ter strupenih snovi in prašnih delcev. Posledice tega so dvojne. Te snovi z dežjem in padavinami prihajajo nazaj na zemeljsko površino, tudi v rastline, nato pa s hrano preidejo v človeško telo, ki ga podobno kot tudi rastline postopno zastrupljajo. Drugi način njihovega delovanja na človeka je vdihavanje onesnaženega zraka, kar lahko povzroči obolenja dihal, rakasta obolenja in alergije. Posledica nenadzorovanega izpuščanja plinov v zrak je tudi ozonska luknja, zaradi katere se povečuje vpliv ultravijoličnega sevanja na zemljo in na njej živeča bitja. Vpliv vseh teh snovi in onesnaževanja okolja na zdravje ljudi je velik, čeprav ga ni mogoče količinsko izraziti. Tako se je človeštvo ujelo v past lastnega demografskega in ekonomskega razvoja. Onesnaženo okolje je eden izmed dejavnikov, ki močno vpliva na zdravje ljudi (Toth 2003, 20–21).

Zasnova ekološkega posodabljanja vključuje gospodarnostno ekologijo z uvajanjem gospodarskega vrednotenja narave. Okoljevarstvena razmišljanja morajo postati del strateškega odločanja (Kralj 2002, 121).

### **2.2.2 Zdravje**

Definicija koncepta zdravja je problematična, saj se dosedANJI poskusi soočajo z nezmožnostjo celostno definirati pojem. Najuspešnejša pri tem se zdi definicija, ki jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija, ta pa zdravje opredeljuje kot stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni (Klemenc in Pahor 2001, 131).

Zdravje je vrednota, ki jo ljudje v javnomnenjskih raziskavah vselej postavljajo na prvo mesto. Je prvi pogoj za kakovost življenja in blaginjo posameznika. Vprašanje je, ali se tega kot posamezniki vseskozi zavedamo in ustrezno ukrepamo. Zdravje ljudi

odločilno vpliva na delovne sposobnosti in delavnost. Zato je zadovoljivo zdravje posameznika in skupnosti tudi javni interes (Česen 2006, 23). Iz definicije zdravja in spoznanja o dejavnikih, ki ga opredeljujejo, izhaja pomemben praktičen zaključek, da ni zdravja, ki ga ne bi bilo mogoče še izboljšati. Takšna trditev velja predvsem za zdravje prebivalstva na določenem območju, v veliki meri pa tudi za posameznika. Možnost vplivanja na dejavnike, ki so pomembni za zdravje, so povezane tudi z močjo in pristojnostjo sprejemati odločitve na posameznih ravneh. V sodobni družbi si to odgovornost lahko predstavljamo kot formalno ali neformalno posebej organizirano dejavnost, v katero so vključeni in povezani v verigo posameznik- njegova družina- delodajalec – zdravstvena služba – lokalna skupnost – država – mednarodne organizacije. Vsi ti so v medsebojni dvosmerni navezi in drug drugemu odgovorni za zdravstveno stanje (Toth 2003, 67).

### **2.2.3 Nastanek zdravstvenih sistemov**

Z uveljavljanjem spoznanja, kako je zdravje odvisno od vplivov okolja, so se krepile in širile različne družbene, pravne in organizacijske aktivnosti na različnih področjih, s katerimi so posamezne države ter skupine ljudi želele doseči boljše zdravje. Te so bile lahko specifične, pogosto pa tudi posredne in so posegale na različna področja človeškega delovanja, vendar so bile vse usmerjene k cilju izboljšanja zdravja.

V sodobnem času izvajajo ljudje vrsto aktivnosti, za katere se niti ne zavedajo, da so namenjene njihovem zdravju ali zdravju drugih ljudi v njihovi okolici. Vse te aktivnosti je bilo treba povezati v celoto in jih uskladiti, kar se je zgodilo s sprejemom ter uveljavitvijo raznih predpisov in moralnih ter etičnih norm posameznih držav in tudi mednarodnih organizacij. Nastali so sistemi zdravstvenega varstva, ki pomenijo zavestno in usklajeno delovanje ter prizadevanja posamezne države za doseganje ciljev boljšega zdravstvenega stanja in kakovosti življenja ljudi (Toth 2003, 92).

V sistemsko-teoretskem pristopu je treba vedno opredeliti stopnjo odvisnosti sistema od njegovega okolja. Zdravstveni sistem je po definiciji odprt sistem, ker komunicira s svojim okoljem (z drugimi družbenimi sistemi, z gospodarskim okoljem, s političnim okoljem, kulturo, tradicijami in vrednotami, pravnim okoljem in podobno) in je od njega tudi pomembno odvisen. Strokovne institucije v zdravstvu delujejo v okviru javnih zavodov, zdravstvenih zavarovalnic, zbornic in združenj, sindikatov, posvetovalnih organov Ministra za zdravje ter izobraževalnih institucij. Javni zavodi vključujejo: zdravstvene domove, bolnišnice, lekarnе, zavode za zdravstveno varstvo ter zdravilišča, medtem ko obvezno zdravstveno zavarovanje vodi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa zavarovalnice (Ministrstvo za zdravje RS 2009).

**Tabela 2.1** Strokovne institucije v zdravstvu

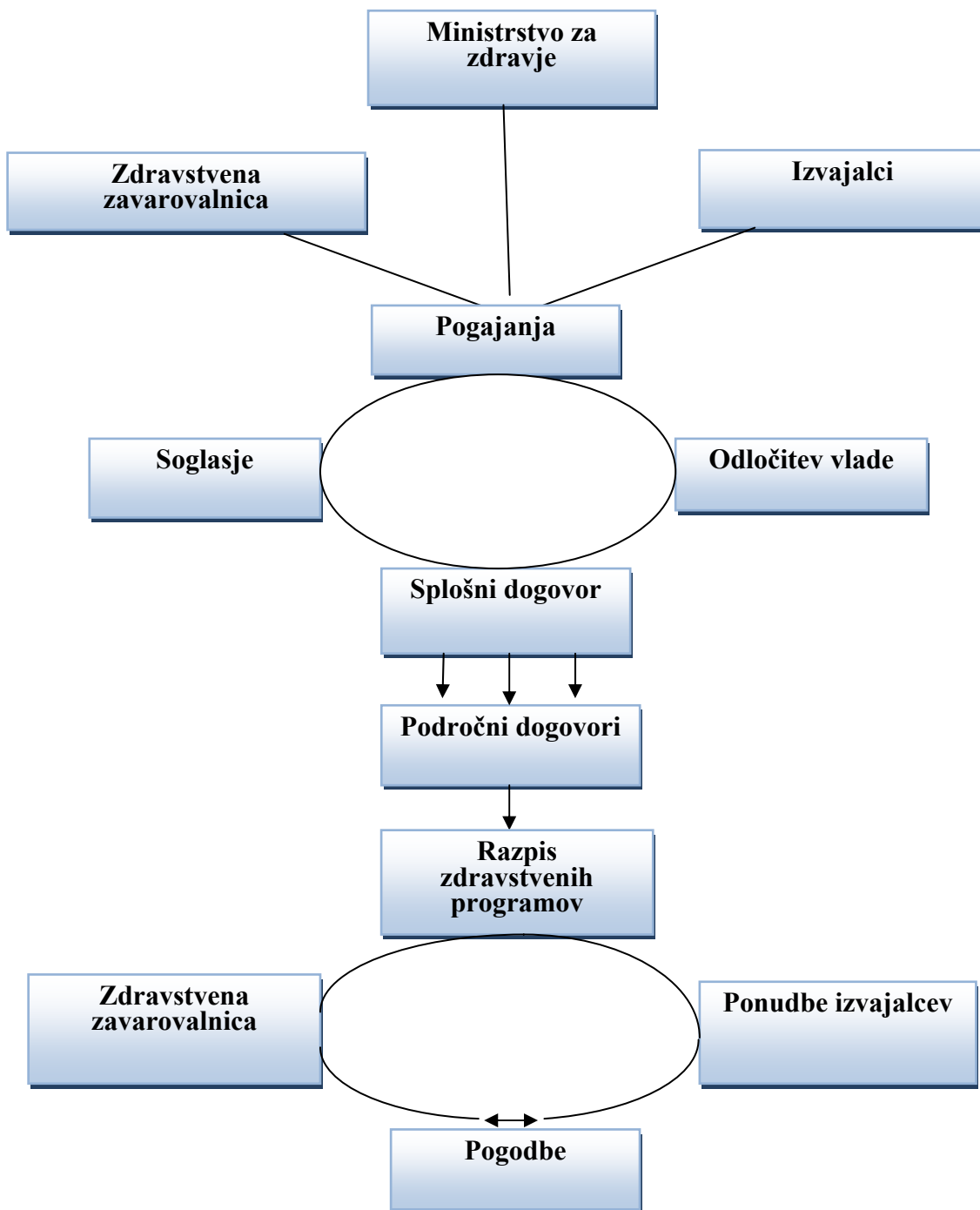
|   |  |
|---|--|
| Javni zavodi                                  | Zdravstveni domovi, bolnišnice, lekarne, zavodi za zdravstveno zavarovanje, zdravilišča                                  |
| Zdravstveno zavarovanje                       | Obvezno zdravstveno zavarovanje (Zavod za zdravstveno zavarovanje), prostovoljno zdravstveno zavarovanje (zavarovalnice) |
| Zbornice in združenja                         | Zdravniška zbornica, Lekarniška zbornica, Združenje zdravstvenih zavodov itd.  |
| Sindikati                                     | Sindikati delavcev v zdravstveni negi, Sindikat farmacevtov, Sindikat zdravnikov   |
| Posvetovalni organi<br>Ministrstva za zdravje | Zdravstveni svet, razširjeni strokovni svet  |
| Izobraževalne institucije                     | srednje šole (za zdravstvo), fakultete (Biotehniška fakulteta, Medicinska fakulteta itd.)                                |
| Drugo   | Svet za zdravje, etična komisija itd.  |

Vir: Ministrstvo za zdravje RS 2009.

V okviru javnega zdravstva je zagotovljena vsa zdravstvena in strokovna pomoč, ki jo posameznik potrebuje ter jo bolj ali manj koristi. Zaradi preobremenjenosti javnega zdravstva pa ljudje pomoč pogosto poiščejo tudi v zasebnem sektorju, kjer za denar lahko kupijo želene storitve.

Javni zdravstveni zavod pridobiva sredstva v največjem deležu od ZZZS. Odnose med ZZZS in zdravstvenimi zavodi ter zasebnimi zdravstvenimi delavci ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003). V Sloveniji je oblikovan partnerski sistem oblikovanja obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev. V njem sodelujejo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in izvajalci oziroma predstavniki izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje). Rezultat pogajanj je Splošni dogovor za poslovno leto (odslej splošni dogovor), ki ga sprejmejo vsako leto posebej. Na podlagi splošnega dogovora ZZZS izvede javni razpis, na katerega se prijavijo izvajalci. Po izbiri sklene ZZZS z izvajalci letne pogodbe o obsegu storitev, v katerih je določena vrsta, obseg in cena storitve, način plačevanja ter nadzor nad izvajanjem pogodbe. V pogodbi je opredeljeno število zaposlenih, ki jih bo ZZZS financirala, določen je standard po kvalifikacijski strukturi zaposlenih, vseh dodatkih, materialnih stroških in amortizaciji. Priloga k pogodbi so tudi urniki in odkupljeni čas, ki ga bo ZZZS plačal. Prihodek na podlagi omenjene pogodbe predstavlja glavni vir financiranja zdravstvenih zavodov. Potek dogovorov med partnerji je prikazan na sliki 2.2 (Štruc 2006, 26).

Slika 2.2 Dogovori med partnerji in pogodbe o izvajanju zdravstvenih programov



Vir: Štruc 2006, 27.

### **2.3 Spremembe v zdravstvenem sistemu**

V današnji sodobni, na znanju temelječi družbi in gospodarstvu so spremembe edina gotovost. Kdor jih bo pravočasno zaznal, se o njih poučil in ustrezno ukrepal, bo uspešnejši. Sinteza zahodne civilizacije je v zadnjih desetletjih povzročila nesluteno pospeševanje znanstvenega in tehnološkega razvoja, vrtoglavo hitrost sprememb in posledično nezmožnost hitrega prilagajanja ljudi in organizacij nastajajočim globalnim spremembam. Poslovna okolja vseh sodobnih organizacij se globalizirajo. Sodobne zdravstvene organizacije vse bolj težijo k čim učinkovitejšim načinom prilagajanja spremembam iz okolja in s tem prisegajo na nove paradigme ter nove načine organizacijskega življenja.

Spremembe v zdravstvenem sistemu zahtevajo reformo celotnega zdravstvenega sistema. Reforma temelji na štirih vrednotah: pravičnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti. Načelo pravičnosti pomeni, da imajo ne glede na plačilne možnosti vsi državljani pravico do takšne zdravstvene obravnave, kot jo potrebujejo. Dostopnost do zdravstvenega varstva je opredeljena kot dejanska uporaba zdravstvene službe in vse, kar ta posamezniku omogoča ali ga pri tem ne ovira. Kakovost zdravstvene obravnave razumemo kot najboljšo možno oskrbo z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja, ki jo ljudje prejmejo vedno, kadar jo potrebujejo (Štruc 2006, 29).

Zdravje postaja vse večja vrednota. Govor o zdravju in bolezni prevladuje tako v zasebnem kot tudi javnem življenju. Skrb za telesno in duševno zdravje je prisotna pri vseh generacijah, v vseh življenjskih obdobjih. Bolnik, nekoč pasiven, najšibkejši člen v zdravstveni hierarhiji, postaja proaktiven partner v procesu zdravljenja. Brez prizivnega zaupanja dosežkom medicine, slepega zaupanja zdravstvenemu osebju in pravice upravljanja z negotovostjo ljudi v času bolezni ni več. V ospredje zanimanja laične in strokovne javnosti se v zdravstvu vse bolj prebijajo partnerski odnosi med bolnikom ter zdravstvenim osebjem (Musič 2006, 42).

Zelo intenzivno organizacijsko preoblikovanje podjetij in organizacij je osnovna značilnost zdajšnjega časa. Procesu spreminjanja, racionalizacija, zmanjševanje števila zaposlenih, predvsem pa procesi združevanja so – tudi v našem okolju – vsakdanji pojav. Današnji čas lahko označimo kot obdobje hitrega notranjega preoblikovanja gospodarstva, ki je bilo (in je še vedno) usmerjeno v doseganje večje notranje učinkovitosti in s tem v utrjevanje konkurenčnega položaja. Tovrstne značilnosti v zadnjem času so vse pogostejše opazne tudi na negospodarskem področju (Možina in Kovač 2006, 130).

Če želimo slediti razvoju moramo vključiti spremembe tudi v zdravstvenih sistemih, oziroma slediti spremembam za večjo učinkovitost (Bohinc 2009).

Potrebe po spremembi v zdravstvu so:

- izboljšanje zdravstvene oskrbe,

- nižji stroški,
- višji ekonomski status,
- izboljšave na delovnem okolju,
- profit, dobiček,
- večje zadovoljstvo zaposlenih,
- boljši socialni status,
- doseganje organizacijskih ciljev,
- doseganje osebnostnih ciljev.

**Tabela 2.2** Strategije za uvajanje sprememb

| Strategija               | Opis  |
|--------------------------|---|
| Empirično-racionalna     | Osebe je racionalno in sledi svojim interesom. Sprememba temelji na komunikaciji o novih iniciativah in pobudah.  |
| Normativno-izobraževalna | Ljudje smo socialna bitja in se odzivamo na kulturne vrednote ter norme. Sprememba temelji na redefiniranju kulturnih norm in vrednot ter razvijanju pripadnosti le-tem.        |
| Uporaba moči             | Ljudje na splošno naredijo to, kar jim je rečeno. Sprememba je na avtoriteti in na sankcioniranju.  |
| Okolju prilagodljiva     | Ljudje nasprotujejo spremembi in se prilagodijo novim razmeram. Sprememba temelji na gradnji nove organizacije. Ljudje postopoma prehajajo iz stare v novo obliko organizacije. |

Vir: Bohinc 2009.

Preden uvajamo organizacijske spremembe je treba analizirati obstoječe stanje, torej zunanji in notranji položaj organizacije. To je možno narediti s pomočjo analize SWOT, kot je opisana v nadaljevanju (Bohinc 2009).

- Priložnosti:
  - podpora lokalni skupnosti,
  - potrebe uporabnikov,
  - malo konkurence,
  - mednarodno podprti finančni projekti EU.
- Ovire:
  - nizki dohodki uporabnikov,
  - slabe prometne povezave,
  - nizki osebni dohodki,
  - premalo finančnih sredstev,
  - različni pogledi uporabnikov.
- Jakosti:
  - pripravljenost kadra za spremembe – primer delovni čas,



- dobra lokacija zdravstvenega doma, ambulante,
- prepoznavna kakovost storitve.
- Slabosti:
  - kader ni motiviran za spremembe,
  - zgradba je majhna,
  - preveč administracije in pisanja,
  - kulturne razlike uporabnikov storitev.
- Odpori do sprememb:
  - stres,
  - ogrožena varnost,
  - navade,
  - pomanjkanje znanja,
  - kultura okolja,
  - vrednote in prepričanja,
  - socialni dejavniki,
  - kriticizem,
  - konzervativnost,
  - negotovost,
  - zaznavanje izgube osebne moči,
  - spremenjena razmerja in odnosi.

Veliko vlogo pri oblikovanju sodobne organizacije ima karizma in vizija vodje oziroma sposoben management (Bohinc 2009).

## 2.4 Sistem zdravstvenih dejavnosti

Poznamo naslednje zdravstvene dejavnosti (Tajnikar in Došenovič Bonča 2009):

- *primarna* – zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost;
- *sekundarna* – zdravstvena dejavnost na sekundarni ravni obsega specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost;
- *terciarna* – zdravstvena dejavnost na terciarni ravni obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov.

Terciarna dejavnost glede na definicijo ni samo opravljanje zahtevnejših storitev, temveč tudi skrb za razvoj stroke, raziskovalno in izobraževalno delo, uvajanje novih metod, postopkov itd., zato sredstva niso vezana na posameznega bolnika. Število terciarnih postelj je tako le pomoč za izračun potrebnih sredstev, ne obstajajo pa

terciarni oskrbni dnevi, terciarni primeri, terciarne storitve in terciarne diagnoze. Povprečni stroški na dan v regionalnih bolnišnicah in število delavcev so osnova za izračun dodatnih sredstev (Stepan 1999, 162).

#### **2.4.1 Funkcije zdravstvene delavnosti**

Funkcije zdravstvene delavnosti so sledeče (Tajnikar in Došenovič Bonča 2009):

- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov ter poškodovancev;
- preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev;
- zdravstvena vzgoja ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih ter zobnih bolezni in rehabilitacija;
- zdravstvena rehabilitacija otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem ter duševnem razvoju;
- patronažni obiski, zdravstvena nega, zdravljenje in rehabilitacija bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
- nujna medicinska pomoč in reševalna služba, če ta ni organizirana v okviru bolnišnice;
- zdravstveni pregledi športnikov;
- zdravstveni pregledi nabornikov;
- ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo;
- diagnostične in terapevtske storitve.

Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in zasebni zdravstveni delavci.

#### **2.4.2 Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost**

Specialistična *ambulantna* dejavnost (Tajnikar in Došenovič Bonča 2009):

- nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti;
- obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije;
- dejavnost opravljajo bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok.

*Specialistična bolnišnična dejavnost:*

- obsega poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo, zdravstveno nego, nastanitev in prehrano v splošnih in specialnih bolnišnicah;

- dejavnost opravlja bolnišnica; po svojem namenu so bolnišnice splošne in specialne.



### 3 MANAGEMENT V ZDRAVSTVU

Skupina ljudi sama po sebi ni nujno učinkovita in uspešna pri doseganju ciljev. Uspešna je le, če deluje urejeno in složno. Obvladovanje organizacije, da tako deluje, je management – ljudje, ki to opravljajo, pa so managerji. Imeti morajo multidisciplinirana znanja o obvladovanju organizacije, morajo znati voditi ljudi, uživati morajo zaupanje tistih, ki so jih imenovali na čelo organizacije. Uspešen ne more biti manager kot uradnik, ki pod strogim nadzorom enostransko uveljavlja le kratkoročne interese deležnikov, pa tudi ne manager, ki streže interesom sodelavcev na račun uspešnosti organizacije. Primerna mera zaupanja je prvi pogoj za ustvarjalno in zavzeto delovanje tako managerjev kot sodelavcev (Tavčar 2008, 22).

Zaupanje je tvegana naravnost – manager je praviloma odločilen za uspešnost organizacije, lahko pa je tudi vir največjega tveganja. Zato so lastnosti in dokazi, ki dokazujejo, da je manager vreden zaupanja, pri presojanju, komu kaže zaupati obvladovanje organizacije, trdno na prvem mestu. Takšne lastnosti so poštenost, verodostojnost, etičnost, strokovnost in vodstvene sposobnosti (Biloslavo 2006, 21).

Hauc (2001 v Štruc 2006, 22) trdi, da to, da se management v neprofitnih organizacijah razlikuje od managementa v profitnih organizacijah, že dolgo ne vzdrži presoje. Če naj bi ta razlika obstajala, je ta mogoča v tem, da zdravstvene organizacije izvajajo svojevrstno poslanstvo in delujejo po doktrinah, moralnih ter etičnih načelih zdravstva, ki so mednarodno določena, dogovorjena in ustaljena. Razlike so lahko tudi v tem, da neprofitne organizacije poslujejo na osnovi določenih finančnih virov (zdravstveno zavarovanje, državni proračun), da je večina zdravstvenih organizacij v državni lasti in tako tvorijo del državnega premoženja. Vse večje zaostrovanje na področju financiranja zdravstva, večanje osveščenosti prebivalstva glede svojih pravic, konkurenčnost, velika vlaganja v tehnologijo zdravljenja, stalen pritisk na zniževanje stroškov in pritisk zaposlenih na večanje plač ter vrsta drugih razlogov povzročajo, da mora management zdravstva prevzeti vse več nalog in odgovornosti. Za zdravstvene organizacije pa lahko danes trdimo, da so zdravstvena podjetja, ki morajo imeti temu primeren zdravstveno podjetniški management (Štruc 2006, 22).

Managerje postavijo, tako kot posod drugje, tudi v zdravstvenem zavodu lastniki. Ključni organi s tem pooblastilom so razni nadzorni sveti, v katerih so zastopani predvsem interesi lastnikov ne glede na to, ali gre za javni ali zasebni zdravstveni zavod. Ti managerji morajo upoštevati usmeritev stroke in zakonov, ki veljajo v zdravstvu, ter interese lastnikov in njihova pričakovanja. Kot v vsakem procesu tudi na področju zdravstva nastopajo mnogi interesi: posameznikov, skupin, notranji in zunanji ter seveda tudi politični. Temeljni konflikt v zdravstvu so z vidika lastnikov in nosilcev storitve trenutno stroški na eni in kakovost na drugi strani. V praksi se z viri na področju zdravstvenega varstva ne upravlja optimalno. Rezerva za optimalno uporabo virov je v

izboljšanju vodenja zdravstvenih zavodov. Pri vodenju je treba še posebej upoštevati dva vidika: to sta zadovoljen, pravilno oskrbljen bolnik in učinkovito izvedena storitev v okviru razpoložljivih virov. Znotraj zdravstvenega sektorja vlada napeto stanje med zdravstvenim osebjem, ki skuša povečati zdravstvene koristi za svoje bolnike, in pričakovanji načrtovalcev. Temeljna predpostavka, ki jo mora npr. upoštevati bolnišnica je, da merilo njenega uspeha ni le zadovoljen zdravnik, ampak ozdravljeni in zadovoljni bolnik (Hočevnar 2001, 33).

### **3.1 Management znanja**

Pomembna naloga managementa znanja je, da človeku pomaga počasi, a vztrajno rasti in spreminjati svoje bistvo. Tega, kar počnemo, namreč ne moremo ločiti od tistega, kar smo. Prednost učinkovitega managementa znanja je tudi dejstvo, da posamezniku pomaga ustvarjati in poglobljati zaupanje. Zaupanje pa je rezultat posameznikove verodostojnosti. Najpomembnejši element verodostojnosti so poštenost, korektnost in sposobnost. Poštenost izvira iz razvoja značaja (osebni razvoj), medtem ko je sposobnost rezultat posameznikovega poklicnega (študijskega) razvoja (Možina in Kovač 2006, 130).

Znanje je konkurenčna prednost za posameznika, organizacijo in družbo. Če imamo znanje, smo za korak pred drugimi ali pa se lahko vsaj kosamo z njimi. Posebej to velja za novo znanje, ki je sad tako raziskovanj kot tudi ustvarjalnosti. Novo znanje se poraja v vsakem posamezniku, imenujemo ga tiho (implicitno) in tudi osebno znanje. Sicer pa se znanje pojavlja pri opravljanju dela, razvojni in organizacijski dejavnosti, trženju, poslovanju in drugod, po navadi ga imenujemo zunanje, izraženo (eksplicitno) znanje. Vse to lahko obravnavamo kot bogastvo posameznika in organizacije oziroma lahko rečemo, da je to njihov intelektualni kapital, ki je tesno povezan z uspešnostjo organizacije. Torej, učenje postaja del delovnega procesa. Včasih, na primer pri raziskavah in razvoju, ni mogoče več ločiti učenja od samega ustvarjalnega dela (Možina in Kovač 2006, 158).

Za gospodarski razvoj je potrebna učeča se družba. V današnjem okolju sta poslovni svet in družba pred izzivom razvoja ter vsrkavanja tehnologij kot še nikoli doslej. Znanje postaja osnovni vir tako za posameznika kot družbo. Tradicionalni proizvodni dejavniki, kot so naravni viri, delo in proizvodna sredstva, ne izginjajo, temveč dobivajo drugoten pomen. Te dejavnike je moč pridobiti in uporabiti le, če obstaja ustrezno znanje. Temeljni izziv je, kako znanje organizirati in ga izkoristiti, saj samo za sebe ne pomeni nič. Družba znanja tako postaja tudi družba organizacij. Učenje, znanje in ustvarjalnost so postali ključni elementi konkurenčnosti posameznika ali organizacije (Meško Štok 2009, 53).

Vloga profesionalnega managerja znanja vključuje naloge, vezane na področje upravljanja z izobraževanjem, izpopolnjevanjem in usposabljanjem ter tudi področje

upravljanja z znanjem. Manager kot specialist je hkrati v vlogi upravljanja izobraževanja iz naslova funkcij izobraževalnega managementa in v vlogi upravljanja znanja iz naslova funkcij managementa znanja.

Sodoben manager znanja skrbi za razvoj managementa znanja v okviru razvoja človeškega kapitala, načrtuje, organizira, vodi, nadzoruje in analizira procese pridobivanja znanj ter aplikacije le-teh v praksi, v razvoju in uvajanju nove metode ter tehnike v izobraževanje in gospodarjenje z znanjem, skrbi za strokovno izobraževanje vseh sodelavcev, oblikuje razvojno vizijo, politiko ter strateške, taktične in operativne cilje na področju upravljanja znanja ter izobraževanja, pripravlja predloge za spremembe v izobraževanju in ravnanju z znanjem, skrbi za razvojno in raziskovalno dejavnost na področju managementa znanja, uvaja nova orodja in modele odličnosti pri upravljanju z znanjem, pripravlja usmeritve za upravljanje znanja sistema, strokovno svetuje ter oblikuje metodologijo ter koncepte za uspešno in učinkovito izvajanje procesov izobraževanja ter gospodarjenja z znanjem (Mihalič 2006, 113–114).

Management znanja je zelo pomemben za uspešno poslovanje zdravstvenih organizacij v prihodnosti. Ne gre samo za znanje, gre za lastnosti. Kljub temu je znanje ključno in to zlasti tisto, ki bo omogočalo novo procesiranje dela v zdravstvu, smiselno ter mrežno povezovanje različnih virov (človeški, tehnološki, prostorski, finančni, informacijski), ne samo znotraj organizacije, temveč tudi širše, v kontekstu procesov zdravstvene storitve v okolju. Pokazalo se bo, da sta znanje in izkušnja zunaj ozkega pojma zdravstva ključna prednost pri modeliranju problemov, interesnih konfliktov ter povezovanju resursov. Vodenje, ki bo temeljilo na odzivnosti odnosov v neposrednem okolju, se bo pokazalo kot bistvena prednost. Management, ki bo znal povezovati in upoštevati interese civilne družbe v ožjem in širšem okolju izvajanja zdravstvene storitve, bo učinkovitejši ter skladnejši s pričakovanji in cilji, ki jih mora doseči. Kar se tiče lastnosti, bodo zmagali predani vizionarji, ki so pripravljeni na sodelovanje, so usmerjeni k ljudem in bodo znali uveljaviti timsko delo ter zagotoviti pravo mero avtonomije. Zanesljivo pa ne bo mesta za diktatorje, za neprijazne ljudi, za egocentričnost in za tiste, ki odklanjajo kakršno koli obliko kooperativnosti (Hočevar 2007). Rek (2005, 217) v svoji knjigi navaja:

»Zavedanje o vrednosti znanja je hkrati z razvojem informacijsko-komunikacijskih tehnologij povečalo zanimanje upravljalcev za znanje in možnosti njegovega kreiranja, diseminacije in praktične uporabe, saj se predpostavlja, da uspešno upravljanje z znanjem organizacij lahko prinese odločilno konkurenčno prednost.«

### **3.2 Sodobni manager**

Živimo v družbi znanja, v družbi, kjer je človeški kapital eden od najpomembnejših konkurenčnih dejavnikov organizacije. Zato je za slednjo ključno, da zna privabiti, razvijati, motivirati in zadržati najboljše kadre - z visokim strokovnim znanjem, visoko

mero odgovornosti in aktivnosti, ter zaposlene, ki so kreativni in inovativni, motivirani za delo ter pripravljeni na spremembe.

Ključno vlogo pri razvoju tovrstnih človeških potencialov imajo njihovi neposredni vodje. Zato naj bi prav ti skrbeli za ustvarjanje takšnega delovnega okolja, ki bo spodbujalo pripadnost in timsko sodelovanje, pa tudi ustvarjalo dosežke, motiviranost ter inovativnost, izvirnost idej (Klinični center Ljubljana 2009a).

### **3.2.1 Ključne kompetence, kvalitete uspešnih voditeljev**

Zadnje mednarodne raziskave na področjih treniranja in razvoja potencialov so pokazale, da imajo uspešni vodje naslednje lastnosti:

- Usmerjeni so v prihodnost. Pri vodenju in delu uporabljajo najnovejše pristope.
- Poznajo pomen medosebnih odnosov. Obvladajo večino ravnanja z ljudmi (so čustveno inteligentni) in razvijajo dolgoročne medosebne odnose.
- Razvijajo in uporabljajo različne vodstvene stile.
- Vodijo s pomočjo dvosmernega in transparentnega komuniciranja.
- Prepoznajo človeške potenciale.
- Spodbujajo sodelovanje.
- Sprejemajo odločitve.
- Obvladujejo konflikte in spremembe.
- Prispevajo k dodani vrednosti.
- Usmerjeni so timsko. Znajo izrabiti vse talente članov tima, da bi uspešno sledili ciljem družbe.

Dober vodja je namreč kot trajni magnet – išče sodelavce, ki so boljši od njega, drugorazredni vodje pa se obkrožijo s tretjerazrednimi sodelavci. Uspešen vodja pozna predvsem štiri osnovne resnice:

- Voditelj ima sledilce.
- Voditelj ni nekdo, ki ga ljubijo in občudujejo, marveč nekdo, ki dosega rezultate.
- Je viden in daje zgled.
- Zaveda se, da vodenje ni privilegij, temveč odgovornost.

Vodja ima na razpolago več različnih stilov vodenja. Vodja, ki ne razmišlja o vodenju, si bo izbral stil, ki mu je blizu in ga bo najmanj obremenjeval. S takšno izbiro si ne bo naredil usluge. Prinesla mu bo več težav kot srečnih trenutkov in motiviranih sodelavcev.

Na izbiro stila vodenja vplivajo njegove izkušnje in vrednote, ki jih ima. Rečemo lahko, da svoj stil izoblikuje s pomočjo referenčnega okvira, skozi katerega vidi svet okoli sebe. Vodja, ki bo prilagajal stil vodenja različnim situacijam in različnim tipom



sodelavcev, mora biti prilagodljiv, poznati mora samega sebe. Zanimati se mora za ljudi okoli sebe, biti mora odprt in pripravljen poslušati. Odprtost in zanimanje za sodelavce ga privedeta do tega, da svoje podrejene bolje spozna, da za vsakega ve, kaj ga motivira, kaj ga demotivira in kakšen stil vodenja mu odgovarja.

Intelektualni kapital je in bo tudi v prihodnje eden ključnih dejavnikov (če ne kar ključen) za doseganje visoke uspešnosti posameznih organizacij na vedno bolj zahtevnih trgih strank/klientov/pacientov (Klinični center Ljubljana 2009b).

### 3.2.2 *Etika v zdravstvu*

Beseda etika izhaja iz grške besede ethos, kar pomeni značaj, dostojanstvo. Izhaja iz načel, ki jih je prvi uvedel Hipokrat. Ta so predvsem: dobrodelnost (delati dobro), neškodljivost (ne škoditi) in pravičnost. Vsaka javna organizacija ima kodeks etike, tako da se ljudje lahko nanj sklicujejo, če je potrebno. Nedvomno je etika postala pomemben način življenja v postmoderni družbi, ki ne priznava nobenih nespremenljivih omejitev (Tschudin 2004, 1–37).

Kapitalizem resda ne temelji na etiki. Kljub temu pa lastnikov kapitala ne sme zanimati le dobiček. Etična načela so vgrajena v vse družbe civiliziranega sveta. Poštenost, odgovornost, spoštovanje predpisov in pravic državljanov so splošne vrednote ter temelji moralnega ravnanja. Sodijo v družbeno odgovornost vsake politične, gospodarske, socialne ali kulturne organizacije (Česen 2006, 10).

### 3.2.3 *Čustvena inteligenca*

Čustvena umetnost je upoštevati in odzivati se na realna dogajanja brez nepotrebnega vznemirjanja ter razburjanja ljudi. Čustveno inteligenten človek je bolj uspešen pri izzivanju ustaljenih postopkov, pri spodbujanju srca ali pri pridobivanju podpore drugih (Hočevar, Jaklič in Zagoršek 2003, 183).

Čustvena inteligenca obsega samoocenjevanje lastnih osebnih občutenj in ocenjevanje občutenj drugih oseb, ki usmerjajo ter vodijo naša lastna razmišljanja in dejanje oz. ravnanja.

Pet značilnosti čustvene inteligence:

- samozavedanje – self-awareness,
- samo vodenje ali samoupravljanje organiziranje – self-management or regulation,
- samo motivacija,
- empatija ali/in socialno zavedanje,
- 'socialne' sposobnosti.

Empatija je sposobnost sprejemati občutja drugih in se biti sposoben o tem z njimi pogovarjati (Kalish 1971 v Tschudin 2004, 29). Ko spoznamo, kaj se dogaja v nas

samih, lažje razumemo svet drugih ljudi. S tem ne pridobimo le sposobnosti, temveč tudi samozavest, da se ukvarjamo z drugim človekom. Pomagati empatično in učinkovito pomeni, da ostanemo neprizadeti, ko pomoč ni več potrebna. Ne čutimo izčrpanosti in občutimo, da smo kot človek ob drugem človeku obogateli (Tschudin 2004, 29.)

#### **3.2.4 Vrednote**

Kulturno-socialno okolje je sestavljeno iz verskih sistemov, sistemov družine, vzgojno-izobraževalnih sistemov, socialnih sistemov, jezikov, temperamenta, načina življenja. Zelo pomembne so predstave o vrednotah, iz katerih izvirajo značilnosti kulture (Dubrovski 2006, 133).

Ekonomičnost, zmogljivost in učinkovitost so zagotovo uporabne vrednote tudi v zdravstveni oskrbi, vendar samo dotlej, dokler so v skladu z etiko. Globalizacija nas je opomnila tudi na revščino, ki jo pogosto imenujemo »večina sveta« ali »dve tretjini sveta«. Ne moremo ubežati dnevno objavljenim novicam o lakoti, o otrocih, ki obolevajo za boleznimi, ki bi bile lahko ozdravljene za zelo majhno ceno. Kar počnemo v enem delu sveta, vpliva na njegov drugi del. Naše vrednote vplivajo na vrednote revnih narodov, njihov položaj pa ne vpliva le na našo vest in življenjski standard. Moral bi vplivati tudi na naše vrednote in na velika nasprotja v našem sistemu vrednot (Tschudin 2004, 34).

#### 4 INFORMATIKA V ZDRAVSTVU

Z razvojem novih možnosti in priložnosti, ki jih nudi informacijska tehnologija, se v strateških načrtih vse bolj, ob že uveljavljeni prenovi in informatizaciji poslovanja, izpostavlja njena vloga pri podpori prenovi izdelkov ter storitev, pa tudi ustvarjanju novih potreb in priložnosti na tržišču. Slednje je izrazito zlasti ob uveljavljanju elektronskega poslovanja.

Ključni dejavniki uspeha, ki izhajajo iz informatizacije poslovanja, se torej selijo od v preteklosti prevladujočih ciljev, kako informatizirati obstoječe, mnogokrat neustrezne procese, k ciljem, ki neposredno vplivajo na uspešnost poslovanja. Od vprašanj kako, ki so usmerjena v učinkovitost (»ali delamo stvari na pravi način?«), k vprašanjem zagotavljanja uspešnosti poslovanja: kaj in zakaj oziroma »ali delamo prave stvari?«

Informatika v zdravstvu pa je področje, kateremu je treba v zdravstvenem sistemu dati najvišjo dodano vrednost.

V prihodnosti bo e-zdravje ključna podpora razvoju zdravstva. Z namenom zagotovitve kolikor je mogoče največje kakovosti in učinkovitosti na tem področju, je nujno, da kot celota delujejo informacijsko podprto upravljanje znanja, sistemi za diagnosticiranje, zdravljenje na daljavo, optimizirana administracija, komunikacija med pacienti, zdravstvenimi strokovnjaki in institucijami, tele-medicina ipd.

V okviru e-zdravja se IT uporablja predvsem kot pomoč pri osnovni obravnavi pacienta, pa tudi za izboljšanje komunikacije med posamezniki in organizacijami v zdravstvu, za logistične ter finančne administrativne procese in za podporo znanstvenim raziskavam.

Za podporo tovrstnih procesov zdravljenja je ključnega pomena zagotoviti sistem, ki omogoča varen, hiter in zanesljiv dostop do infrastrukture ter sistem organizacijskih in tehnoloških standardov za podatke, strežnike ter tehnologijo. Dosežek takšnega poenotenja infrastrukture in standardov je arhitektura IT za zdravstvo kot celoto.

Glavne pomanjkljivosti v dosedanem razvoju informacijskega sistema javnega zdravstva, ki jih ta strateški načrt poskuša odpraviti, so:

- Razvoj informatike v zdravstvu ni bil koordiniran z nacionalno strategijo. Ključni oviri za napredek na tem področju sta bili, da nacionalne strategije informacijskega sistema (IS) ni bilo in razpršenost funkcij zdravstvene informatike brez skupne stične točke.
- V javnem zdravstvu imamo večinoma z informatiko podprta administrativno-tehnična opravila, po drugi strani pa je zelo šibka njena uporaba v strokovnem delu zdravstvenih delavcev in sodelavcev s pacienti ter v preventivni dejavnosti.
- Tehnološke in vsebinske elektronske povezave za izmenjavo strokovnih zdravstvenih podatkov med izvajalci različnih ravni zdravstva in med zavodi so prej izjema kot vsakdanja praksa, tako da se zdravstveni podatki med primarno

in sekundarno ravni ter med izvajalci na primarni ravni izmenjujejo pretežno v papirni obliki.

- Velika težava je pomanjkanje znanja o pomenu in možnostih informatike med nosilci zdravstva, zato v teh krogih večinoma še ni ustrezno cenjena. Stroški za informatiko so v celoti pod 1 % letnega zdravstvenega proračuna (evropsko povprečje je 2,5 do 3 %). Dodatna ovira pa je razpršenost teh sredstev, saj so vključena v ceno zdravstvenih storitev.
- Ob visoki ravni zdravstvenega varstva smo priča vedno večjemu razkoraku med informacijskimi potrebami in možnostmi, ki jih ponuja informatika, ter dejansko opremljenostjo in privajenimi načini dela. Zdajšnji postopki sporočanja in hranjenja podatkov lahko ogrožajo varnost pacienta in zaupnost podatkov ter predstavljajo poslovno tveganje.

Posodabljanje informatizacije in uvedba e-poslovanja informatike v zdravstvu predstavljata olajšanje dostopnosti ter sodelovanje med vsemi subjekti. Orodje s skupnim imenom e-zdravje pomeni:

- večanje dejavne vloge in odgovornosti državljanov v skrbi za zdravje, boljše informiranost in najboljšo možno zdravstveno oskrbo;
- omogočanje varnega in zanesljivega dostopa zdravstvenim strokovnjakom do ključnih informacij v elektronskih zdravstvenih zapisih (EZZ) ter drugih zbirkah podatkov, ki jih potrebujejo pri vsakdanjem delu, z učinkovito elektronsko komunikacijo, boljšim učenjem in upravljanjem znanja;
- lažje načrtovanje in upravljanje zdravstvene organizacije oziroma zdravstvenega sistema kot celote, na podlagi kakovostnih in verodostojnih ekonomskih, administrativnih ter kliničnih podatkih;
- izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za tiste skupine pacientov, ki bi bili sicer zaradi svojih zmanjšanih možnosti, starosti ali drugih razlogov izključeni;
- dostop do pacientov, uporabnikov zdravstvenih storitev, s pravo informacijo po meri pacienta. Ta bo dosegljiva prek zdravstvenih portalov, s posvetovanjem z izvajalci zdravstvenih storitev po e-pošti, s podatki o pacientovem zdravju na elektronskem zdravstvenem kartonu in s sistemi za spremljanje nekaterih telesnih funkcij na daljavo, npr. nadzora srčnega utripa, krvnega tlaka, krvnega sladkorja, parametrov dihanja itd.;
- omogočiti izvajalcem zdravstvenih storitev dostop do elektronskega zdravstvenega kartona pacienta, oblikovanega skozi čas in na več ravneh zdravstvenega sistema, za lažje načrtovanje operacij (sistemi e-naročanja ...) ter učinkovitejše in hitrejše administrativno delo, s hitrim dostopom do strokovnih virov (zdravstvene e-knjižnice) in izobraževanja na daljavo ter s povezovanjem

in komunikacijo z drugimi zdravstvenimi delavci oziroma s strokovno interesnimi skupinami (tele-posvetovanje);

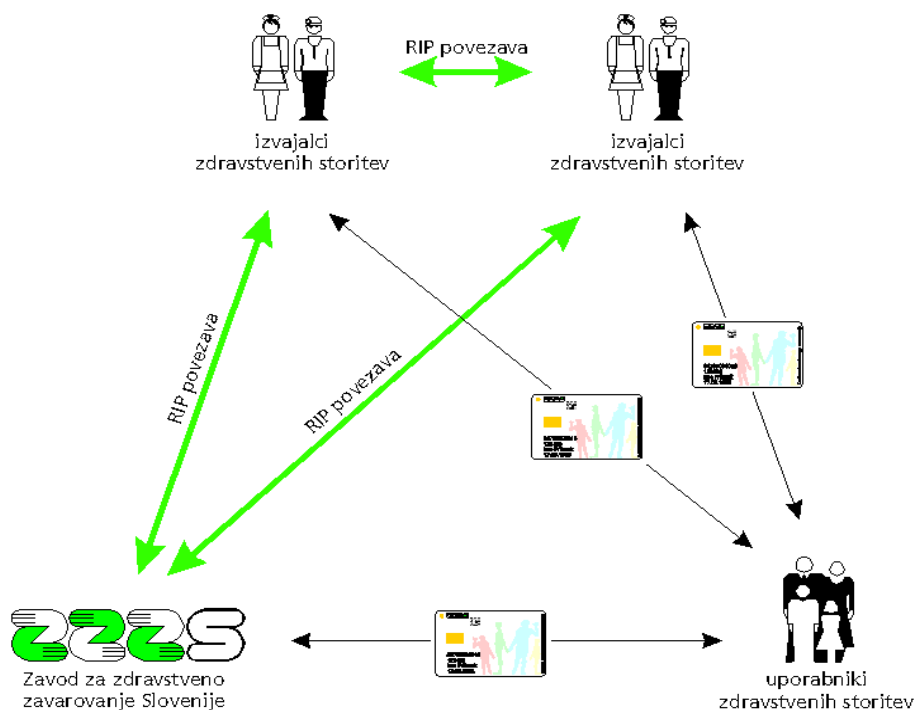
- omogočiti upravam in upravljavcem zdravstvenega sistema, ki so odgovorni za učinkovito delovanje zdravstvenega sistema, izmenjavo organizacijskih in poslovnih informacij med zdravstvenimi organizacijami;
- pomoč zdravstvenemu sistemu v celoti, saj je izmenjava informacij med najrazličnejšimi subjekti zdravstvenega sistema izboljšana.

Obstajajo tudi težave pri zagotavljanju zadostnih proračunskih sredstev, spremljanje in nadzor, ažurnost podatkov, varnost podatkov (Ministrstvo za zdravje RS 2009).

Uvedba elektronskega poslovanja pomeni za izvajalce zmanjšanje stroškov in izboljšanje kakovosti storitev z zmanjšanjem administrativnega dela medicinskega osebja.

Zdravstveni zavodi so z uvajanjem računalniškega izmenjevanja podatkov z izvajalci in uvajanjem kartice zdravstvenega zavarovanja pripravili vse možnosti za povezljivost vseh udeležencev v zdravstvu in posodobitev poslovnih procesov (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 2009).

**Slika 4.1** Računalniška izmenjava podatkov v zdravstvenem sistemu po uvedbi kartice zdravstvenega zavarovanja



Vir: Ministrstvo za zdravje RS 2009.

Za primer si oglejmo proces predpisovanja zdravil na recepte in obdelave podatkov z receptov. S tretjo fazo razvoja sistema kartice zdravstvenega zavarovanja načrtujejo, da bo kartica vsebovala tudi podatke elektronskega recepta. Tako se bodo podatki o receptu prenesli od zdravnika prek kartice do lekarne. V lekarni bodo prebrali podatke o receptih, jih dopolnili s finančnimi podatki in jih skupaj z računi s pomočjo tehnologije računalniške izmenjave podatkov poslali zavodu in ostalim zavarovalnicam.

Elektronsko poslovanje nedvomno pomeni poenostavitev postopkov obračunavanja zdravstvenih storitev in s tem povezanih pravic ter obveznosti med zavodom in izvajalci. Še večji učinek na racionalnost poslovanja pa bo dosežen, ko bodo izvajalci uporabljali tehnologijo elektronskega poslovanja na vseh področjih svojega poslovanja. Šele takrat bomo lahko ocenili vse prihranke, krajše čase posameznih procesov, postopkov in opravil ter racionalizacijo na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

V tem sklopu IT je še zapisano, da bo povezava vseh zdravstvenih domov zaključena do leta 2010, vseh preostalih subjektov (lekarne, zbornice, društva) pa do leta 2011. Državljanu bo omogočen dostop do storitev zdravstvenega sistema in vpogled v osebni zdravstveni karton že ob koncu leta 2009. Informacijski sistemi bodo do leta 2011 združeni v enovit sistem, elektronski zdravstveni zapis bo operativen in uveljavljeno bo e-poslovanje v zdravstvu (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2003)).

## 5 KAKOVOST IN POSLOVNA ODLIČNOST V ZDRAVSTVU

Uspešnost ne pojmujejo vsi enako. Za zdravstvene delavce, zlasti zdravnike, je uspeh ozdravitev, ki jo dosežejo s skupnimi prizadevanji z bolnikom. Za poslovni management javnega zdravstvenega zavoda ter javne plačnike zdravstvenih storitev pa je uspeh popoln, če je bila ozdravitev dosežena z gospodarno porabo razpoložljivih virov. Za popoln uspeh je torej pomembno, da smo hkrati uspešni pri doseganju zdravstvenih izidov ter učinkovitosti pri porabi virov, ki jih imamo (Česen 2003, 190).

Kakovost v zdravstvu temelji na šestih načelih kakovosti, ki so (Klinični center Ljubljana 2009c):

- *uspešnost*, ki se nanaša na doseganje želenih izidov zdravljenja;
- *varnost*, ki se nanaša na sistematično spremljanje in zmanjševanje varnostnih zapletov pri pacientih (v nekaterih bolnišnicah spremljajo tudi druge vrste odklonov, ki se lahko zgodijo tako uporabnikom kot izvajalcem njihovih storitev);
- *pravočasnost*, ki se nanaša na pravočasnost zagotavljanja pacientovih potreb (tako z vidika diagnostike in zdravljenja kot tudi z vidika zdravstvene nege, oskrbe, rehabilitacije itd.);
- *učinkovitost*, ki se nanaša na razmerje med izidi in stroški obravnave;
- *enakost*, ki se nanaša na odsotnost diskriminacije pri obravnavi vseh pacientov;
- *osredotočenost na pacienta*, ki se nanaša na upoštevanje pacienta kot partnerja v procesu obravnave (pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju na podlagi razumljivih informacij), na spoštovanje njegove vrednosti in upoštevanje izraženih potreb, na celostno in kontinuirano zdravstveno obravnavo.

### 5.1 Subjektivna narava koncepta kakovosti

Pri proučevanju kakovosti je uvid v njeno subjektivno poreklo še posebej pomemben, saj kakovost ni predmet ali pojav narave, je koncept in konstrukt človeškega uma. Kakovost torej ni naravna oziroma objektivna lastnost predmeta presoje, temveč je vrednostna sodba ocenjevalca o njem. Zato se kakovost vedno presoja tudi na osnovi lastnih subjektivnih pričakovanj in zaznav, povezanih z objektom. Presoja kakovosti je zaradi njene narave vedno normativna (vsebuje vrednostno sodbo 'dobro/slabo', 'ustrezno/neustrezno', 'skladno/neskladno' ipd.), četudi je treba nekatere parametre, ki so kot merila oziroma kazalniki kakovosti vključeni v sisteme presoje, izmeriti z objektivnimi merili. Subjektivna narava koncepta kakovosti se med drugim izraža tudi v uveljavljenih opredelitvah kakovosti. Kakovost je torej subjektiven izraz, za katerega ima vsakdo svojo lastno opredelitev. V tehnični rabi je mogoče pojem kakovost

opredeliti kot lastnost izdelka ali storitve, ki omogoča zadovoljevanje izraženih ali nakazanih potreb, oziroma kot izdelek ali storitev brez pomanjkljivosti. Ameriški medicinski inštitut, imenovan Institute of Medicine of the National Academies, že od leta 1990 dalje uporablja naslednjo opredelitev kakovosti zdravstvene oskrbe: »Kakovost je stopnja, do katere zdravstvene storitve, namenjene posamezniku in prebivalstvu, povečujejo želene zdravstvene izide v skladu s trenutnimi strokovnimi znanji.«

**Tabela 5.1** Hipotetični primer raznolikosti presoje kakovosti posameznih razsežnosti, prvin in odnosov v zdravstvenem sistemu s pomočjo individualnih kazalnikov kakovosti.

|              | 1 | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7 | 8  | 9  | 10  |
|--------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|---|----|----|-----|
| Bolnik       | + | + - | +   | ++  | ++  | ++  | - | +  | ++ | -   |
| Zdravnik     | ? | ?   | + - | ++  | + - | ++  | ? | +  | ?  | + - |
| Upravljavec  | + | + - | -   | +   | +   | +   | ? | +  | +  | ++  |
| Kupec        | + | -   | +   | ++  | ++  | ++  | - | +  | +  | ++  |
| Biomed. raz. | - | -   | -   | +++ | ++  | + - | - | ++ | ++ | -   |
| Politik      | ? | ?   | ?   | ?   | ?   | ?   | ? | ?  | ?  | ?   |
| Javnost      | + | +   | +   | +   | +   | +   | + | +  | +  | +   |

+ pomembno, - nepomembno, ? vprašljivo ali ambivalentno;

1. dostopnost, 2. solidarnost, 3. fizične ugodnosti, 4. kakovost medicinskih postopkov, 5. odnosi, 6. obveščenost, 7. kazalnik zdravstvenega stanja prebivalstva, 8. tehnične možnosti, 9. varstvo osebnih podatkov, 10. cena.

Vir: Štern 2009, 2.

Zaradi velikih subjektivnih vplivov se pogledi na kakovost med seboj legitimno razlikujejo. Le ob upoštevanju teh dejstev je mogoče dobro zasnovati in profesionalno upravljati sisteme kakovosti in le takšni sistemi so lahko dobro orodje za usklajevanje različnih pogledov ter interesov, za zmanjševanje napetosti med različnimi deležniki in za izboljšanje dosežkov zdravstvenega sistema. Kljub razširjenosti in pomenu individualne presoje kakovosti pa je za učinkovito upravljanje kakovosti v zdravstvu treba najti merila, kazalnike in standarde kakovosti, ki izkazujejo določeno stopnjo 'splošne veljavnosti'. Pogosto navedena opredelitev, »kakovost je stopnja odličnosti izdelka ali storitve«, žal ne pove ničesar, če ob tem niso podani tudi splošno veljavna opredelitev, merila, kazalniki in referenčne vrednosti za 'odličnost' predmeta presoje (Štern 2009, 2).



## **5.2 Opredelitev ciljev, kazalnikov in enot merjenja uspešnosti**

V zdajšnjem času se zdravstvo sooča z vse bolj omejenim finančnim okoljem. Zavarovalnice imajo svoje lastne sheme povračila stroškov in zavračajo plačilo celotnih stroškov, donacije (sponzoriranja) pa večina zavrača (niso spodbujane v zadostni meri ali so celo onemogočene).

Vzdrževanje ravni zdravstvenega varstva je pomemben cilj zato, ker je višja raven povezana z večjimi stroški, na zniževanja ravni pa bolniki in plačnik (ZZZS) ne pristajajo. Boljša zdravstvena oskrba bolnikov je povezana tudi s številom zaposlenih, to pa z višjimi stroški. Raven zdravstvenega varstva je treba dvigniti, vendar ta proces ne bo tako hiter kot bi želeli zdravniki in bolniki, pač pa mora potekati v skladu z načrtovanimi ter razpoložljivimi finančnimi sredstvi. Zagovarjati in podpreti je treba stališče, da se dostopnost zdravljenja za bolnike iz matične regije poveča kljub morebitnemu povečanju števila bolnikov iz drugih regij na posameznih področjih (Hočevnar 2005).

Uravnoteženi sistem kazalnikov ni nabor naključno izbranih kazalnikov, temveč nabor tistih, ki so v medsebojnem vzročno-posledičnem razmerju. Vsi štirje vidiki uravnoteženega sistema kazalnikov tvorijo zaporedje vzrokov in posledic, ki opisujejo strategijo podjetja. Izboljšave notranjih poslovnih procesov, ki temeljijo na znanju zaposlenih, prinesejo boljše rezultate. Če se izboljšujejo kazalniki posameznega vidika uravnoteženega sistema kazalnikov, končni rezultat pa ni izboljšanje finančnih kazalnikov, potem med njimi ni pravega vzročno-posledičnega razmerja. Z drugimi besedami, oblikovani kazalniki niso pravi indikatorji strategije (Kaplan in Norton 2000, 42).

## **5.3 Uravnoteženi sistem kazalnikov**

Uravnoteženi sistem kazalnikov je niz meril, ki razkrivajo medsebojno odvisnost zdravstvene organizacije, njenih zaposlenih in bolnikov. Kazalniki, ki naj jih uporabljajo zdravstvene organizacije, morajo jasno izražati, kje in kako te ustanove ustvarjajo vrednost. Zdravstvo nasploh ustvarja tri kategorije medsebojno odvisnih vrednosti: finančno vrednost, vrednost za bolnike in vrednost za zaposlene. Poslovno vrednost ustvarja s tem, ko bolniki prihajajo v zdravstveno organizacijo in ji omogočajo, da ta ustvarja prihodke. Vrednost za bolnike so klinične storitve ali osebne storitve, ki jih ti potrebujejo, te pa jim nudijo zaposleni v zdravstveni organizaciji. Vrednost za zaposlene je v sami zaposlenosti in v koristih, ki iz tega izhajajo, ter priložnostih, ki jih imajo za poklicni in osebni razvoj (Žličar 2006, 34).

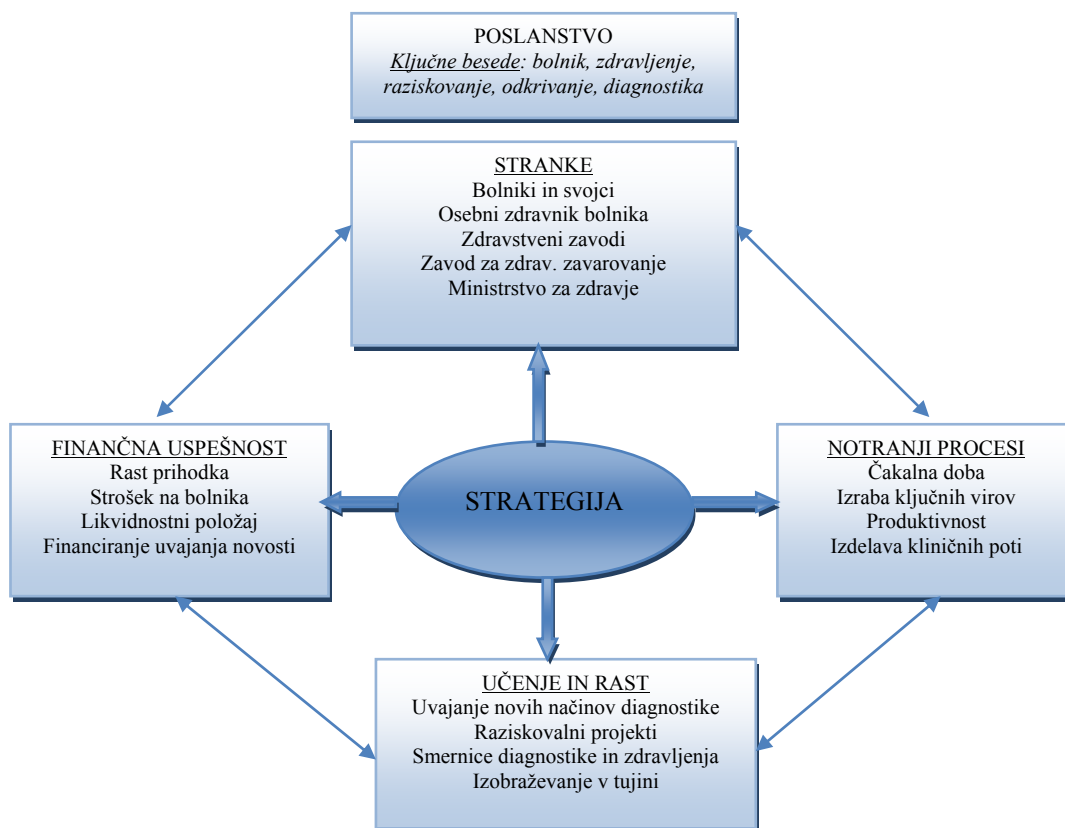
Zdravstvene organizacije ne bi smele gledati samo na rezultate, kot jih kažejo finančna poročila ali morda poročila, ki obravnavajo rezultate kliničnega dela in stroške. Potrebujejo poročila z rezultati, ki upoštevajo vidik bolnika, vidik zaposlenih in finančni

vidik. Iz tega izhaja, da je naloga managerjev, da oblikujejo merila, po katerih bo vizija oblikovana po metodi sistema uravnoteženih kazalnikov (Žličar 2006, 35).

Uporaba metode uravnoteženih kazalnikov v bolnišnici ima prednosti, ki jih je možno strniti v tri ugotovitve:

- Bolnišnicam, vladnim organizacijam, ustanoviteljem in plačnikom storitev omogoča, da lahko presojujejo kakovost storitev na osnovi kliničnih rezultatov, zadovoljstva bolnikov in cene storitev.
- Bolnišnice lahko oblikujejo tržno strategijo, ki bo temeljila na rezultatih, identificiranih s pomočjo metode uravnoteženih kazalnikov, ki bodo zajemali vse vidike uspešnosti.
- Uravnoteženi sistem kazalnikov je orodje strateškega planiranja, ki poslanstvo bolnišnice, njene vrednote in cilje povezuje s specifičnimi kliničnimi ter administrativnimi dejavnostmi in na ta način zaposlenim omogoča, da vidijo svojo vlogo pri tem ter zato bolj učinkovito opravljajo svoje delo.

**Slika 5.1**    Ustroj uravnoteženega sistema kazalnikov



Vir: povzeto po Žličar 2006, 53.

Metoda merjenja rezultatov z uravnoteženimi kazalniki omogoča vodstvu podjetja definirati cilje, ki presegajo zgolj finančno uspešnost in zajemajo vlaganja v ljudi ter v izboljšanje procesov, s pomočjo katerih lahko zagotovijo dolgoročno uspešnost.

Kazalniki uspešnosti izhajajo iz poslanstva in strategije podjetja ter izražajo uravnoteženost med zunanjimi kazalniki, osredotočenimi na stranke, in med notranjimi kazalniki ključnih poslovnih procesov, učenja in rasti. Sistem uravnoteženih kazalnikov ohranja finančne kazalnike kot osnovno merilo pretekle uspešnosti, dodaja pa jim tiste, ki vplivajo na uspešnost v bodoče. Sistem torej uravnateži objektivno določljive kazalnike rezultatov s subjektivnimi gibalni uspešnosti (Kaplan in Norton 2000, 19–20).

### 5.3.1 Kazalniki vidika strank

Ključne stranke v zdravstvenem sistemu so: bolniki, ustanovitelj, plačnik (ZZZS), Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno varstvo (ZZZV), javni zavodi med seboj, Združenje zdravstvenih zavodov, Zdravniška zbornica itd.

Osrednja pozornost v zdravstvenem varstvu je namenjena bolnikom, njihovem dobremu počutju in varovanju njihovega zdravja. Stališča bolnikov je treba upoštevati v procesu izvajanja oskrbe in sistemu izboljševanja kakovosti. Na vseh stopnjah oskrbe so podatki o bolniki (o njihovih zdravstvenih potrebah, željah, pričakovanjih, mnenjih, zdravstvenem stanju, kakovosti življenja, izkušnjah, pritožbah zadovoljstvu, ocenah itd.) v veliko pomoč pri ugotavljanju težav, povezanih s kakovostjo, postavljanju smernic in pri ocenjevanju dejanske oskrbe.

**Tabela 5.2** Kazalniki vidika strank

| Cilji  | Kazalniki  | Merska enota                                   |
|--|--|--|
| Bolniki in svojci bodo zadovoljni s storitvami.                                  | Delež zadovoljnih<br>Število pritožb                             | Delež<br>Število                               |
| Osebni zdravnik naj opravi pri bolniku vse osnovne preiskave.                    | Opravljeni diagn. postopki in primerna zdravstvena dokumentacija | Delež ocen – primerno                          |
| Zdravstveni zavodi zaradi kakovosti storitev in konkurenčnih cen ostajajo kupci. | Pogodbe o sodelovanju<br>Obseg storitev                          | Število pogodb<br>Število storitev             |
| Obračun storitev je skladen z navodili ZZZS o evidentiranju in obračunavanju.    | Ugotovljene nepravilnosti<br>Teža nepravilnosti                  | Število nepravilnosti<br>Odšteti primeri/točke |
| Izdelana priporočila za oblikovanje politike nadzora bolezni na državni ravni.   | Sprejeta priporočila   | Delež  |

Vir: povzeto po Žličar 2006, 54.

### 5.3.2 Finančni vidik

Temeljno poslanstvo javnega zdravstvenega zavoda je nepridobitno opravljanje javnih zdravstvenih programov v mreži javne zdravstvene službe. Zavod je zato odvisen pretežno od javnih finančnih sredstev, katera so omejena in jih je treba učinkovito ter racionalno koristiti.

Kaplan in Norton (2000) ne zanikata tradicionalne potrebe po prikazu finančnih podatkov. Poslovneži bodo še vedno storili vse potrebno, da bodo pravočasno dobili točne finančne podatke. V družbah navadno obstaja več kot dovolj dobrih in obdelanih finančnih podatkov. Z uvedbo centralne podatkovne zbirke je finančne podatke mogoče pripraviti centralizirano in avtomatizirano. Težava pa je v tem, da prevelik poudarek na finančnih kazalnikih vodi do neuravnoteženega položaja drugih vidikov. Pogosto obstaja tudi potreba po vključitvi dodatnih finančnih podatkov, kot so ocena tveganja ter razmerja stroškov in koristi (Wikipedia 2009a).

**Tabela 5.3** Kazalniki finančnega vidika

| Cilji  | Kazalniki  | Merska enota |
|--|--|--------------|
| Rast prihodkov iz poslovanja   | Prihodki tekočega leta/prihodki preteklega leta              | Delež        |
| Stroški standardnega zdravljenja na bolnika rastejo počasneje od valorizacije cene storitev. | Rast stroškov na bolnika/rast cen storitev                   | Delež        |
| Obveznosti do dobaviteljev poravnavamo v dogovorjenih rokih.                                 | Neplačane zapadle obveznosti                                 | EUR          |
| Zaloge zdravstvenega materiala znašajo največ 20 % povprečne mesečne porabe.                 | Mesečno stanje zalog/mesečna poraba                          | Delež        |
| Novi načini zdravljenja ne ogrožajo finančne stabilnosti organizacije.                       | Stroški novosti/dodatna sredstva<br>Stroški novosti/vrednost | Delež<br>EUR |

Vir: povzeto po Žličar 2006, 54.

### 5.3.3 Vidik notranjih poslovnih procesov

Procese v organizaciji je običajno mogoče razdeliti na več osnovnih skupin – procesi vodstva, glavni procesi in podporni procesi. Z uvedbo procesnega pristopa se poskuša doseči več ciljev, kot so na primer izboljšanje kakovosti poslovanja, znižanje stroškov poslovanja, povečanje hitrosti izvajanja procesov, izboljšanje inovativnosti v organizaciji, naravnost na odjemalce, procesna organiziranost, izkoriščanje sinergijskih učinkov itd. Ta načrt se nanaša na notranje poslovne procese. Meritve temeljijo na tej perspektivi in dovolijo upravljavcem, da vedo, kako dobro je njihovo poslovanje in ali so njihovi izdelki ter storitve v skladu z zahtevami kupcev (Wikipedia 2009b).

**Tabela 5.4** Kazalniki notranjih procesov

| Cilji  | Kazalniki  | Merska enota       |
|--|--|--------------------|
| Skrajšanje časa od prvega obiska do začetka zdravljenja.                       | Čakalna doba do začetka zdravljenja                            | Število dni        |
| Ključne aparature in operacijske dvorane bodo obratovale v dveh izmenah.       | Število ur učinkovitega obratovanja                            | Ure                |
| Zdravniki bodo enakomerno obremenjeni.   | Število pregledov na zdravnika<br>Število posegov na zdravnika | Število<br>Število |
| Obravnava bolnika bo vedno potekala v skladu z opredeljenimi kliničnimi potmi. | Nedopustna odstopanja  | Število            |
| Posebne oblike bolezni bodo zdravili na specializirani enoti.                  | Zdravljenje posebne bolezni/novih bolezni                      | Delež              |

Vir: povzeto po Žličar 2006, 55.

#### 5.3.4 Vidik učenja in rasti

Ta vidik vključuje navade (kulturo) družbe pri usposabljanju zaposlenih in samozboljšavah. Zaposlenci so glavni vir znanja združbe. V času hitrih tehnoloških sprememb je nujno, da se zaposlenci nenehno izobražujejo. Meritve lahko osredotočijo pozornost managerjev tja, kjer je pomoč pri izobraževanju najbolj pomembna. Vsekakor učenje in rast predstavljata temelj za uspeh vsake na znanju temelječe se družbe. Kaplan in Norton (2000) poudarjata, da je učenje več kot le usposabljanje, saj vključuje tako mentorje v družbah, kot tudi komunikacije med zaposlenci, kar jim omogoča, da v primeru težav hitro dobijo ustrezno pomoč. Vidik vključuje tudi uporabo tehnoloških orodij (Wikipedia 2009b).

**Tabela 5.5** Kazalniki vidika učenja in rasti

| Cilji   | Kazalniki   | Merska enota |
|---|---|--------------|
| Uvajanje novosti bo vnaprej načrtovano, temeljilo bo na strogih indikacijah.        | Uvedene novosti/načrtovane novosti                              | Število      |
| Pridobivanje raziskovalnih programov in projektov ter kliničnih študij.             | Število novih programov, projektov, ključnih študij             | Število      |
| Rezultati zdravljenja na kliniki bodo primerljivi z vodilnimi svetovnimi klinikami. | Preživetje zdravljenih v bolnišnici/povprečje evropskih centrov | Delež        |
| Izpopolnjevanje zdravnikov v vodilnih svetovnih zdravstvenih centrih.               | Trajanje izobraževanja  | Dni          |

Vir: povzeto po Žličar 2006, 55.

Sistem kazalnikov je managersko orodje, ki usmerja organizacijo k dolgoročnemu zagotavljanju uspeha. Sistem kazalnikov z določitvijo najpomembnejših ciljev ustvarja

med njimi povezave, ki izhajajo iz poslovanja s strankami, iz notranjih procesov ter kadrovskih potencialov. Uravnoveženi sistem kazalnikov umešča merjenje finančne uspešnosti v managerski sistem, ki vzpostavlja soodvisnost med operativnimi in strateškimi cilji. Namen vpeljevanja uravnoveženega sistema kazalnikov ni zgolj izboljšanje sistema merjenja, ampak spodbujanje organizacije k zasledovanju novih strateških usmeritev (Kaplan in Norton 2000, 288).

#### **5.4 Kategorizacije za optimizacijo kadrovanja**

Zdravstvena nega hospitaliziranih bolnikov obsega ugotavljanje negovalnih problemov, načrtovanje, organiziranje, izvajanje, dokumentiranje in ocenjevanje ter izvajanje zdravstvene nege in higienskega nadzora. Po naročilu zdravnika je to tudi jemanje vzorcev za preiskave, dajanje zdravil, izvajanje in sodelovanje pri diagnostično-terapevtskih ter rehabilitacijskih posegih in organiziranje napotitve bolnika na diagnostično-terapevtske posege v druge organizacijske enote. Vsa ta kompleksnost dela zahteva smotrno prerazporejanje finančnih sredstev na vseh področjih zdravstvenega sistema oziroma nenehno bdenje nad finančnimi izgubami, o katerih v zadnjem času pogosto poročajo mediji.

V bolnišnicah tako lahko z enakim številom pravilno prerazporejenega kadra zagotovijo večjo kakovost dela in zmanjšajo preobremenjenost zdravstvenega osebja.

Povečanje števila medicinskih sester se navezuje na povečan delež zahtevnejših bolnikov (naraščanje II., III. in IV. kategorije zahtevnosti zdravstvene nege), kar je razvidno iz podatkov v tabelah in grafih, prikazanih v nadaljevanju.

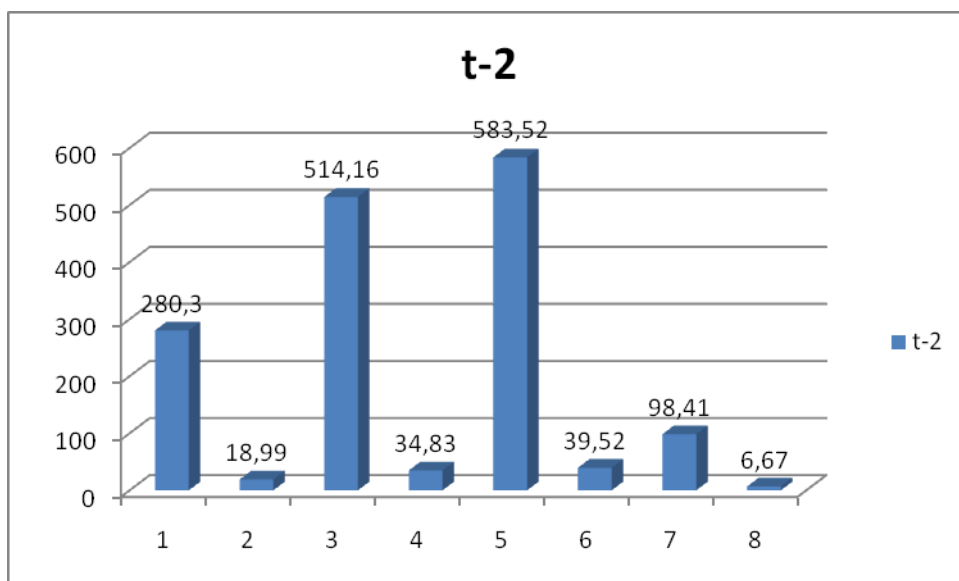
**Tabela 5.6** Zdravstveni profili

| <i>Profil</i>                |
|------------------------------|
| Medicinske sestre            |
| Medicinske sestre MZ         |
| Zdravstveni tehniki          |
| Zdravstveni tehniki MZ       |
| Bolničarji                   |
| Bolničarji MZ                |
| Strežnice, čistilke          |
| Ostali nezdravstveni delavci |

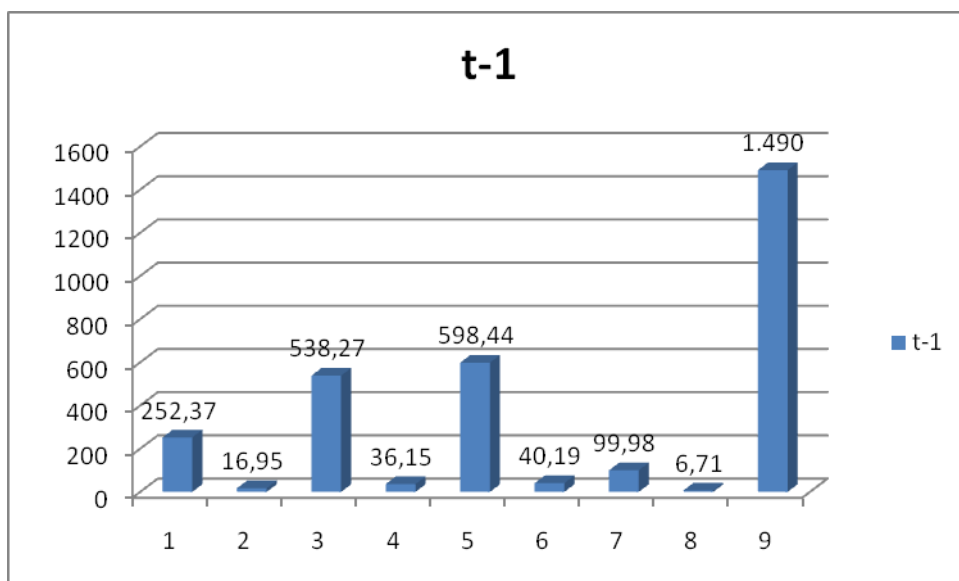
**Tabela 5.7** Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege, primerjava po letih

| Primer | I. kat. | Delež | II. kat. | Delež | III. kat. | Delež | IV. kat. | Delež | Skupaj |
|--------|---------|-------|----------|-------|-----------|-------|----------|-------|--------|
| t-2    | 280,30  | 18,99 | 514,16   | 34,83 | 583,52    | 39,52 | 98,41    | 6,67  | 1.477  |
| t-1    | 252,37  | 16,95 | 538,27   | 36,15 | 598,44    | 40,19 | 99,98    | 6,71  | 1.490  |
| t      | 250,26  | 16,85 | 531,78   | 35,80 | 604,67    | 40,71 | 98,70    | 6,64  | 1.486  |

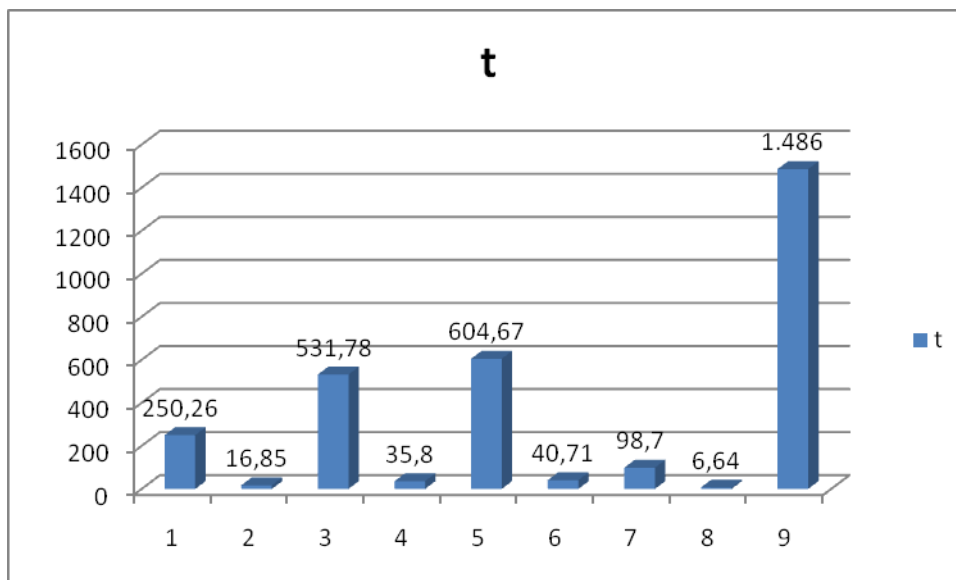
**Slika 5.2** Kategorija zahtevnosti t-2



**Slika 5.3** Kategorija zahtevnosti t-1



Slika 5.4 Kategorija zahtevnosti t



Iz slik je razviden trend naraščanja pacientov v zahtevnejših kategorijah, to je v kategoriji III. stopnje zahtevnosti, v kateri so pacienti povsem odvisni od pomoči zaposlenih v zdravstvenih zavodih. Večje število pacientov v III. kategoriji je povezano z vse večjim staranjem populacije, vse več je kroničnih bolezni, katere zahtevajo hospitalno obravnavo.

Obstoječi sistem kategorizacije je namenjen predvsem srednjeročnemu (tedenskemu in mesečnemu) ter predvsem dolgoročnemu (letnemu) načrtovanju in oblikovanju kadrovskega standardov (Galinec 2007, 42).



## 6 ZADOVOLJSTVO BOLNIKOV

Zadovoljstvo je izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva. V zdravstveni oskrbi uporabniki kakovost pogosto povezujejo s človeškim dejavnikom in vedenjskimi lastnostmi, kot so prijaznost, pravočasnost, stalnost, odnos med zdravnikom ter bolnikom in z dožemanjem izvajalčeve strokovnosti. To poleg dobrega sporazumevanja največ prispeva k bolnikovemu zadovoljstvu in njegovi oceni kakovosti oskrbe. Zadovoljstvo kot družbeni izid zdravstvene oskrbe je merilo kakovosti oskrbe.

### *Primer 1:*

Pri nakupu avtomobila se kupec odloči glede na razmerje med ceno in pričakovano kakovostjo avtomobila. Njegovo zadovoljstvo bo neposredno povezano z zadovoljitvijo njegovih pričakovanj. Končno bo tudi prodaja avtomobilov odvisna od tega, koliko kupcev si bo lahko privoščilo določen model avtomobila in od ravni zadovoljstva kupcev. Glede tehničnih podrobnosti mora proizvajalec upoštevati določene smernice (standarde), ki jih kupec ne preverja. Če ne bo dobil želenega avtomobila za pričakovano ceno, avtomobila pač ne bo kupil. Pri iskanju zdravstvene oskrbe so razmere nekoliko drugačne. Praviloma uporabnik nima tako bogate ponudbe, kot je to pri avtomobilih. Poleg tega je dodatno omejen z nujnostjo 'nakupa' oskrbe in omejenostjo izbire, ki je praviloma vezana na določen prostor v bližini dogodka (doma). Zadovoljstvo z oskrbo ima torej poglobitveno težo pri ocenjevanju postopkov oskrbe in nekaterimi pogoji dela (Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije 2009).

Zadovoljstvo se vedno zrcali v luči končnega izida oskrbe (spremenjeno zdravstveno stanje ali bolj neposredni izidi, kot so napotitev, recept, posamezni poseg in občutene škodljivosti). Boljše funkcionalno, boljše zdravstveno stanje in boljše duševno zdravje, kot ga sporočajo bolniki sami, je povezano z večjim zadovoljstvom bolnika.

### **6.1 Merjenje zadovoljstva bolnikov**

Zadovoljstvo bolnikov mora biti vključeno v vizijo in poslanstvo organizacije. Dobra vizija je temeljno sredstvo za obvladovanje kompleksnosti podjetja (Kavčič 2009, 36). Mnenje bolnikov predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav ter obvladovanju kompleksnosti dela pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Mnenje bolnikov predstavlja pomembno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Njihovo vključevanje med samo oskrbo pomembno vpliva na sodelovanje pri zdravljenju, kar izboljša tako zdravstvene (zdravstveno stanje) kot tudi družbene izide (večje zadovoljstvo). Zadovoljstvo bolnikov je pomembno merilo kakovosti oskrbe. Posamezni izvajalci, zdravstvene ustanove in celotni sistem

zdravstvenega varstva so dolžni sistematično ter organizirano vključevati poglede, izkušnje in mnenja bolnikov v načrtovanje ter spremljanje svojega dela. O tem, ali so bolniki zadovoljni s storitvami zdravstvenih izvajalcev oziroma z zdravstveno oskrbo ali niso, lahko povejo svoje mnenje v obliki pohval/pritožb. Pritožni sistem uporabnikom zagotavlja, da bodo njihove pritožbe vzete resno in glede na njihovo težo rešene njim v zadoščenje ter izvajalcem v pomoč pri izboljšanju svojega dela. Mnenja bolnikov o zadovoljstvu z zdravstveno oskrbo so prikazana v nadaljevanju.

## 6.2 Opis vzorca

Analiza vzorca temelji na podlagi (Easterby-Smith, Thorpe in Lowe 2007, 12): »Treba je narediti kompromise, postavljati prava vprašanja in dajati odgovore za zadovoljitev večini interesov.« Zadovoljstvo bolnikov sem poskušala predstaviti s pomočjo analiziranega vprašalnika. Zaradi občutljivosti podatkov sem uporabila primerjalni vprašalnik, ki ni reprezentativen. Izpolnjeni vprašalnik so bolniki lahko oddali v nabiralnik ob izhodu iz oddelka. Vprašalnik obsega več sklopov vprašanj, ki se nanašajo na sprejem, bivanje v bolnišnici, zdravljenje in pojasnila, prehrano, varovanje zasebnosti, čistočo prostorov ter opreme, urejenost zaposlenih in obiske. Raziskovanje je zahtevalo določene omejitve, ki jih ni bilo mogoče obdelati z vseh vidikov.

Namen raziskave o izražanju mnenj zadovoljstva bolnikov temelji na spodbudah zdravstvenega osebja bolnišnice k izboljšanju svojega dela z vidika izkušenj pacientov ter omogočiti ljudem informacijo o kakovosti zdravstvene obravnave kot jo vidijo pacienti.

**Tabela 6.1** Starostna struktura

| Starost, leta | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|---------------|---------|----------------------------|----------------------------|
| 20–30         | 12      | 10,4                       | 7,7                        |
| 31–40         | 11      | 9,6                        | 9,2                        |
| 41–50         | 15      | 13,0                       | 10,2                       |
| 51–60         | 18      | 15,6                       | 16,4                       |
| 61–70         | 22      | 19,2                       | 22,5                       |
| 71–80         | 32      | 27,8                       | 20,2                       |
| 81–90         | 3       | 2,6                        | 10,6                       |
| Nad 91        | 2       | 1,7                        | 1,2                        |
| Brez odgovora | 0       | 0                          | 2,4                        |
| Skupaj:       | 115     | 100                        | 100                        |

**Tabela 6.2** Struktura po spolu

| Odgovori | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|----------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Moški    | 49      | 42                         | 47,93                      |
| Ženski   | 66      | 58                         | 52,07                      |
| Skupaj:  | 115     | 100                        | 100,00                     |

Subjekti: ena bolniška enota; 115 vprašalnikov.

Metodologija: standardizirana anketa za paciente v bolnišnicah.

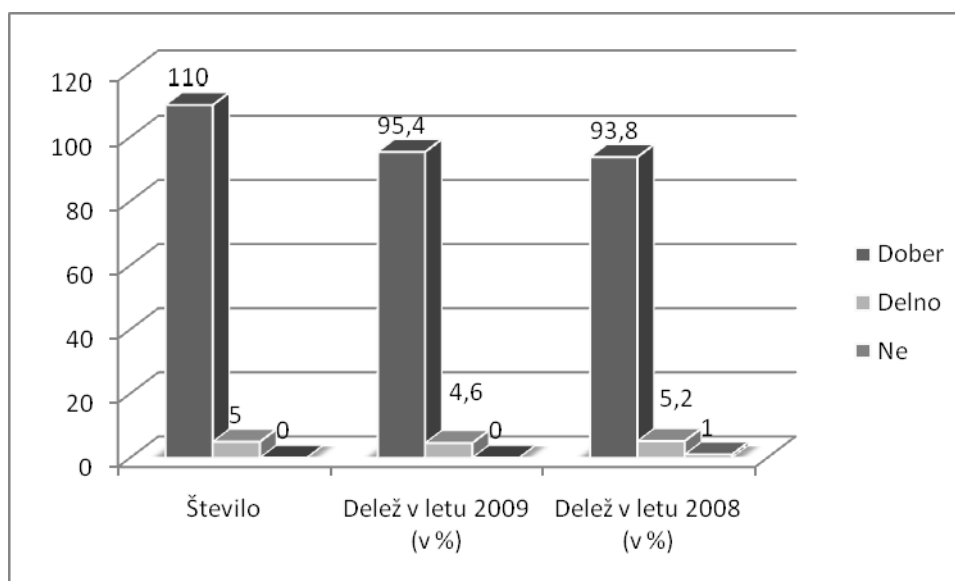
Vprašalnik: 8 vprašanj zaprtega tipa.

### 6.3 Rezultati ankete in primerjave z letom 2008

V nadaljevanju bom predstavila rezultate izvedene raziskave v slikah in tabelah. Komentarje bom povzela v povzetku na koncu poglavja.

**Tabela 6.3** Kakšen vtis ste dobili pri nas?

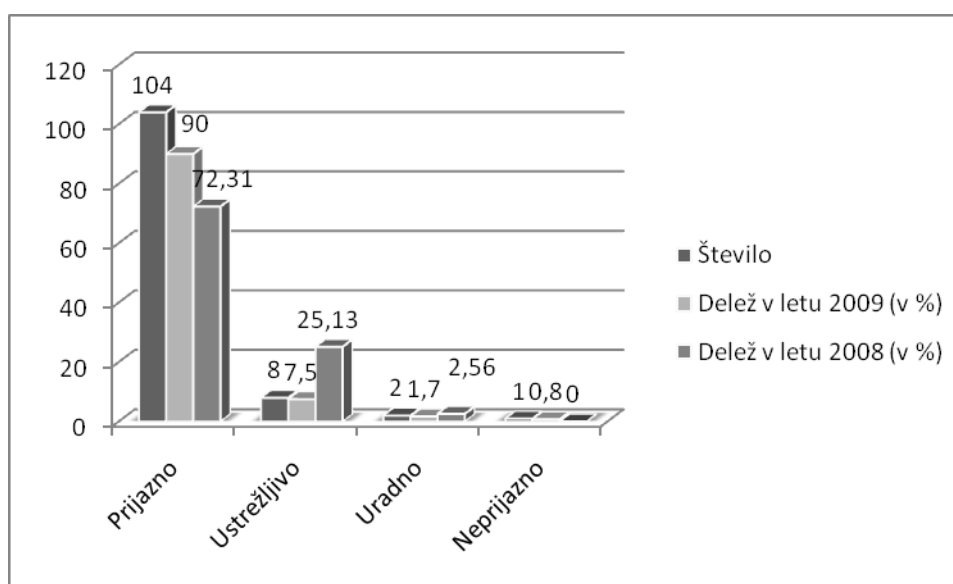
| Odgovori | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|----------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Dober    | 110     | 95,4                       | 93,8                       |
| Delno    | 5       | 4,6                        | 5,2                        |
| Ne       | 0       | 0,0                        | 1,0                        |
| Skupaj:  | 115     | 100,0                      | 100,0                      |

**Slika 6.1** Vtisi bolnikov ob sprejemu v bolnišnico

**Tabela 6.4** Mnenje bolnikov o odnosu osebja ob sprejemu

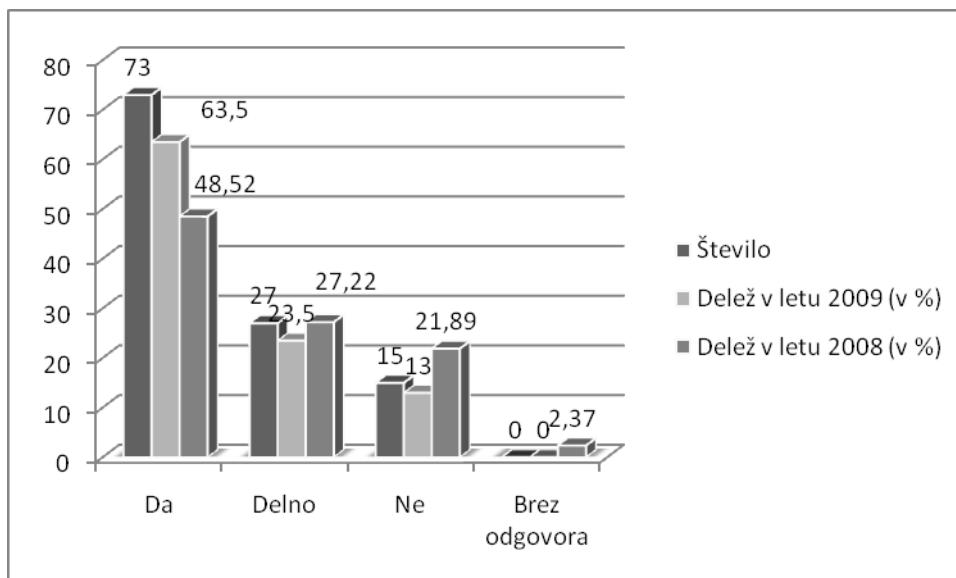
| Odgovori    | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|-------------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Prijazno    | 104     | 90,0                       | 72,31                      |
| Ustrežljivo | 8       | 7,50                       | 25,13                      |
| Uradno      | 2       | 1,70                       | 2,56                       |
| Neprijazno  | 1       | 0,80                       | 0,00                       |
| Skupaj:     | 115     | 100,00                     | 100,00                     |

**Slika 6.2** Mnenje bolnikov o odnosu osebja ob sprejemu

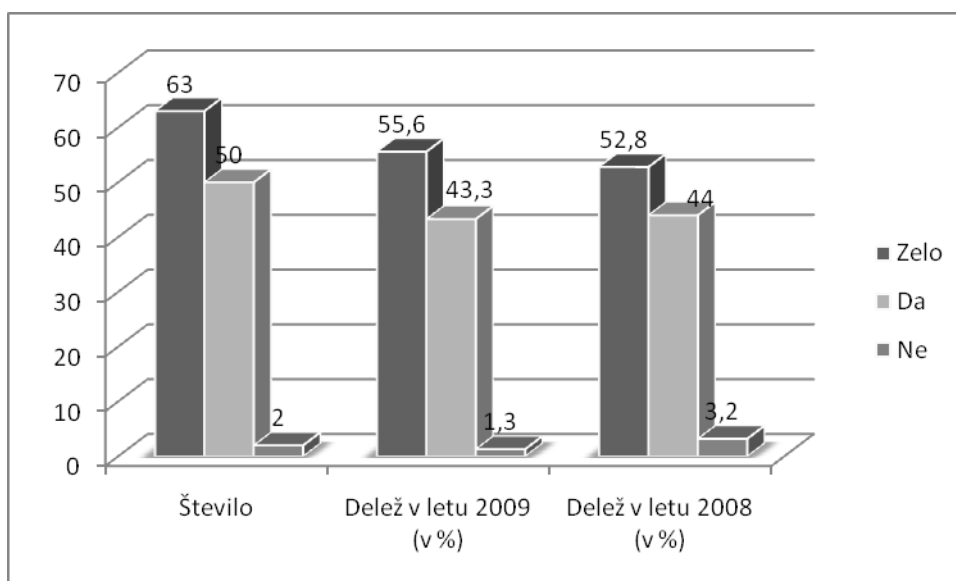


**Tabela 6.5** Ali so bolniki seznanjeni s hišnim redom ob sprejemu?

| Odgovori      | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|---------------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Da            | 73      | 63,50                      | 48,52                      |
| Delno         | 27      | 23,50                      | 27,22                      |
| Ne            | 15      | 13,00                      | 21,89                      |
| Brez odgovora | 0       | 0,00                       | 2,37                       |
| Skupaj:       | 115     | 100,00                     | 100,00                     |

**Slika 6.3** Ali so bolniki seznanjeni s hišnim redom ob sprejemu?**Tabela 6.6** Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno oskrbo v bolnišnici?

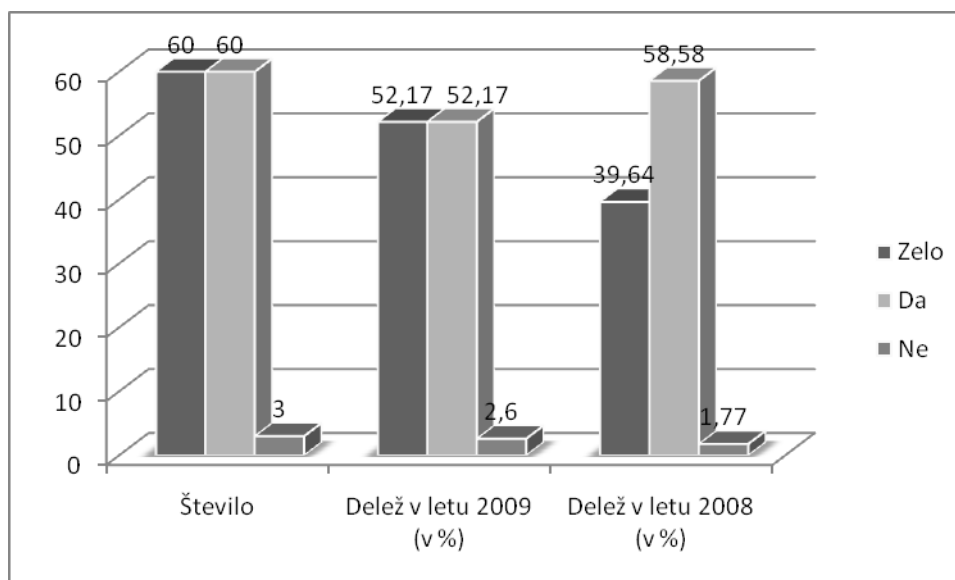
| Odgovori | Število | Delež v letu 2009 (v %) | Delež v letu 2008 (v %) |
|----------|---------|-------------------------|-------------------------|
| Zelo     | 63      | 55,6                    | 52,8                    |
| Da       | 50      | 43,3                    | 44,0                    |
| Ne       | 2       | 1,3                     | 3,2                     |
| Skupaj:  | 115     | 100,0                   | 100,0                   |

**Slika 6.4** Ali ste bili zadovoljni z zdravstveno oskrbo v bolnišnici?

**Tabela 6.7** Ali ste bili zadovoljni z izvajanjem zdravstvene nege in delom medicinskih sester?

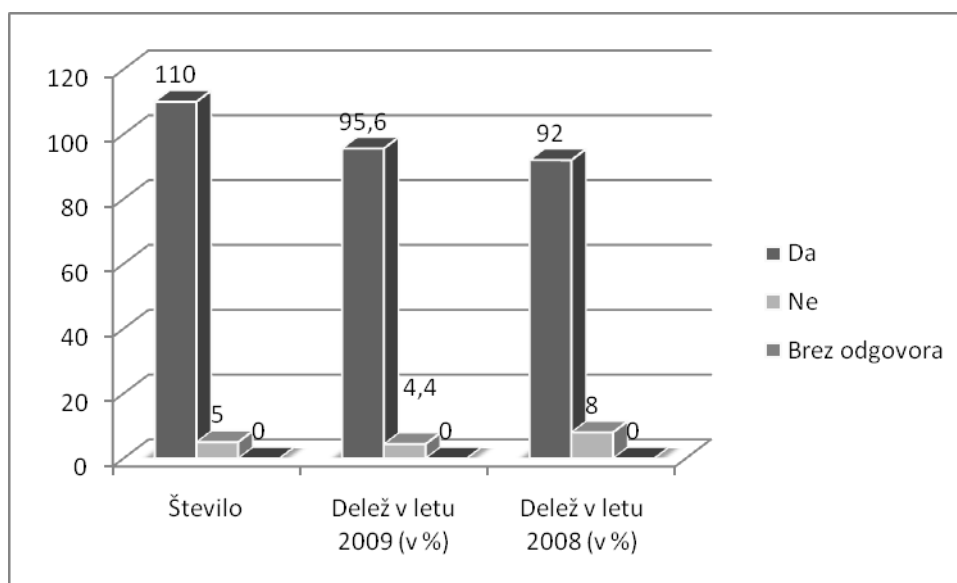
| Odgovori | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|----------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Zelo     | 60      | 52,17                      | 39,64                      |
| Da       | 60      | 52,17                      | 58,58                      |
| Ne       | 3       | 2,60                       | 1,77                       |
| Skupaj:  | 115     | 100,00                     | 100,00                     |

**Slika 6.5** Ali ste bili zadovoljni z izvajanjem zdravstvene nege in delom medicinskih sester?



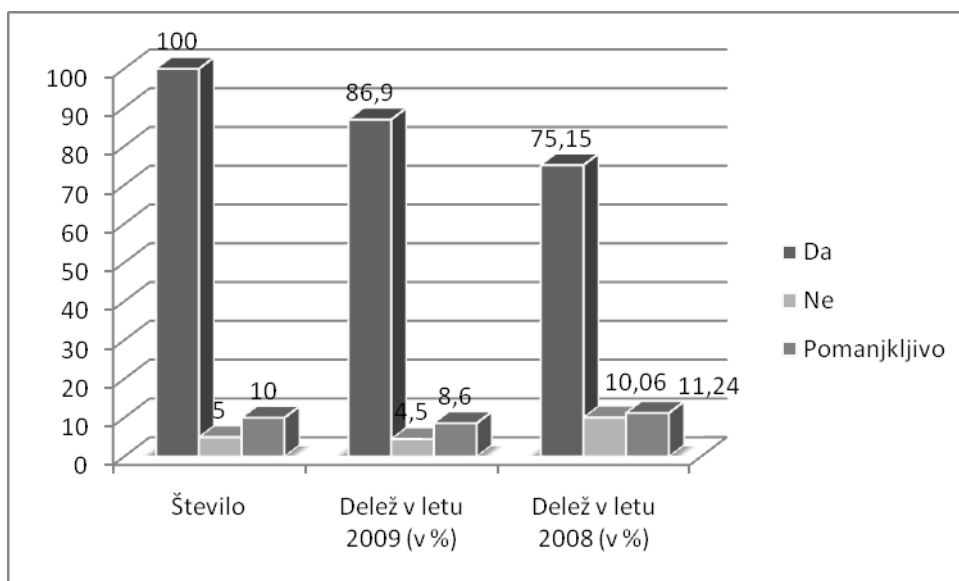
**Tabela 6.8** Ali je bila varovana vaša zasebnost pri postopkih in posegih?

| Odgovori      | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|---------------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Da            | 110     | 95,6                       | 92,0                       |
| Ne            | 5       | 4,4                        | 8,0                        |
| Brez odgovora | 0       | 0,0                        | 0,0                        |
| Skupaj:       | 115     | 100,0                      | 100,0                      |

**Slika 6.6** Ali je bila varovana vaša zasebnost pri postopkih in posegih?**Tabela 6.9** Ali ste bili dovolj razumljivo informirani o preiskavi oziroma operaciji?

| Odgovori       | Število | Delež v letu 2009<br>(v %) | Delež v letu 2008<br>(v %) |
|----------------|---------|----------------------------|----------------------------|
| Da             | 100     | 86,9                       | 75,15                      |
| Ne             | 5       | 4,5                        | 10,06                      |
| Pomanjkljivo   | 10      | 8,6                        | 11,24                      |
| Brez odgovorov | 0       | 0,0                        | 3,55                       |
| Skupaj:        | 115     | 100,0                      | 100,00                     |

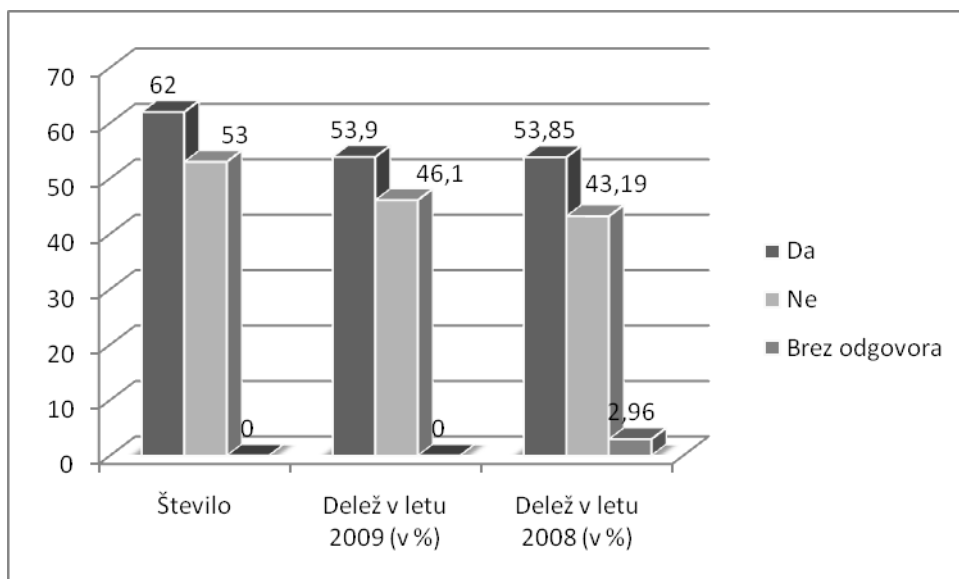
**Slika 6.7** Ali ste bili dovolj razumljivo informirani o preiskavi oziroma operaciji?



**Tabela 6.10** Ali ste seznanjeni s pravicami bolnikov?

| Odgovori      | Število | Delež v letu 2009 (v %) | Delež v letu 2008 (v %) |
|---------------|---------|-------------------------|-------------------------|
| Da            | 62      | 53,90                   | 53,85                   |
| Ne            | 53      | 46,10                   | 43,19                   |
| Brez odgovora | 0       | 0,00                    | 2,96                    |
| Skupaj:       | 115     | 100,00                  | 100,00                  |

**Slika 6.8** Ali ste seznanjeni s pravicami bolnikov?





#### **6.4 Rezultati in razlaga analize**

Analiza ankete o zadovoljstvu hospitaliziranih pacientov v letu 2009 in primerjava analize z letom 2008 predstavlja izhodišče za izboljšanje zadovoljstva bolnikov. V okviru proučevanja vprašalnika je treba postaviti v ospredje tudi zdravstvene težave bolnikov (zdajšnje in tiste, ki jih je možno pričakovati). Osredotočenost na zdravstvene težave in na zadovoljstvo bolnikov z okrevanjem, njihova upanja in skrbi je vrednota, ki kaže na pomembnost strateškega načrtovanja.

Vprašalnik je sestavljen iz osmih vprašanj. Prvo vprašanje proučuje zadovoljstvo s postopkom sprejema na oddelek. Večina bolnikov, 95,4 % vseh, je izrazila zadovoljstvo s postopkom sprejema na oddelek. V primerjavi s preteklim letom (93,8 %) je zadovoljstvo bolnikov večje za 1,6 %. Drugo vprašanje proučuje mnenje bolnikov o odnosu osebja ob sprejemu. Kar 90 % vprašanih je dejalo, da je bilo osebje ob sprejemu prijazno. Rezultat je boljši kot v letu 2008 (72,4 %), za 17,6 %. Tretje vprašanje predstavlja seznanjenost s hišnim redom ob sprejemu. Od 115 vprašanih jih je 63,5 % odgovorilo z da, rezultat je bistveno boljši v primerjavi z letom 2008 (48,52 %). Na četrto vprašanje o zadovoljstvu bolnikov z zdravstveno oskrbo v bolnišnici je bilo 55,6 % vprašanih zelo zadovoljnih, 43,3 % zadovoljnih, kar pomeni, da je bilo skupno kar 98 % anketiranih zadovoljnih z zdravstveno obravnavo. V primerjavi s preteklim letom je rezultat izenačen. V petem delu je 52,2 % vprašanih odgovorilo, da so bili z delom medicinske sestre zelo zadovoljni, v primerjavi s preteklim letom (39,6 %) se je rezultat vidno izboljšal. V šestem delu so vprašani odgovarjali na vprašanje o zasebnosti v postopkih in posegih, pri čemer je 95,6 % anketiranih odgovorilo z da, v letu 2008 je bilo teh 92 %. Navedeni zelo dober izid daje priznanje organizaciji z bogatimi in trdnimi zgodovinsko ukoreninjenimi načini razmišljanja ter delovanja. Sedmo vprašanje se je nanašalo na informiranost bolnikov o preiskavah oziroma operaciji. Kar 86,9 % bolnikov je odgovorilo, da so bili razumljivo informirani, kar je boljši rezultat kot v letu 2008, ko je bil izid 75,15 %, torej je letos boljši za več kot 11 %. Zadnje vprašanje se je nanašalo na seznanjenost bolnikov z njihovimi pravicami. Rezultat je podoben kot v letu 2008, ko je približno polovica vprašanih odgovorila, da niso seznanjeni s pravicami bolnikov.

S to analizo sem želela pridobiti sliko o izkušnjah hospitaliziranih pacientov z zdravstveno obravnavo. Rezultati kažejo, da so bili pacienti v obravnavanem zavodu z delom v povprečju zadovoljni, vendar pa so iz rezultatov razvidna tudi področja, ki jih je treba izboljšati. V primerjavi z letom 2008 so se rezultati izboljšali pri večini kazalnikov zadovoljstva pacientov. Potreben je čas, da bodo bolniki znali izkoristiti vse možnosti informacij, ki jim jih bolnišnica lahko ponudi.

V svetu dajejo raziskavam zadovoljstva bolnikov velik poudarek. V okoljih, kjer gre za planski način organizacije zdravstvenega varstva ('managed care' v ZDA, National

Health Service v Veliki Britaniji), je vključevanje bolnikovih pogledov in izkušenj v načrtovanje ter izvajanje zdravstvene oskrbe izrednega pomena. Tudi posamezni izvajalci so dolžni spremljati zadovoljstvo svojih uporabnikov.

Raziskovanje zadovoljstva je pri nas zanemarjeno, žal ne dosega vseh zelenih ciljev. Zadovoljstvo je v proizvodni in storitveni dejavnost glavno merilo kakovosti ter odločujoče vpliva na poslovno uspešnost organizacije. Bolj kot je ponudba zdravstvene oskrbe prepuščena tržnim zakonitostim, večji pomen ima merjenje zadovoljstva uporabnikov za poslovanje. Zato raziskovalce, izvajalce in plačnike zanima povezava med uporabo ter zadovoljstvom z določeno oskrbo ali izvajalcem. Odločitev za 'nakup', določene storitve namreč lahko temelji na lastnostih, kot so možnost iskanja, izkustva ali zaupanja.

*Primer 2:* Na enem koncu so storitve in izdelki, ki omogočajo možnost iskanja, to so npr. avtomobili, pohišstvo ipd. Uporabnik - kupec lahko na podlagi znanih meril kakovosti (varnost, uporabnost, videz, potrošnja goriva, cena, hitrost idr.) že vnaprej ugotavlja skladnost izdelka – storitve s svojimi pričakovanji. Kupec ima možnost, da poišče izdelek, ki mu ustreza, na osnovi razmerja med pričakovanimi in ponujenimi lastnostmi. V določenih primerih kakovosti ne moremo oceniti, dokler sami ne preizkusimo izdelka ali storitve. To npr. velja za hrano v gostilni, bivanje v hotelu ali varstvo otrok v otroškem vrtcu. V teh primerih namreč šele osebno izkustvo omogoča dokončno oceno kakovosti. Na drugem koncu pa je zdravstvena oskrba. Njeno kakovost je kljub različnim načinom zagotavljanja javnosti, odgovornosti in kakovosti zelo težko oceniti pred uporabo. Zaradi pomanjkanja visokega strokovnega znanja pa je tudi ob samem izkustvu težko podati ustrezno oceno. Marsikateri bolnik se pač obrne na najbližjega izvajalca ali pa ga v nujnem primeru celo brez njegove vednosti prevzame določen izvajalec. Izbira izvajalca zaželeno (pogosto bolnik niti ne ve in ne more vedeti, kaj si želi) temelji na bolj ali manj popolnem (slepem) zaupanju. Zato je zdravstvena oskrba še toliko bolj občutljiva dejavnost in je treba mnenje bolnikov upoštevati s še večjo pozornostjo (Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije 2009).

S poudarjanjem bolnikove vloge, torej osebe, zaradi katere so vsi zaposleni v ambulantah ali bolnišnicah (saj niso bolniki zaradi zaposlenih v teh institucijah, temveč zaposleni zaradi njih), bi se spodobilo 'povzdigniti' bolnika v enakovreden položaj z udeleženci zdravljenja v zdravstvenem sistemu. V takšnem sistemu so zelo pomembni komunikacija oziroma medčloveški odnosi in razumevanje. Kako komunicirati s svojimi sodelavci in pacienti, je odvisno od vsakega posameznika, njegovega znanja, vpljudnosti, omikanosti ter ne nazadnje tudi od intuitivnosti. Nekateri strokovnjaki menijo, da ni področja človeškega dela, kjer bi medsebojna komunikacija bila bolj pomembna, kot je v zdravstvenih ustanovah, ko delajo z bolnikom. Zaradi bolnikov so zdravniki in medicinske sestre zaposleni v zdravstvenih ustanovah, medsebojna komunikacija z njimi pa mora biti ne samo splošna medčloveška, temveč tudi strokovno-poklicna.

## 7 SKLEP

Analiza okolja je proces, s katerim skušamo nadzirati zunanje sektorje ter tako izluščiti priložnosti in nevarnosti, ki jih okolje organizaciji nudi. Na osnovi učinkovite analize so pravilno predvideni dejavniki okolja v današnjih zaostrenih pogojih gospodarjenja, ne le osnova za pravilno planiranje in vodenje organizacije, temveč tudi predpogoj za njegovo uspešno poslovanje z zahtevami in potrebami okolja. Za vsako organizacijo je temeljnega pomena pravočasno spoznavanje okolja in njihovih potreb.

V današnji sodobni, na znanju temelječi družbi in gospodarstvu so spremembe edina gotovost. Kdor jih bo pravočasno zaznal, se o njih podučil in ustrezno ukrepal, bo uspešnejši. Sinteza zahodne civilizacije je v zadnjih desetletjih povzročila nesluteno pospeševanje znanstvenega in tehnološkega razvoja, vrtoglavo hitrost sprememb ter posledično nezmožnost hitrega prilagajanja ljudi in organizacij nastajajočim globalnim spremembam. Poslovna okolja vseh sodobnih organizacij se globalizirajo. Sodobne zdravstvene organizacije vse bolj težijo k učinkovitejšim načinom prilagajanja spremembam iz okolja in s tem prisegajo na nove paradigme ter nove načine organizacijskega življenja. Spremembe zahtevajo reformo celotnega zdravstvenega sistema. Reforma temelji na štiri vrednotah: pravičnosti, dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti. Najpomembnejši poslovni dosežek je sprememba miselnosti in nova kultura organizacije, kjer izpostavljajo odgovornost, spoštovanje, timsko delo, kakovost, inovativnost, nenehno učenje in kot najvišjo vrednoto zadovoljnega bolnika.

Pomembno je predvsem, da management, tako nepridobitne kot pridobitne organizacije, nenehno spremlja okolje ter na nepričakovane spremembe reagira z ustreznimi ukrepi: le tako bo pravočasno zasledil znake, vzroke, ki bi privedli organizacijo v neželjeno stanje. Za to, da bi management lahko spremljal notranje in zunanje okolje, pa je nujen dobro razvit informacijski sistem. Nadaljni dejavnik, kateremu mora management nameniti veliko pozornosti, je izgradnja kakovostnega komunikacijskega odnosa z zaposlenimi. Odnos oziroma komunikacija mora temeljiti na zaupanju in odsotnosti strahu v medsebojnem odnosu. To bo managementu omogočilo pridobiti informacije in podatke od zaposlenih, ne pa njihovo prikrivanje.

Iz navedenega v nalogi je razvidna kompleksnost zdravstvenega sistema. Vedeti namreč moramo, da zdravstvene storitve zahtevajo veliko učinkovitost, saj posegajo tudi v naše življenje, zato je razumljiva previdnost, nezaupanje in zahteva po strokovnem, korektnem in varnem izvajanju. Demografske spremembe, nove tehnologije in nova zdravila povečujejo pritisk na zdravstveno blagajno, zato so za ohranitev dolgoročne stabilnosti zdravstvenega sistema nujne reforme. Za uspešno obvladovanje le-teh mora management obvladovati kakovost poslovanja in slediti razvoju, se izobraževati, upoštevati standarde, navodila, postopke ter spreminjati kulturo organizacije, kar sistemsko omogoča vgrajevanje sprememb v delovanje organizacije.

Management mora ustvariti posebne pogoje za oblikovanje in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti. Sistemi kakovosti morajo vključevati učinkovite mehanizme in delovne smernice za načrtovano in vodeno izvedbo potrebnih sprememb ter vključevanje vseh nosilcev procesa oskrbe in odločanja. Za učinkovito izvedbo je treba poznati stališče bolnikov ter zbrati podatke o prednostnih potrebah, pričakovanjih in izkušnjah bolnikov na vseh ravneh zdravstvene oskrbe. Za to so potrebne ustrezne metode, ki zagotavljajo dejavno sodelovanje vseh sodelujočih, tako strokovnega kot tudi poslovnega managementa. Z vidika delovnih mest medicinskih sester so najpomembnejši dejavniki dobri medsebojni odnosi, varnost zaposlitve, pomoč drugim, uresničevanje osebnih sposobnosti, samostojnost ter pripadnost delovni skupini.

Na podlagi izdelanih analiz okolja in njegovega poslovanja ocenjujem, da ima zdravstvo kot poslovni sistem veliko možnosti za trajnostni razvoj. S teoretičnega vidika menim, da je problem zadovoljstva potreb v okviru virov mogoče reševati z določitvijo prednostnih nalog, z izdelavo smernic za racionalno in uspešno diagnostiko ter terapijo in ne nazadnje z ustreznim načrtovanjem. Z navedenim je mogoče povečati učinkovitost zdravstvene službe, kar seveda prispeva tudi k obvladovanju izdatkov in zmanjševanju razkoraka med zahtevami ter možnostmi. Javno zdravstvo naj še naprej proizvaja visoko kakovostne storitve, saj ga prav to ločuje od številnih konkurentov. Z namenom biti v okolju še bolj konkurenčen morajo v zdravstvenih organizacijah izvajati tudi nenehno izobraževanje kadrov in njihovo usposabljanje s področja zdravstvene nege. Le z visoko izobraženimi kadri lahko namreč konkurirajo v zahtevnem evropskem prostoru.

Na podlagi že izvedenih ukrepov izboljšav v javnih zavodih javne raziskave kažejo, da se delež izgube iz leta v leto zmanjšuje, kar je nedvomno odraz intenzivnih sprememb tako znotraj bolnišnice, kot tudi boljšega financiranja na podlagi dogovorjenih dodatnih programov. Vendar pa je pot do popolne ozdravitve sistema dolga in zapletena. Kdo bo zdravstveno oskrbljen ter koliko in kakšne oskrbe bo deležen, je tako moralen kot tudi izvedbeni problem družbe, hkrati pa velikega osebnega pomena za vsakega posameznika. Nihče od nas si ne želi biti bolan, če pa že zbolimo, želimo biti tudi ustrezno zdravljeni.

Vendar pa vse bolj kaže, kot bi bili sistemi zdravstvenega varstva v stalni krizi, kar se kaže na primer v bolj ali manj dolgih čakalnih dobah na preglede ali posege, v stalnem pomanjkanju sredstev, pomanjkljivi skrbi za kakovost dela itd. Srž problema je v tem, da so sredstva, ki so namenjena za zdravstveno oskrbo prebivalstva, omejena. Nobena država na svetu ne more vsakemu posamezniku v vsakem trenutku zagotoviti in nuditi optimalne zdravstvene oskrbe. Za sredstva, ki so namenjena za zdravstveno oskrbo velja, da jih obravnavamo kot relativno redko dobrino, kar pomeni, da je z njimi treba ravnati varčno. Prav ta vidik pa vpliva na to, da je razporeditev sredstev vedno neenakomerna in nepravična. Posebej je treba poudariti neutemeljene razlike v dostopnosti in koriščenju zdravstvene oskrbe. Napredne javnosti in odgovorne družbene

skupnosti si nenehno prizadevajo, da bi vzpostavile takšen sistem razporejanja sredstev za zdravstveno oskrbo, ki bi kar se da učinkovito zmanjševal zdravstvene probleme.

Oceno potreb po zdravstveni oskrbi zaznamuje sistematični pristop, s pomočjo katerega je mogoče zagotavljati, da so sredstva za dejavnost razporejena tako, da je mogoče izboljšati zdravstveno stanje prebivalstva na najbolj učinkovit način. Takšen pristop vključuje epidemiološke metode, ki na kvalitativen in kvantitativen način opredeljujejo zdravstvene probleme med prebivalstvom, opredelijo razlike v zdravstvenem stanju in v dostopnosti do zdravstvene oskrbe. Poseben poudarek je namenjen klinični in stroškovni učinkovitosti, pa tudi vidiku prebivalcev, kar omogoča določitev prioritet za najbolj učinkovito porabo virov (človeških, prostorskih, tehnoloških in finančnih).

Uspešna ocena zdravstvenih potreb je zahteven proces. Treba je opredeliti, kaj je namen proučevanja, čas in druge vire, ki so potrebni za izvedbo, ter seveda upoštevanje rezultatov v pripravi novih načrtov in razporejanju sredstev za zdravstveno dejavnost. Brez izpolnjevanja zadnjih dveh pogojev je ocena zdravstvenih potreb sicer lahko zelo korektno izdelana, vendar pa je nesmiselna in torej ne more biti uspešna.

Gre za nov pristop, katerega namen je bolj natančno poznati potrebe prebivalstva po zdravstveni oskrbi na določenem območju. Poleg tega pa so tu pomembne še druge razsežnosti. Velik poudarek je namenjen proučevanju učinkovitosti posameznih ukrepov. Ekonomisti poudarjajo, da je sposobnost zdravstvenega sistema za zdravljenje vedno večja, kot pa viri, ki so na voljo, kar pomeni, da je treba odgovoriti tudi na vprašanje o prioritetah. Ocenjevanje potreb po zdravstveni oskrbi daje možnost za zmanjševanje razlik pri dostopnosti do zdravstvene oskrbe in s tem zdravja.

Po vsem navedenem lahko zaključim, da se je v okviru sprememb in učinkovitosti zdravstvenega sistema treba vprašati, kako razumno gospodarimo s temi resursi. Pri tem imam v mislih ljudi, tehnologijo, prostore in seveda informacije ter na koncu tudi denar. Potrebna je deregulacija, prek katere bi zagotovili večjo avtonomijo javnih zavodov in tako poskrbeli za revitalizacijo javnih zavodov ter učinkovito upravljanje z vsemi resursi. Nekatere raziskave tudi kažejo, da avtonomen zavod z motiviranim managerjem sprošča več pobud in je sposoben hitreje slediti pobudam kapitala, zato suvereno izvaja nadziranje teh interesov in jih učinkovito uvaja v prakso. Glede na umestitev javnega zavoda se trenutno management osredotoča pretežno na notranje poslovne funkcije in notranjo organizacijo. Takšno delovanje je brez tveganj in razmeroma stabilno. Zgrešene odločitve, ali še slabše, nobene odločitve ne posežejo dramatično v delovanje zdravstvenega zavoda. Razumljivo je, da brez tveganj in tveganih odločitev ni bistvenjših razvojnih korakov, v takšnih okoljih pa spremembe ne padejo na plodna tla. Vloga managerja je pri tem skrčena na vlogo administrativnega upravljavca, pretežno odgovornega državi in predstavnikom aktualne politike, ki so zastopani v nadzornih organih zavoda. Obstoječi management v zdravstvu ima veliko več sposobnosti in

ambicij, kot pa jih lahko uresniči v okviru obstoječih pogojev ter statusa državnih zdravstvenih zavodov.

Na podlagi analize zdravstvenega sistema ugotavljam, da je treba razvoju obravnavanega primera oz. zdravstvene enote in na splošno razvoju zdravstva, kot tudi vseh drugih segmentov zdravstvenega sistema z vidika informacijskega razvoja, nameniti neprimerno več pozornosti, saj gre za elementarne podlage racionalne ekonomije. Javno mnenje kaže, da je še vedno zelo malo ljudi pripravljeno elektronsko poslovati, temu pa botrujeta predvsem majhna informiranost in nezaupanje v sistem elektronskega poslovanja. Posledičen je tudi odpor do sprememb oz. strah pred novim. Menim, da bi (z motiviranjem zaposlenih) uvedba sodobne informacijske tehnologije in uvedba e-posredovanja pomagala v procesu poslovanja in učinkovitosti zdravstvenega sistema ter s tem tudi pri zagotovitvi konkurenčne prednosti in svetovne prepoznavnosti. Takšna inovativna uporaba informacijske tehnologije pa bi omogočila zagotavljati tudi boljše storitve, manjši bi bili stroški poslovanja, predvsem pa bi si s tovrstnim načinom poslovanja zagotovili pomembno prednost pred konkurenco in mednarodno prepoznavnost.

Med ukrepi izboljšav daje zdravstvu veliko možnosti za razvoj tudi njegova raziskovalno-razvojna dejavnost in tesno sodelovanje s tujimi univerzami ter raziskovalnimi inštituti. Ker je raziskovalno-razvojna dejavnost v zdravstvu zelo razvita, obstajajo velike možnosti v razvijanju storitev oz. zdravstvene dejavnosti glede na smernice povpraševanja. Glede na zelo visoko razvitost razvojne dejavnosti v zdravstvu je priporočljivo oblikovanje skupine, ki bi preizkušala možnost raziskovanja na podlagi alternativnih odločitev.

Predlagam nekatere prednostne ukrepe, ki bi bili nujni za doseganje učinkovitega poslovanja. Med prvimi izpostavljam odgovornost posameznika, zaposlenega v zdravstvu, managementu je treba priskrbeti ustrezna orodja pri vodenju ter zagotoviti ustrezno usposabljanje kadrov za izvajanje vodenja z zgledom in veščinami. Treba je organizirati in izvajati izobraževanje managementa, zagotoviti standardizacijo postopkov odločanja ter uvesti standarde kakovosti. Izdelati je treba tudi programe za dvig motiviranosti zaposlenih, povečati motiviranost zaposlenih v zdravstvu, tudi z ukrepi za stimuliranje nadpovprečnega dela, tako po količini kot kakovosti. Vzpostaviti je treba sistem plač, ki bo stimulativen za visoko produktivno in strokovno delo ter razvijati programe za ustvarjanje klime za spremembe, kar bo v pomoč pri razvoju uporabnikom prijazne kulture. S tem bo prišlo tudi do izboljšanja kulture komuniciranja, razvit bo čut odgovornosti, boljša bo kultura načrtovanja ter poročanja, razvili se bodo partnerski odnosi med izvajalci in pacienti.

Med naslednjimi pomembnejšimi ukrepi izboljšav izpostavljam tudi sodobno organiziranje in učinkovito spremljanje kakovosti ter varnosti zdravstvenih storitev. Razviti je treba notranji strokovni nadzor kot redno aktivnost izvajalcev zdravstvene

dejavnosti v okviru sistemov kakovosti in uvesti sistem rednih zunanjih presoj sistemov kakovosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Kakovost ima v zdravstvenem sistemu velik pomen, saj se veliko razpravlja o neugodnih izidih zdravljenja pri posameznih bolnikih, prevelikih čakalnih dobah, pomanjkanju zdravnikov in denarja za nakup sodobnih tehnologij ter zdravil. Vse to vodi k slabi volji bolnikov in tudi nezadovoljstvu zaposlenih v različnih zdravstvenih ustanovah. Zdravstvena oskrba, usmerjena k pacientu, je eno izmed načel kakovosti, ki mu sledijo v zdravstvu, za uresničenje tega pa je zelo pomembno poznati izkušnje pacientov z zdravstveno obravnavo. Kakovost v zdravstvu ima sicer najmanj dve razsežnosti: prva je kakovost z vidika zdravstvenega osebja, druga pa je pogled pacienta.

S finančnega vidika se mi zdi pomembno ukrepati pri reguliranju najvišje dovoljene cene zdravil, torej izboljšati nadzor nad cenami zdravil, ki bremenijo javna in z njimi povezana zasebna finančna sredstva, zagotoviti ustrezno vrednotenje zdravil in opredeliti njihovo dodano vrednost.

Izhodišče za uvedbo ukrepov je strateški plan. Strateško planiranje lahko predstavljajo planske predpostavke, ki jih v organizaciji na dolgi rok postavljajo njena podrejena okolja in zahtevajo izdelane ocene ključnih dejavnikov v okolju prihodnosti, pregled ugotovitev v preteklosti opravljenih analiz poslovanja ter izdelano vizijo in poslanstvo organizacije.

Glede na pričakovane nadaljnje hitre spremembe in na vedno bolj izražene zahteve o kakovosti dela ter upoštevanja potreb prebivalcev v zdravstveni oskrbi, se je zahtevne naloge treba lotiti hitro. S tem bo omogočen takšen razvoj zdravstvene dejavnosti, ki bo uravnotežen z možnostmi sodobne družbe ter usklajen s potrebami prebivalcev. Bistvo za doseganje ciljev z dobro premišljenim strateškim upravljanjem je voditi organizacijo iz zdajšnjega stanja v vnaprej določeno želeno smer.





## LITERATURA

- Bertoncelj, Andrej. 2008. *Prezvemi in združitve*. Koper: Fakulteta za management.
- Biloslavo, Roberto. 2006. *Strateški management in management spreminjanja*. Koper: Fakulteta za management.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Česen, Marjan. 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Dubrovski, Drago. 2004. *Strateške in poslovne zveze in kapitalske povezave*. Koper: Fakulteta za management.
- Dubrovski, Drago. 2006. *Management mednarodnega poslovanja*. Koper: Fakulteta za management.
- Easterby-Smith, Mark, Richard Thorpe in Andy Lowe. 2007. *Raziskovanje v managementu: navodila pri raziskovanju*. Koper: Fakulteta za management.
- Galinec, Natalija. 2007. *Vzpostavitev sistema razporejanja negovalnega kadra glede na kategorijo bolnikov*. Diplomsko delo, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj.
- Hauc, Anton. 2001. Management v zdravstvenih zavodih, specifičnost managementa v zdravstvu. V *Management v zdravstvu*, 14–23. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Hočevar, Franc. 2001. *Ali je manager v bolnišnicah v krizi – moč in pristojnosti direktorjev*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
- Hočevar, Marko, Drago Jaklič in Hugo Zagoršek. 2003. *Ustvarjanje uspešnega podjetja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Kaplan, Robert S. in David P. Norton. 2000. *Uravnoveženi sistem kazalnikov*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Kavčič, Klemen. 2009. *Sodelovanje med organizacijami*. Koper: Fakulteta za management.
- Klemenc, Darinka in Majda Pahor. 2001. *Medicinske sestre v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Kralj, Janko. 2002. Odgovornost managementa za kakovost poslovanja podjetja in za trajnostni razvoj. V *Management, kakovost in razvoj*, 117–124. Koper: Visoka šola za management.
- Meško Štok, Zlatka. 2009. *Management znanja v sodobnih organizacijah*. Koper: Fakulteta za management.
- Mihalič, Renata. 2006. *Management človeškega kapitala*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
- Možina, Stane in Jurij Kovač. 2006. *Management znanja: znanje kot temelj razvoja: na poti k učečemu podjetju*. Maribor: Pivec.

- Musič, Darija. 2006. *Timsko delo v zdravstvu*. Diplomsko delo, Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Rek, Mateja. 2005. Vpliv socialnega kapitala na znanje organizacije. *Organizacija* 38 (5): 217.
- Stepan, Adolf. 1999. *Sistem financiranja v zdravstvu*. Mednarodna primerjava. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Štruc, Nataša. 2006. *Merjenje uspešnosti poslovanja zdravstvenega doma s pomočjo uravnoteženega sistema kazalnikov*. Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Tavčar, Mitja I. 2008. *Management in organizacija*. Koper: Fakulteta za management.
- Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Tschudin, Verena. 2004. *Etika z zdravstveni negi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Žličar, Anica. 2006. *Uravnoteženi sistem kazalnikov in možnost njegove uporabe na onkološkem inštitutu*. Specialistično delo, Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

#### VIRI

- Bohinc, Marija. 2009. *Spreminjanje strukture dela*. [Http://www.ef.uni-lj.si](http://www.ef.uni-lj.si) (15. 10. 2009).
- Hočevar, Franc. 2007. *Projekt RIP*. [Http://www.backup.ris.org/ep/projektrip.doc](http://www.backup.ris.org/ep/projektrip.doc). (27. 10. 2009).
- Hočevar, Zvonko. 2005. *Program dela in razvoja KC*. [Http://www.kclj.si/zvonko/page16.htm](http://www.kclj.si/zvonko/page16.htm). (15. 9. 2009).
- Klinični center Ljubljana. 2009a. *Letno poročilo*. [Http://www.intranet.kclj.si](http://www.intranet.kclj.si) (25. 7. 2009).
- Klinični center Ljubljana. 2009b. *Sodobni vodja v zdravstvu*. *Interno glasilo*. [Http://www.intranet.kclj.si/index.php?m=19Ets=0Ett=100](http://www.intranet.kclj.si/index.php?m=19Ets=0Ett=100) (26. 7. 2009).
- Klinični center Ljubljana. 2009c. *Zdravstvena nega*. [Http://www.kclj.si/portal\\_ZN/](http://www.kclj.si/portal_ZN/) (10. 11. 2009).
- Ministrstvo za zdravje RS. 2009. *e-Zdravje 2010*. [Http://www2.gov.si/mz-splet.nsf](http://www2.gov.si/mz-splet.nsf) (15. 9. 2009).
- Štern, Bojanka. 2009. *Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu*. [Http://vestnik.szd.si/st6-5/st6-5-303.htm](http://vestnik.szd.si/st6-5/st6-5-303.htm) (26. 10. 2009).
- Tajnikar, Maks in Petra Došenovič Bonča. 2009. *Ekonomika zdravstva 1*. [Http://miha.ef.uni-lj.si/\\_dokumenti3plus2/.../EZ1\\_predavanje\\_1\\_nov.ppt](http://miha.ef.uni-lj.si/_dokumenti3plus2/.../EZ1_predavanje_1_nov.ppt) (26. 11. 2009).
- Wikipedia. 2009a. *S.U.K.* [Http://sl.wikipedia.org/wiki/s.u.k.](http://sl.wikipedia.org/wiki/s.u.k.) (9. 9. 2009).
- Wikipedia. 2009b. *Sistem uravnoteženih kazalnikov*. [Http://sl.wikipedia.org/wiki/Sistem\\_uravnote%C5%BEenih\\_kazalnikov](http://sl.wikipedia.org/wiki/Sistem_uravnote%C5%BEenih_kazalnikov) (9. 9. 2009).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. 2003. *Uradni list RS*, št. 11/2003 in 126/2003.

Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije. 2009. *Kakovost v splošni medicini: vključevanje bolnikov*. [Http://www.drmed.org/strok/ssi/kakovost/kakovost\\_229.htm](http://www.drmed.org/strok/ssi/kakovost/kakovost_229.htm) (15. 8. 2009).