

Deset let kontrolne teorije sistemov

Tatjana Mlakar*

Fakulteta za organizacijske študije Novo mesto, Ulica talcev 3, 8000 Novo mesto,
Slovenija
tatjana.mlakar@zzzs.si

Matjaž Mulej

Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Razlagova ulica 14, 2000
Maribor, Slovenija
matjaz.mulej@um.si

Povzetek:

Raziskovalno vprašanje: Ali je model Kontrolna teorija sistemov, po desetih letih od uveljavitve, še vedno uporaben model za organiziranje sistema zdravstvenega varstva Slovenije?

Namen: Proučiti, ali so anomalije delovanja sistema zdravstvenega varstva manjše, kot v času, ko je model Kontrolne teorije sistemov nastajal.

Metoda: Uporabili smo primerjalno analizo teoretičnih in praktičnih spoznanj v dveh različnih obdobjih.

Rezultati: Ugotovimo, da je zdravstvena politika težave v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji zaznala, jih opredelila kot nujno potrebne reforme, slednjo pa izvaja predvsem s parcialnimi zakonskimi spremembami in novimi finančnimi vložki v sistem zdravstvenega varstva Slovenije, a ni predhodno očistila organizacijskih anomalij v le-tem. Zato učinka še ni.

Vpliv na organizacijo: Uporaba modela bi v organizacijskih sistemih s področja zdravstvenega varstva vpeljala osnove moderne in učinkovite organizacije.

Vpliv na družbo: Dobro organizirani in učinkoviti organizacijski sistemi s področja zdravstvenega varstva bi prispevali večji družbeni blaginji.

Originalnost: Predstavljeni model je še vedno edinstven in primeren za uporabo.

Omejitve raziskave: Delež nepoznavanja zdravstvenega sistema tistih, ki so zanj neposredno odgovorni je ocenjen.

Ključne besede: kontrolna teorija sistemov, sistem zdravstvenega varstva, Slovenija, sistemsko, model.

1 Uvod

Zdravstvo je med trenutno najaktualnejšimi družbenimi problemi v Slovenije; izjemno kritično je kazal na verjetni kolaps že pred več kot desetletjem. Ker se je že takrat področje zdelo zelo primerno in potrebno za sistemske, tj. kar se da celovite, spremembe, smo v letu 2007 pripravili predlog modela, ki bi bil v pomoč zdravstveni politiki, s ciljem, kako z manjšimi organizacijskimi spremembami onesposobiti sile, ki so sistem zdravstvenega varstva (SZV) v Sloveniji pripeljale do sedanjega hudega stanja.

* Korespondenčni avtor / Correspondence author

Prejeto: 12. februar 2018; revidirano: 13. februar 2018; sprejeto: 21. februar 2018. /

Received: 12. February 2018; revised: 13. February 2018; accepted: 21. February 2018.

Obstaja domneva, da so bili zdravstveno politični interesi v disonanci s cilji stabilizacije SZV, zato do celovite in predvsem pravočasne preusmeritve v zdravo sistemsko delovanje SZV ni bil preusmerjen.

V nadaljevanju kratko povzemava vsebino modela Kontrolne teorije sistemov (KTS), ki je konkretno apliciran na SZV v Sloveniji, v zaključku pa izpostavljava dokaze, ki pokažejo, da bi model KTS bil za SZV Slovenije zagotovo prava pot v stabilizacijo in predvsem učinkovito sanacijo.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Izhodišča za oblikovanje modela

Temeljna (izhodiščna) spremenljivka, ki deluje na (pre-)oblikovanje organizacijskega sistema, je poleg lastnikov, menedžment. Spozna potrebe po spremembi, jih na strateškem nivoju načrtuje in sproža ter po potrebi usmerja aktivnosti, da bi spremembe bile inovativne, zato pa tudi v skladu z zakonom potrebne in zadostne celovitosti.

Časovna dimenzija je za posamezne kategorije različna. Spreminjanje kulture je dolgotrajnejša - večletna aktivnost, časovna dimenzija izvedbenih (re)organizacijskih aktivnosti (fizične, informacijske, dokumentacijske, ...), je krajšega roka - v okviru (do) enega leta, vsaj večinoma.

2.2 Značilnosti okolja, kamor novi model apliciramo

V času priprave modela KTS smo izpostavljali vsaj naslednje anomalije, ki so bile v SZV Slovenije označene kot najbolj moteče in jih je bilo potrebno odpraviti ali zmanjšati:

- Zakoni sicer določajo pristojnosti posameznih podsistemov znotraj SZV, vendar o SZV ni mogoče govoriti kot o pojavu, kjer je uvedeno sistemsko (tj. na celoto usmerjeno) in sistematično (tj. na podrobnosti, dele in doslednost usmerjeno) dogovarjanje in medsebojno povezovanje z ustreznim pretokom informacij. Vsak podsistem v okviru SZV bolj ali manj sam zase zbira, producira in za svoje potrebe uporablja informacije; nekoliko več informacijskih povezav je zaznati na relaciji med Ministrstvom za zdravje (MZ) in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (op. T. M.)
- Dane težave (trenutno velik primanjkljaj sredstev za namene zdravstvenega varstva) podsistemi rešujejo nesistemsko in nesistematično. Ko izbijejo cene zdravil, se ukvarjajo z njimi; ko izbijejo cene medicinskih pripomočkov (MP), gasijo stroškovni požar pri dobaviteljnih MP. Ob tem nastane težava čakalnih dob, pa zopet iščejo opravičila za neurejeno stanje na področju čakalnih dob. Ocenjujem, da je preveč opravičevanja za razloge ugotovljenih nepravilnosti, saj je praktično v vsakem nastalem

požaru/nepravilnosti nemogoče pokazati na celovite in dosledne ukrepe, ki se na področju kontrolinga področja zdravstvenega varstva izvajajo (ker so minimalistični). (op. T. M.)

- Posebno moti in posledično škoduje dejstvo, da pacient, takoj ko vstopi v zdravstveni sistem, kjer želi popraviti ali izboljšati svoje zdravstveno stanje, postane v očeh zdravstvenega osebja objekt, ki mora sprejeti dejstvo, da je čas zanj dokaj nepomembna psihološka in ekonomska kategorija. To konkretno pomeni, da se zdravstveno osebje premalo trudi organizacijo svojega dela postaviti tako, da bi gospodarno razpolagalo ne le s svojim delovnim časom, ampak tudi s časom pacienta. (poklicna izkušnja T. M.)
- SZV razpolaga z množico različnih strokovnjakov za posamezna področja delovanja SZV. Dejansko pa ne razpolaga s strokovnjaki ali skupino strokovnjakov, ki bi SZV poznali celovito. Zato ni mogoče pripraviti celovite zasnovanega modela delovanja SZV. Dogaja se samo parcialno, področno reševanje težav na prvem segmentu, katerih rešitve povzročajo in omogočajo nastanek težav na drugem segmentu. (poklicna izkušnja T. M.)
- Morda je mogoče oceniti, da v SZV politične klime za inoviranje še ni, ker so se politiki v delovanje SZV začeli vmešavati šele v zadnjem času. Razlog za to je, da politiki delovanja SZV še ne razumejo niti nimajo o njem celovite informacije niti celovitih predlogov za ukrepe. Prav tako je vključevanje civilne javnosti (nestrokovne) v presojanje stanja v SZV predvsem izkoriščanje mnenja, ki ga vsiljujejo izvajalci zdravstvenih storitev (napihovanje težav z zastarelo medicinsko opremo, nezadostnim številom zdravnikov,...) in je zato neprimerno. (poklicna izkušnja T. M. in M. M. preko ležečih bolnikov)
- Če SZV opredeljuje za 100 denarnih enot pravic, hkrati pa ta isti SZV zagotavlja le 80 denarnih enot sredstev za pokrivanje teh pravic, je v sistem avtomatsko vgrajen inštitut korupcije. (Česen, 2005, str. 104-107)
- V državah, kjer so uvedli sistem skupin primerljivih primerov (SPP, ti. DRG – diagnostic relatic group), so se stroški administracije povečali za 30 odstotkov, skupni stroški bolnišničnega zdravljenja pa za dva do štiri odstotke. Taki sistemi financiranja morajo imeti mnoge varovalne mehanizme, kajti obstaja resna nevarnost, da bi ob nepravilni oceni teže primera dobili tako imenovane rentabilne in nerentabilne primere. (Zajc, 2002, str. 3)
- Vse nevarnosti, ki so izpostavljene v prejšnji alineji, so se v letu 2004 v slovenskem SZV dogodile, hkrati pa še mnoge nove dodatne neracionalnosti. Sistem SPP, ki je bil v letu 2004 uveden v slovenske bolnišnice, ni realiziran tako, kot je bilo po njegovi vsebinski zasnovi pričakovati. Ključni cilj uvajanja sistema SPP je izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki bo temeljil na enotnih merilih in bo tako omogočal boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Konkretno so v slovenskem SZV ob uvedbi sistema SPP namerno zanemarili vse bistvene vsebinske elemente novega SPP; ohranili so praktično enaka razmerja razdelitve finančnih

sredstev med izvajalci zdravstvenih storitev, ker so bile zatečene razlike pri vrednotenju enakih SPP med posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev prevelike, da bi si stroka in politika upala sistemsko spremembo vpeljati dosledno.

- Kritične ugotovitve si »drugi drugim podajamo v veliki medsebojni razdalji, kot čez nekakšen prepad«. Zato je veliko razlogov za to, da se zdravniki na svojih strokovnih srečanjih poleg zdravniško strokovnih tem posvečajo vprašanjem o odnosih in sodelovanju med posameznimi področji zdravstvenega varstva, kjer nista primerno razvita kultura in spretnost komuniciranja, kar je tudi strokovna tema. (Hočevar, 2004, str. 4)
- V zdravstvu je treba nujno načrtovati. (Fakin, 2005, str. 2-3)
- Velika težava je v tem, ker se v zdravstvu ne ve, kaj je kakovostna zdravstvena storitev. Ne vemo tudi, kaj kot bolniki lahko pričakujemo od zdravnika. Kakšen je protokol zdravnikovega vedenja do bolnika? Standardi niso določeni. (Fakin, 2005, str. 2-3)
- Slovenski SZV je načeloma dober, a sistemsko (= po pravni ureditvi celote, op. T. M.) tako pomanjkljiv in neprožen, da je njegovo ogrodje v zadnjih letih začelo pošteno škripati. Neskladje med pravicami, zapisanimi na papirju, in med možnostmi, da jih človek, ko zboli, tudi dobi, je namreč čedalje večje. (Zajc, 2005, str. 3)
- V Sloveniji se zdravstvo financira s sistemom sprotnih plačil. Znano pa je tudi to, da se bo v prihodnjih 25 letih delež prebivalstva, mlajšega od 65 let, v Sloveniji zmanjšal za deset odstotnih točk. To pomeni dvoje: prvič, manjše število delovno aktivnih, ki plačujejo prispevke, in drugič, višje zdravstvene stroške na prebivalca, saj je zdravljenje državljanov, starejših od 65 let, v povprečju 4,5-krat dražje od zdravljenja mlajših. Če vztrajamo pri sistemu sprotnih plačil, se bodo zaradi zgoraj opisanega zdravstveni prispevki seveda poviševali, tudi zaradi tako imenovane medicinske inflacije – hitre rasti stroškov medicinskih storitev zaradi uvedbe novih tehnologij. (Mrkaić, 2005, str. 17) Ta problem se zaostrejuje tudi s sodobnim dejstvom, da je skoraj polovica delovnih mest prekarna in torej negotova, nestalna, tudi z vidika davkov in prispevkov (Poglajen, 2017). Tega bo 4. industrijska revolucija z digitalizacijo in zato z ukinjanjem vse več delovnih mest še otežila. (Šarotar Žižek, Mulej, 2018, str. 4)
- Prostih postelj je, statistično gledano, v Kliničnem centru (KC) vsak dan povsem dovolj. Arnež je prepričan, da v KC manjka predvsem integriran informacijski sistem za spremljanje prostih postelj, s pomočjo katerega bi lahko prerazporejali tudi opremo in kadre. Paciente, ki pa so hospitalizirani po nepotrebnem (350 na dan jih čaka na različne preiskave in podobno), bi bilo potrebno obravnavati ambulantno, za kar pa sedaj ni najboljših pogojev. (Zupanič, 2005, str. 1)

- Zdravstvena dejavnost v Sloveniji deluje na treh ravneh zahtevnosti: primarni (osnovna zdravstvena dejavnost), sekundarni (specialistično in bolnišnična zdravstvena dejavnost) in terciarni (znanstveno raziskovalna zdravstvena dejavnost). Dejansko vsi trije nivoji delujejo na način, kot da višji nivo nadgrajuje nižji nivo. Bistveno učinkoviteje bi bilo, če zdravstvena dejavnost delovala na način, ko bi najvišji nivo podpiral srednji nivo, srednji nivo pa podpiral nižji nivo. (poklicna izkušnja T. M.)
- Slovensko zdravstvo je razsipno. Zdravnikov je v Sloveniji dovolj, v povprečju delajo efektivno le po pet ur na dan, kirurgi prejema enaka plačila, tudi če je razlika v količini opravljenega dela celo desetkratna, zato bo minister za zdravje prisiljen posegati v zdravstvene pravice. (Mrkaić, 2005, str. 17)
- Zdravstvo je kot vrstica s tremi konci, ki jih vlečejo vsak na svojo stran omejena količina denarja, potrebe bolnikov in zahteve zaposlenih. V tem pogledu nikakor ni obetavna ugotovitev enega izmed članov sveta Kliničnega centra, zdravnika. 'Ne vemo, kaj je klinični center', je rekel; 'ne vemo, ali imamo preveč ljudi ali premalo, ali smo predragi ali prepoceni; ne vemo, kje smo na mednarodnem trgu.' Če velja trditev za klinični center, velja tudi za celotno slovensko zdravstvo. Ali tudi drugod po svetu manjka vsak dan četrtnina zaposlenih po bolnišnicah? Ali se tudi drugje ne ve, koliko operacij naj zdravnik v svojem delovnem času sploh opravi? So zdravniki tudi drugod v jesenskih mesecih v praznem teku? Se lahko družinski zdravnik v sosednji Avstriji reši stroška preiskav tako, da pošlje svojega bolnika kratko malo v bolnišnico? Dokler ne vemo, kje smo, ne moremo vedeti niti, kam želimo. Zato ostane na dnevnem redu akcijsko reševanje problemov, ki pa ne prinaša dolgoročnih izboljšav. Vsako leto znova bomo pred problemom daljšanja čakalnih vrst, ki so največji kazalnik šepajočega zdravstvenega sistema. Tako slej ko prej nedodelanost sistema preplačamo bolniki – najprej z denarjem, nato pa še z zdravjem. (Zupanič, 2006, str. 15)
- Slovenija se sooča s pritiski globalizacije, ki jo sili v neokolonialno odvisnost, in s potrebo nadoknaditi razvoj inovativnega poslovanja, inovativnega gospodarstva in inovativne družbe (Mulej, 2005, str. 479). Ta vpliv na področje SZV trenutno še ni tako očiten. Verjetno pa bo zajel tudi področje SZV, saj SZV ni samozadosten in ne more delovati kot zaprt sistem (tj. zapletena celota/enota).
- Slovenija po učinkovitosti porabe javnih izdatkov za zdravstvo sodi na sam rep učinkovitosti javnega zdravstva v razvitejšem svetu. Ocena izhaja iz primerjave koristi in stroškov zdravstvenega sistema. Da je neučinkovitost javnega sektorja ena od izrazitih slabosti Slovenije, je opozorila tudi misija Mednarodnega denarnega sklada v svojem marčnem poročilu za Slovenijo. Dejansko neučinkovitost slovenskega javnega sektorja razkriva raziskava, ki so jo opravili trije ugledni svetovni ekonomisti: Vito Tanzi, Ludger Schuknecht in Antonio Afonso. (Kovač, 2006, str. 8-9)

Avtorji raziskave so si zastavili vprašanje; kakšna je učinkovitost celotnega javnega sektorja in njegovih posameznih področij (javna uprava, šolstvo, zdravstvo in javna infrastruktura) v novih desetih članicah EU od leta 2001 do leta 2003. Učinkovitost pri novinkah so primerjali z dvema državama – kandidatama za EU (Bolgarija, Romunija), tremi »starimi« članicami EU, ki se približujejo povprečni razvitosti EU ali pa so jo presegle (Portugalska, Grčija, Irska) ter devetimi državami, ki jih družijo lastnosti hitro rastočih gospodarstev (Singapur, Tajsko, Koreja, Brazilija, Čile, Mehika, Turčija, Mauritius).

V središče raziskave so postavili temeljno idejo ekonomije, da so viri redki. Učinkovite države raven javnih koristi ustvarjajo z minimalnimi javnimi izdatki. Primerjava med koristmi in izdatki javnega sektorja to učinkovitost pokaže. Ugotovili so, da je Singapur država, ki uporablja javne izdatke najbolj učinkovito.

Za Slovenijo so ugotovili: če bi porabljala javne izdatke tako učinkovito kot Singapur, bi lahko zdajšnji obseg in kakovost javnih storitev zagotovila že z okoli 43 odstotki zdajšnjih izdatkov za javno porabo. Ali konkretno: s singapursko učinkovitostjo porabe izdatkov javnega sektorja bi lahko Slovenija več kot prepolovila velikost javno finančnih izdatkov s sedanjih 45 na okoli 20 odstotkov BDP in pri tem ohranila nespremenjen obseg in kakovost javnih storitev.

Izrazito nizko učinkovitost porabe javnih izdatkov pa Slovenija beleži po tej raziskavi na področju javnega zdravstva. Korist javnega zdravstva so avtorji ocenili z dvema kazalcema in sicer s pričakovanim trajanjem življenja ob rojstvu in stopnjo umrljivosti dojenčkov na tisoč živorojenih. Stroške javnega zdravstva so izrazili z odstotnim deležem javnih izdatkov zdravstva v BDP.

Avtorji raziskave opozarjajo na zmotno prepričanje, da le višji javni izdatki v BDP pomenijo tudi večji obseg in večjo storitev javnega sektorja. Ugotovitve raziskave o učinkovitosti javnega sektorja v 24 državah kažejo, da bi lahko Slovenija s singapursko učinkovitostjo porabe izdatkov javnega sektorja prepolovila velikost javno finančnih izdatkov in ob tem ohranila nespremenjen obseg in kakovost javnih storitev.

2.3 Ugotovitve o danem stanju v SZV Slovenije z vidika potrebe po KTS

Model KTS mora izpolnjevati zahtevo po postopnem uvajanju (inovativnih!) sprememb, ki se morajo odvijati v logičnem zaporedju, identificirati prehodno stopnjo oz. obdobje in za vsako stopnjo potrebno vnaprejšnjo usposobitev ter pripravo za izvedbo naslednje stopnje.

Model KTS naj bi izključeval možnosti pretiranega samoorganiziranja, verjetnostnih sinergij in intuitivnega ukrepanja, ker je takšno ukrepanje praviloma posledica procesnih pomanjkljivosti pri izvedbi modela. Hkrati naj dopušča strokovno ustvarjalnost in zavira

birokratsko togost. Kljub temu, da popolnost praviloma ni dosegljiva, je potrebno delovati v smeri k dovolj celovito obvladanemu organiziranju s pomočjo dogovorne sinergije in dokaznega ukrepanja.

3 Metoda

Pomembno za model KTS je predvsem to, da komparativno in sinergijsko (tj. s sintezo, ki del lastnosti spremeni v nove) uporabi znanstvena dognanja treh sistemskih teorij.

O teoriji živih sistemov (TŽS) smo spoznali, da je zelo primerna, ko gre za opis podrobnosti na enaki teoretični podlagi, vendar zgolj to (Miller 1978; Mlakar 2000).

O teoriji viabilnih sistemov (TVS) smo spoznali, da se ukvarja z organizacijami kot enim od tipov živih sistemov, a ne zgolj samo z vidika opisovanja, pač pa tudi z vidika obvladovanja (Beer 1989; Espejo in Uršič v Mulej 2000; Schwaninger 2006a in 2006b). Glede opisa podrobnosti je kot meritveni instrument, teorija živih sistemov primernejša. Glede na vsebino obeh teorij pa ocenjujemo, da ju je mogoče združiti, vendar tega ni napravil še nihče, zato se z obema osredotočamo na analiziranje podatkov in pripravo novega modela.

Uspešnost obeh teorij je odvisna od lastnosti ljudi, a se z njima ne ukvarjamo. To šibkost, v smislu zagotavljanja zanesljivosti modela odpravimo, če v novo sinergijo pripeljemo še dialektično teorijo sistemov (Mulej 1974; Mulej 1979; Mulej idr. 1992; Mulej idr. 2000; Mulej in Ženko 2004a in 2004b; Ženko in Mulej 2006; Mulej 2006). Tako je nastala nova – KTS, preizkušene na SZV Slovenije prikazana s sliko 2.

4 Rezultati

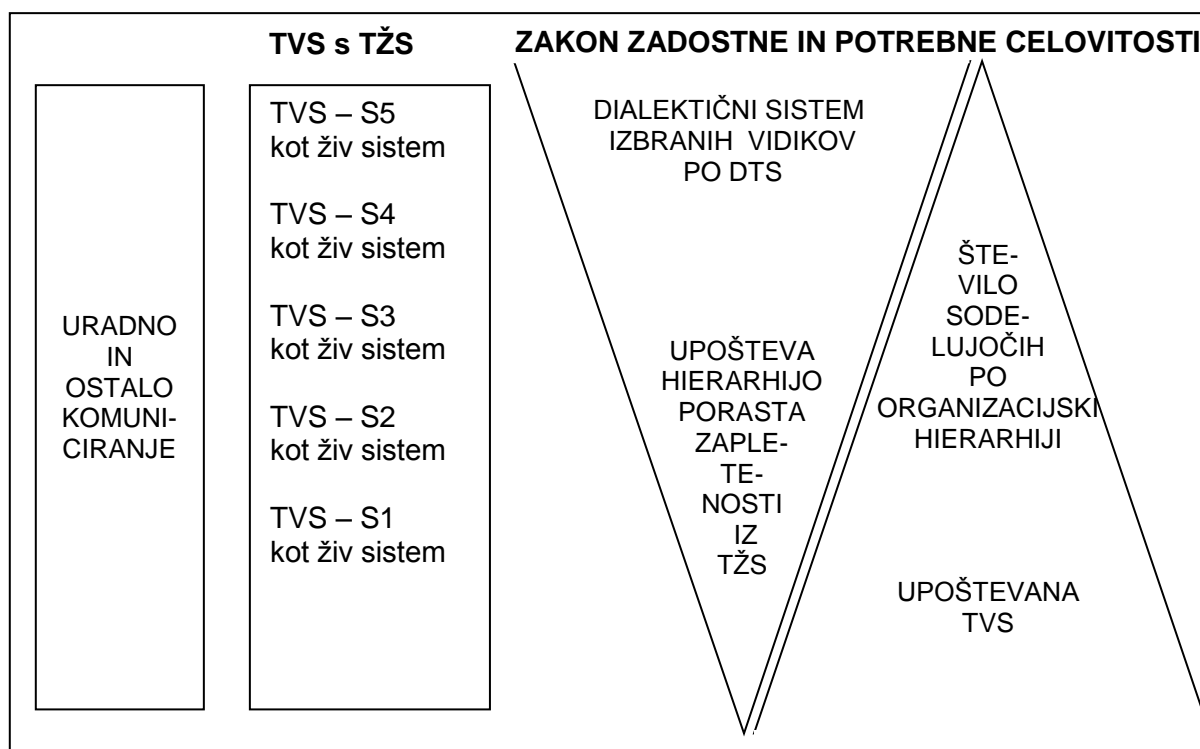
Izhajamo iz predpostavke, da je analogija s prvimi petimi hierarhičnimi ravnmi od sedmih, na katerih Miller (1978) gradi svoja spoznanja (celica, organ, organizem, skupina, organizacija), tisto potencialno okolje iz TŽS, kjer se odvijajo procesi SZV neposredno. Miller takih analogij sicer nima, vendar lahko podsisteme SZV v praksi gledamo tako razčlenjeno, da pridemo do njihove analogije. Miller jo pravzaprav dovoljuje, saj pravi, da njegova teorija ni dokončna (Swanson 2005). Prav tako (po TŽS) ima vsaka od izbranih petih in tudi vseh sedmih hierarhičnih ravni še devetnajst značilnih podsistemov, ki se glede na vsebino sistema, ki ga opazujemo, pojavljajo v različnih pojavnih oblikah. Miller vsakega od sistemov proučuje z vidika: strukture sistema, osnovnega procesa, zaradi katerega sistem obstaja, podsistemov, odnosov med podsistemi, procesov, ki se odvijajo znotraj sistema, modelov in simulacij.

TVS se usmerja na organizacije, ki so eden od tipov živih sistemov, in na njihovo sposobnost preživeti in ohraniti svoje bistvo v zapletenih razmerah, imenovano viabilnost. V TVS torej ne

gre za opis danih dejstev z izbranega vidika, da gre za živ pojav in vsem njim skupne lastnosti, ampak za vidik ukrepov, potrebnih za obstoj organizacije kot viabilnega sistema. Med temi ukrepi je za interne odnose bistveno, da hierarhično organizacijsko višji viabilni sistem (VS) ne obstaja zato, da ukazuje, ampak zato, da z informacijami oskrbi nižje VS, da zmorejo opraviti svoje naloge čim bolj samostojno. Zato prenašajo nižji VS na višji sistem, vse do posloводства, samo preostali del problematike, ki jo celotna organizacija razrešuje, da omogoča svoj obstoj, pri čemer seveda naleti na problem potrebne in zadostne raznolikosti. Vrhovni VS znotraj organizacije dobiva, če deluje dovolj demokratično, samo preostalo raznolikost in z njo povezano problematiko, ne celotne, kar dobiva nedemokratičen, centralističen menedžment.

Nov model KTS upošteva splošne pogoje in zahteve, ki so potrebni za delovanje organizacijskih sistemov:

- preprečevati ali vsaj upočasniti zakon entropije v konkretnem delovanju in razmerah,
- zato upoštevati zakon potrebne in zadostne celovitosti,
- zato doseči delovanje ljudi v skladu s smernicami za opredelitev inovacijsko usmerjenih izhodišč pred opredelitvijo ciljev in v skladu s smernicami za uresničevanje ciljev z izvajanjem nalog po njim primernih postopkih,
- zato upoštevati zakon hierarhije zaporedja in soodvisnosti.



Slika 1. Povzetek KTS kot nove sinergije delov zamisli DTS, TVS in TŽS z vključitvijo kontrolnega sistema
Op.: V TVS – S1 do TVS – S5 se pojavlja 5 x 19 podsistemov iz TŽS. Prostorsko in tehnično jih je tu težko vnesti.

Iz zgoraj prikazane sinergije **prehajamo na KTS** in praktične vidike delovanja le-te z upoštevanjem, da nivo (pod)sistem VS:

- S1 predstavlja operativno izvedbo nalog po povsem ozkih in kratkoročnih, sprotnih merilih za optimiziranje izvedbe nalog,
- S2 predstavlja delovanje ambulante, službe, ki povezuje operativece po kratkoročnih merilih optimiziranja,
- S3 predstavlja delovanje organizacije - izvajalca nalog ki povezuje ambulante v oddelke ipd., po srednjeročnih merilih optimiziranja,
- S4 predstavlja delovanje stroke v SZV, da z raznimi raziskavami pridobiva informacije za nosilce operativnega in politično strateškega odločanja; v medicinske raziskave spada npr. glede zdravil državna in meddržavna kontrola in odobravanje pred uporabo, ipd.,
- S5 predstavlja politični vidik delovanja SZV, ki postavlja dolgoročne smernice in optimizira celoto po dolgoročnih merilih.

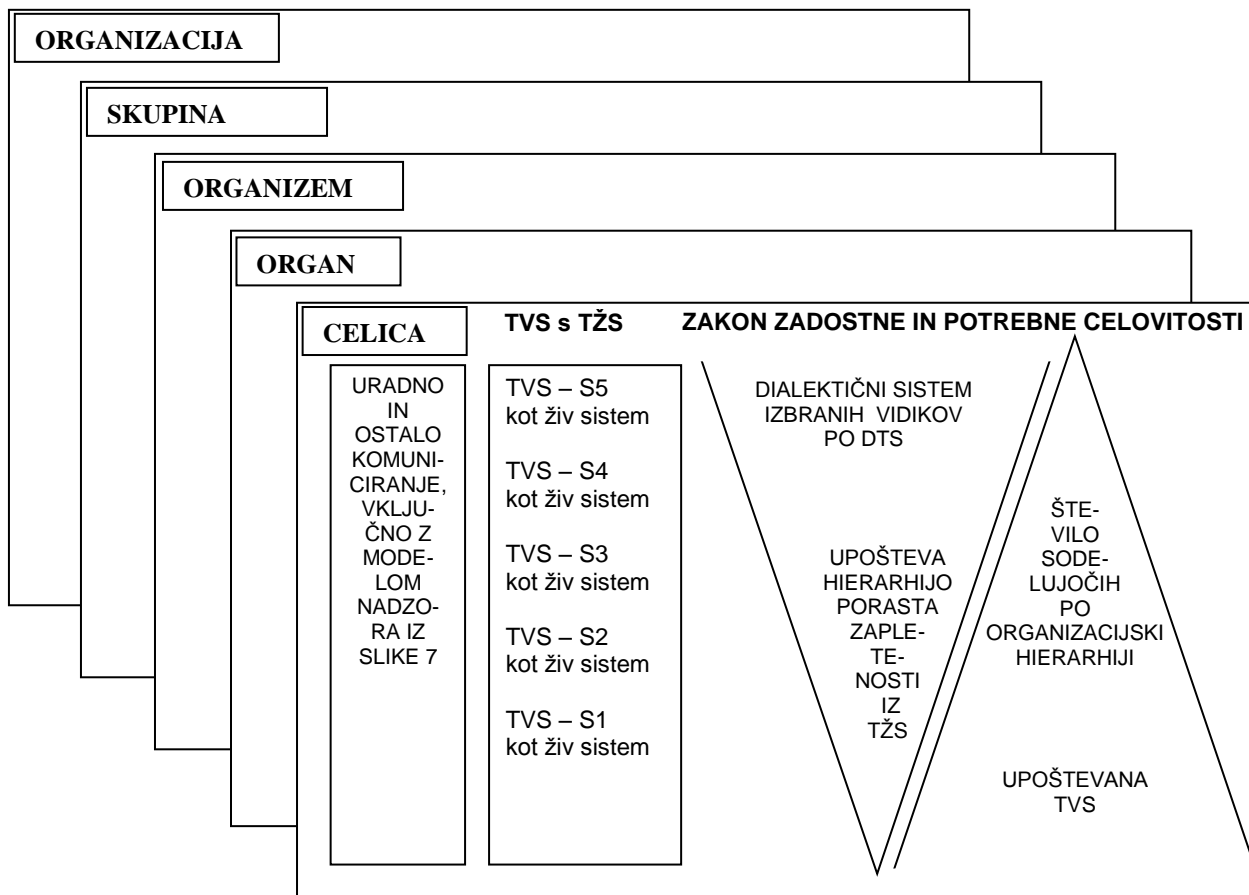
Vsak (pod)sistem VS deluje v SZV na osnovi aktivnosti in sodelovanja udeležencev različnih strokovnih področij (medicina, ekonomija, pravo, finance,...). Razmišljanje le-teh z različnih strokovnih vidikov vodi v oblikovanje protokolov, ki zagotavljajo kvalitetno izvajanja procesov.

Miselne aktivnosti, ki se morajo dogajati v procesu izvajanja delovnih nalog, izhajajo iz spleta sestavin izhodišč (Mulej M., Mulej N., 2007, str. 34-41):

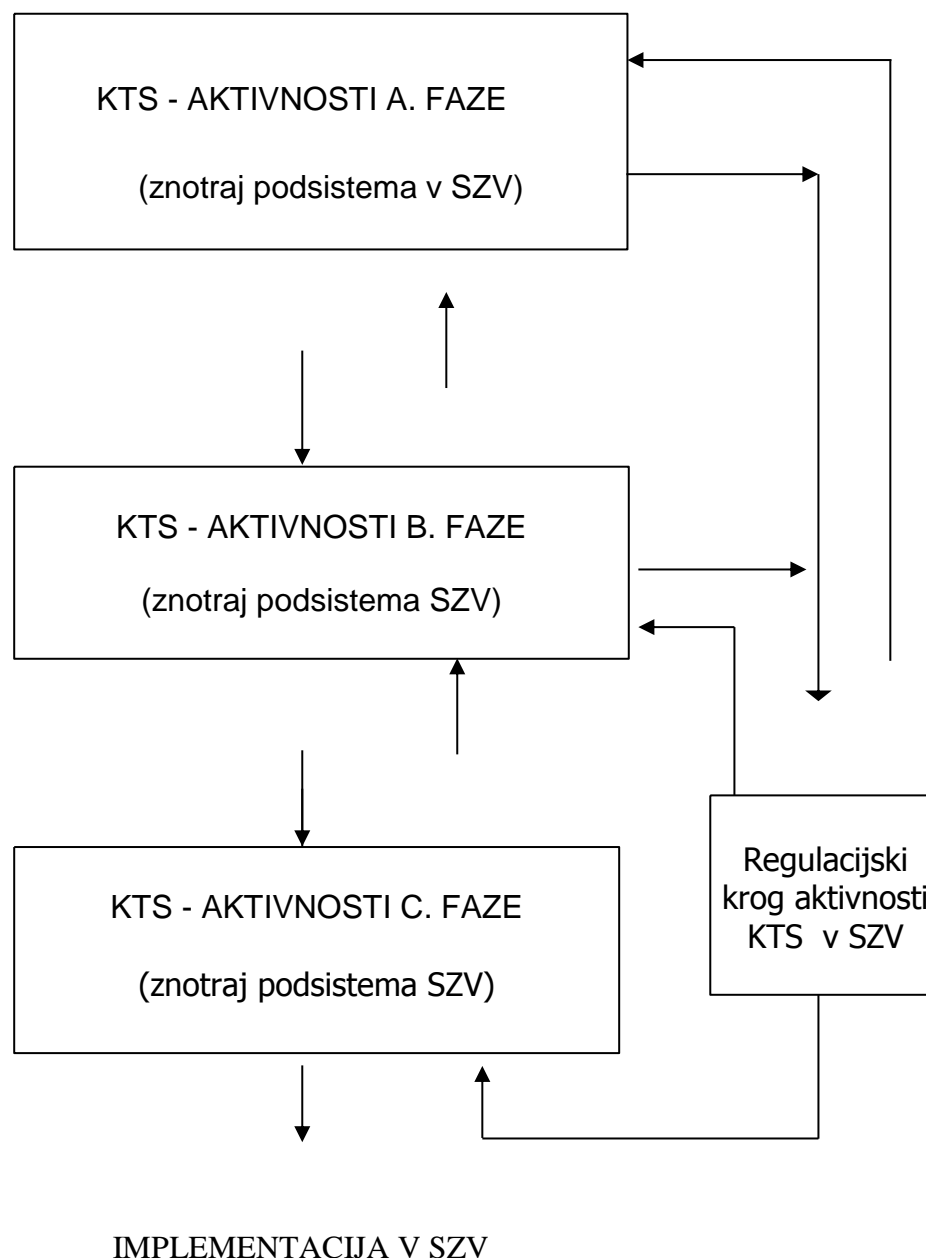
1. OBJEKTIVNIH IZHODIŠČ V OBLIKI POTREB, ki jih zaznamo in izmed njih izberemo prednostne,
2. SUBJEKTIVNIH IZHODIŠČ v obliki:
 - vrednot (npr. želje, pripisana pomembnost ipd.),
 - vednosti (kaj vemo o obravnavani zadevi),
 - znanja (kako zagotoviti zeleno).Pri tem si pomagamo z dialektičnim sistemom vidikov, ki iz teh treh izide.
3. OBJEKTIVNIH IZHODIŠČ V OBLIKI POTREB IN MOŽNOSTI, ki jih zaznamo in izmed njih izberemo prednostne potrebe in njim ustrezne možnosti za izvedbo procesa v skladu z izborom zaznanih in prednostnih izmed potreb.

Na osnovi vseh treh soodvisnih sestavin izhodišč, izraženih v prednostnih potrebah in ustreznih možnostih, oblikujemo CILJ. Najprej opredelimo po subjektivnih izhodiščih dialektični sistem vidikov, na tej osnovi zaznane potrebe in možnosti, na njihovi osnovi prednostne potrebe in ustrezne možnosti in šele potem cilj. Tako je lažje dovolj celovito utemeljen, ne le zelen (Mulej in ostali, 2000). Po cilju določimo NALOGE in AKCIJE.

Iz slike 1 oblikujemo sliko 2, ki predstavlja shematični prikaz modela KTS.



Slika 2. Model KTS



Slika 3. Povezava aktivnosti modela KTS

A. faza aktivnosti v modelu KTS:

Usposabljanje udeležencev vsakega podsistema za ustvarjalno sodelovanje (postavljanje strateških delovnih izhodišč, razumevanje postavljenih izhodišč, postavljanje ciljev, razumevanje vsebine postavljenih ciljev, priprava predlog za delo, priprava operativnih delovnih načrtov, določitev skrbnika za nadzor nad spremljanjem realizacije operativnih delovnih načrtov, operativno izvajanje delovnih nalog, spremljanje realizacije in interveniranje, če se pojavijo odmiki od načrtov).

Faza A je najzahtevnejša, saj zahteva predvsem velike in inovativne spremembe v razmišljanju in razumevanju vsebine postavljenih ciljev pri vseh udeležencih posameznega podsistema kot SPOS v SZV.

B. faza aktivnosti:

Zagotovitev informacijskega toka za prenos pomembnih informacij (interni, eksterni, ukrepi in postopki) in definiranje hierarhije odločanja.

Faza B zahteva vzpostavitev kompatibilnega informacijskega sistema, ki bo omogočal prenos informacij med podsistemi.

C. faza aktivnosti:

Model bo imel vgrajen dialektični sistem notranjih kontrol za celoten SZV, zato menim, da bo obvarovan pred elementarnimi oscilacijskimi motnjami.

Stabilnost socialnih - poslovno organizacijskih sistemov (SPOS) je ena od najbolj pomembnih lastnosti SPOS. Ta omogoča, da se ohranja predpisana vrednost v prostoru stanj, ali da se povrne v njegovo bližino po prenehanju delovanja motenj na SPOS (Kljajič, 1994). Pomembno je, kako je opredeljeno ravnanje v primeru pričakovanih motenj in kako v primeru motenj, ki niso pričakovane.

Z vidika organizacijskega sistema nas bolj zanimajo motnje, ki niso predvidene v internih navodilih. V tem primeru je potrebno vzpostaviti naslednje notranje tokove:

- monitoring zaznavanja notranjih in zunanjih razlik v temeljnem procesu,
- informacijski tok (notranja in zunanja izmenjava informacij, podatkov,...),
- odločevalski tok (ravnanje, ukrepanje).

Aktivnosti vseh treh faz so medsebojno povezane posredno in neposredno preko regulacijskega toka aktivnosti, kot kaže slika 3. Regulacijski tok aktivnosti predstavlja instrument, ki naj bi kontinuirano skrbel za ažurnost in kontinuiteto informacijskih poti, ter organe v sestavi podsistemov vgrajeval v kontrolne mehanizme izvajanja procesov SZV. Za izvajanje kontrolnih aktivnosti je potrebno izgraditi sistem notranjih kontrol. Pri postavljanju sistema notranjih kontrol je najpomembnejše, da so le-te vnaprej (letno) planirane (v skladu z zakonom zadostne in potrebne celovitosti) in da ustrezeni organ ali služba spremlja realizacijo in ugotovitve opravljenih kontrol in nadzorov.

Kontrolna funkcija je tista, ki se praviloma izvaja sprotno (lahko pa tudi naknadno) in je pogoj za verificiranje določene faze aktivnosti (npr. kontrola prejetega obračunskega dokumenta je pogoj za njegovo nadaljnjo obdelavo in plačilo). Kontrolo lahko po protokolnih

navodilih izvajajo strokovni delavci, ki niso ozko usposobljeni strokovnjaki za kontrolirano področje.

Zato je potrebno za to dejavnost v vsakem podsistemu plansko nameniti nosilce, čas in določena denarna sredstva. Če aktivnosti niso planirane in realizacija plana ni spremljana, se praviloma tovrstna kontrolna dejavnost v podsistemi ne izvaja.

Konkretno v vsakem podsistemu srečamo dva sklopa kontrolnih in nadzornih postopkov:

- sklop kontrol in nadzorov, ki jih podsistem **izvaja znotraj lastnega podsistema** (v nadaljevanju: ZnLP) in kontrolira in nadzira (samokontrola) pravilnost izvajanja lastnih delovnih aktivnosti,
- sklop kontrol in nadzorov, ki jih podsistem **izvaja zunaj lastnega podsistema** (v drugem podsistemu) (v nadaljevanju: ZuLP), kar izhaja iz vloge, ki jo podsistem ima v SZV.

Trdimo, da je v primeru Slovenije v vseh podsistemih kadrovske kapacitete za izvajanje kontrolnega modela zadosti (MZ, ZZS, NIJZ, zbornice). Vedno glasnejše je izpostavljanje kadrovske težave, vezane na zdravstveno osebje, ki niso tako velike, kolikor so močni kriki. Težave izhajajo iz dejstva, da so zdravstveni delavci neustrezno organizacijsko alocirani, da so postopki pridobivanja veljavnih delovnih dovoljenj in čas usposabljanja za samostojno delo zapleteni in nerealno dolgi, kar vse daje lažni vtis, da jih primanjkuje. Nenavadno pa je ob tem dejstvo, da ves ta deficitarni zdravniški kader izredno pogumno in množično išče dodatne zaslužkarske dejavnosti izven rednega delovnega časa, ki najverjetneje praviloma niso brez škode za njihove osnovne zaposlitve. Vse to je nerealizirana naloga MZ, ki je dolžno predpisati izvedbene organizacijske postopke, ki bi vnesli red na področju delovnih obveznosti zdravstvenega osebja.

Minimalno bi bil potreben vložek denarnih sredstev za izvajanje modela, ki pa bi ga lahko krili iz dela prihrankov, ki bi jih pridobili z izvajanjem modela.

Trenutno se v SZV v Sloveniji srečujemo s težavo, ki ji udeleženci v SZV niso kos. Zbiramo, evidentiramo in upravljamo ogromno podatkov, ki so v veliki večini sami sebi namen, saj iz njih ni mogoče pridobiti kvalitetnih, ustreznih in pravih poslovnih informacij. Za delo zbiranja, evidentiranja in upravljanja zbranih podatkov pa je potrebno preveč, z napačnimi delovnimi nalogami, zaposlenega strokovnega kadra. Niso torej jasne informacijske potrebe.

5 Razprava

Pomembno dejstvo, ki izhaja iz predloga modela KTS je, da se le-ta, če bi ga uporabili v Sloveniji, prilagaja v Sloveniji veljavni organizacijski shemi delovanja SZV; to pomeni, da ne ruši ali ne zahteva zakonske spremembe delovanja posameznih podsistemov v SZV. To je pomembno predvsem s stališča, da je možno implementacijo predloga modela vzpostaviti v

relativno kratkem času in brez večjih zakonskih in reorganizacijskih posegov v SZV. Slednji se bodo najbrž pojavili in uveljavili postopno in kot inovacijski dosežki pripadnikov SZV.

Model KTS prav tako ne vsebuje elementov organizacije dela, ki bi zahtevali, če bi jih uporabili v Sloveniji, bistvene kadrovske reorganizacijske spremembe znotraj podsistemov v SZV. Model se informativno, učeče se in z izkušnjami transformira v samokontrolni in samonadzorovani sistem. S tem želi izničiti vpliv pomot in napak v procesu dela in vpliva negativnih čustev izvajalca – človeka na rezultate dela.

Mnogi poskusi reformiranja SZV v Sloveniji v zadnjih desetih letih niso uspeli, predvsem zato ker so se sprememb lotili preveč nesistemske in nefazno. Reforme ne bodo uspešne, če bodo v prvi fazi kakorkoli posegale v sedanji obseg pravic iz zdravstvenega varstva. Kljub temu da so le-te v mnogih pogledih preobsežne in preveč socialne (povračila potnih stroškov, visoka nadomestila za odsotnost z dela zaradi bolezenskih razlogov,...), se jih je potrebno v začetni fazi reform izogniti in rezerve poiskati v racionalizaciji obstoječega delovanja SZV. To pa bi lahko dosegli z uvajanjem modela KTS.

Opisani model, ki je pripravljen za uvedbo, bi pripomogel rešiti dolgoročno krizno situacijo SZV na najmanj boleč način in hkrati pripravil kvalitetno osnovo za kasnejše reforme druge in tretje faze, ki bodo zagotovo morale poseči tudi v racionalizacijo dodeljevanja pravic zavarovanim osebam v okviru SZV. Tu se zdi smiselno ponovno opozoriti na izsledke analize misije Mednarodnega denarnega sklada, ki jo je le-ta pripravil za Slovenijo.

Uvedeni delovni protokoli, katerih sestavni del je tudi delitev pristojnosti med primarnim, sekundarnim in terciarnim nivojem zdravstvenega varstva, bi omogočili prihranek sredstev (nepotrebna podvojena diagnosticiranja, laboratorijske preiskave,...) in prihranek časa, ki bi ga medicinsko osebje lahko usmerjalo v že sedaj tako zaželeno dopolnilno delo, ki se v sedanjosti vse prevečkrat prepleta z rednim delom.

Model KTS bi poskrbel še za eno pomembno dimenzijo, ki jo sedanje delovanje SZV pogreša. Ustvaril bi kadrovske potenciale, ki bi bili sposobni razumeti delovanje celotnega SZV, zanj skrbeti in ga razvijati, hkrati pa v postopku izobraževanja za uvedbo modela KTS usposobiti vse udeležence SZV tako, da bi bili sposobni razumeti pomen in potrebo po upoštevanju vseh strokovnosti, ki se prepletajo v delovanju SZV, ne samo medicinske.

Model KTS bi zagotovil, da bomo v SZV pričeli načrtovati. Najprej v okviru postavljenih kontrolnih mehanizmov, ki jih model KTS uvaja, takoj nato pa neposredno in avtomatsko pogojeno tudi širše. In končno bomo lahko spremljali delovanje SZV na osnovi vnaprej pripravljenih ažurnih nacionalnih programov.

Kriznost delovanja SZV se kaže predvsem v šibki uspešnosti medstrokovnega dogovarjanja na vseh področjih, kjer je dogovarjanje potrebno. Primanjkuje sposobnost kulturnega,

kakovostnega in uspešnega dogovarjanja udeležencev, ki so nemalokrat strokovno neustrezni člani krožkov razpravljalcev, saj poznajo le enostransko ali zelo slabo celo svoje strokovno področje v odnosu z ostalimi strokovnimi področji; praktično nemogoče pa je govoriti o poznavanju ali vsaj poskusu tvornega sodelovanja za spoznavanje delovanja celotnega SZV, ki ga sestavljajo vsebinsko različni strokovni vidiki (medicinski, ekonomski, zavarovalniški, nacionalno strateški, uporabniški, menedžerski, sistemski,...), ki jih je nujno spraviti v sinergijo.

Edina pomanjkljivost, ki jo je sedaj mogoče označiti kot potencialno težavo za uvedbo modela KTS, so neurejeni protokoli in standardi izvajanja delovnih opravil (medicinskih in ekonomsko-poslovnih).

V izhodišču torej izhajamo iz ločevanja obeh vrst standardov, za katerih postavitev so zadolženi zanje ustrezni strokovni kadri. Ko pa govorim o modelu in vzpostaviti kontrolne funkcije v dejavnosti, ki jo raziskuje T. Mlakar, ni več pomembno, katera strokovna skupina je oblikovala posamezne standarde in njihovo strogo ločevanje ni več tako zelo potrebno, ker mora vzpostavljeni sistem notranjih kontrol zagotoviti, da bo spoštovanje medicinskih in ekonomsko-poslovnih standardov zagotovljeno. V samem postopku oblikovanja kontrolnih mehanizmov pa moramo določiti vsebini standarda primerno kontrolno vlogo in kontrolorja.

Otežujoča okoliščina, ki bi lahko krepila težave pri implementaciji modela v praksi, je kriza menedžmenta v SZV. Dejstvo, da SZV upravlja premalo ustrezno strokovno usposobljenih vodilnih delavcev (poslovnih menedžerjev), lahko krepí težavo pri razumevanju modela, katerega prvenstveni cilj je prihraniti rezerve denarnih sredstev, ki se trenutno kažejo kot posledica neekonomičnosti in nesistematičnosti vodenja in delovanja podsistemov SZV. Še bolj jim manjka medstrokovnosti in za njo nujnega medstrokovnega sodelovanja, zlasti sposobnosti in volje, da bi se med seboj različni poslušali, slišali in upoštevali, ker so različni in se zato dopolnjujejo.

6 Zaključek

Po desetih letih od priprave KTS ugotavljamo:

- Še vedno smo mnenja, da je v SZV premalo denarja, vendar je nedopustno izpostavljati pomanjkanje sredstev, dokler obstoječa sredstva niso učinkovito in kakovostno uporabljena.
- O nezadostni učinkovitosti in kazalcih kvalitete dela v SZV ne želimo govoriti, saj to pomeni potrebo po vzpostavitvi učinkovite organizacije dela namesto dosedanjih monopolov.
- Umetno ustvarjamo pomanjkanje zdravnikov v SZV, saj izobraževalni sistem, z neustreznim izobraževalnim procesom, namenoma ustvarja pomanjkanje zdravnikov.
- Normative dela postavljajo predstavniki sindikatov zaposlenih v SZV.

- Sistem notranjih kontrol v SZV ne deluje.
- Primerjamo se z evropskim sistemom, ampak samo glede nagrajevanja, ne pa tudi glede učinkovitosti in organizacije dela v SZV.
- Še vedno (od leta 1992) nimamo vzpostavljene mreže izvajalcev zdravstvenega varstva v SZV.
- Če strategijo – resolucijo nacionalnega zdravstvenega varstva pripravimo, je nihče v SZV ne upošteva.
- V zadnjem vladnem mandatu delamo reformo, ki reforma sploh ni, saj se bolj kot s prepotrebnimi sistemsko organizacijskimi posegi v delovanju SZV ukvarja s finančnimi vložki v sistem, ki zaradi organizacijskih pomanjkljivosti dobesedno “požira” nove finančne injekcije, seveda brez vidnega učinka.

Dejstvo je, da se zdravstvena politika zaveda težav v delovanju SZV, se jih tudi lotila reševati, vendar pri tem pozabila na ključna sistemska izhodišča, ki jih je potrebno v spremembe vgraditi, če želimo, da bodo te učinkovite. Temu posledično še vedno velja, da je model KTS lahko ustrezen pripomoček za rešitev problema.

Reference:

1. Česen, M. (2005). Košarica pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – pomembna sestavina uravnoteženega ekonomskega in socialnega razvoja. *Bilten: ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 21(4), 104–107.
2. Fakin, S. (2005, 10. februar). Razgaljeno zdravstvo, ki ga lahko sesuje že gripa. *Finance*, str. 2–3.
3. Hočevar, F. (2004, 8. november). Brez dodatnega denarja ne bo boljšega zdravstva. *Delo*, str. 4.
4. Kljajič, M. (1994). *Teorija sistemov*. Kranj: Moderna organizacija.
5. Kovač, S. (2006, 21. junij). Simptomi neučinkovitega javnega sektorja. *Finance*, str. 8–9.
6. Korade Purg, Š. (2006). *Načela delovanja javnih uslužbencev*. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo.
7. Mlakar, T. (2014). Kontrolna teorija sistemov. Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.
8. Mulej, M. (2005). Workshop: New roles of systems science in a knowledge society: Introductory provocation. V J. Gu, & G. Chroust (ur.), *The new roles of systems sciences for a knowledge-based society: The First World Confress of the International Federation for Systems Research, Kobe, Japonska, 14.-17. november 2005* (str. 479). International Federation for Systems Research.
9. Mulej, M., Mulej, N. (2007). De Bonova metodologija »Šest klobukov razmišljanja« in Mulejeva metodologija ustvarjalnega sodelovanja »USOMID« v novi kombinaciji. *Organizacija*, 40 (1), 34–41.
10. Mulej, M., Espejo, R., Jackson, M. C., Kajzer, Š., Mingers, J., Mlakar, P., Mulej, N., Potočan, V., Rebernik, M., Rosicky, A., Schiemenz, B., Umpleby, S. A., Uršič, D., & Vallee, R. (2000).
11. Mulej, M., Rebernik, M., Knez-Riedl, J., Ženko, Z., Uršič, D., Potočan, V., Rosi, B., & Krošlin, T. (2005). From knowledge to innovation society. V J. Gu, & G. Chroust (ur.), *The new roles of systems sciences for a knowledge-based society: The First World Confress of the International Federation for Systems Research, Kobe, Japonska, 14.-17. november 2005* (str. 438–440).

- International Federation for Systems Research. Mrkaić, M. (2005, 28. september). Pod državnim nadzorom bistveno preveč podjetij. *Delo*, str. 17.
12. Mrkasić, M., (2005, 28. september). Pod državnim nadzorom bistveno preveč podjetij. *Delo*, str. 17.
13. Poglajen, Č. (2017). Portal: Skozi oči prekariata.
14. Premik, M. (2002). *Shema sistema zdravstvenega varstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino Ljubljana.
15. Šarotar Žižek, S., Mulej, M. ur. (2018). Different intelligences role in overcoming the differences in employee value system, *Kybernetes* 47 (4).
16. Zajc, D. (2002, 11. februar). S sistemskimi spremembami ne na vrat na nos. *Delo*, str. 3.
17. Zajc, D. (2005, 12. februar). Prisiljeni delati strokovne napake. *Delo*, str. 3.
18. Zupanič, M. (2005, 15. februar). Najprej rešiti urgenco. *Delo*, str. 1.
19. Zupanič, M. (2006, 2. marec). Kje smo v zdravstvu? *Delo*, str. 15.
20. Zakon o zdravniški službi, Uradni list Republike Slovenije, št. 40/2017.
21. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pacientovih pravicah, Uradni list Republike Slovenije, št. 55/2017.
22. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, Uradni list Republike Slovenije, št. 64/2017.

Tatjana Mlakar, doktorica znanosti s področja poslovnih ved, je docentka za področje teorije sistemov na Fakulteti za organizacijske študije v Novem mestu. Je avtorica in soavtorica različnih doma in v tujini objavljenih člankov in monografij. Redno je zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, predavateljica na Fakulteti za organizacijske študije v Novem mestu.

Matjaž Mulej, doktor ekonomskih znanosti s področja teorije sistemov in dr. menedžmentskih znanosti s področja inovacijskega menedžmenta, zaslužni profesor teorije sistemov in inovacij. Deluje na Ekonomsko-poslovni fakulteti Univerze v Mariboru. Je avtor dialektične teorije sistemov in teorije inovativnega poslovanja (za tranzicijske razmere). Objavil je skoraj 2.000 prispevkov v +40 deželah in služboval v šestih. Objavil in (so)uredil je preko 60 knjig in zbornikov v več državah. Je član več mednarodnih uredniških in/ali organizacijskih odborov revij in mednarodnih konferenc. Bil je gostujoči profesor in raziskovalec v tujini 15 semestrov, med drugim na Cornell U. (kot gostujoči profesor po programu Fulbright), ZDA, in več drugih univerzah v ZDA, Mehiki, Avstriji, Kitajski, Nemčiji. Vsaj še 50 predavanj imel kot posamična ali krajše obiske na univerzah v Avstriji, Argentini, Hrvaški, nekdanji Jugoslaviji, Japonski, Kitajski, Mehiki, Nemčiji, nekdanji NDR, Rusiji, Veliki Britaniji itd. Je član treh mednarodnih akademij znanosti in umetnosti (Salzburg, Paris, Dunaj), v IASCYS je bil prvi predsednik, zdaj podpredsednik.

Abstract: **Ten Years the Control Theory Systems**

Research question: Is the model of the Control theory of systems, after ten years, it is still a useful model for the organisation of the health care System in Slovenia?

Purpose: Examine whether abnormalities of the functioning of the health care System less, than in the time when the model of the Control theory Systems appeared.

Method: We used a comparative analysis of the theoretical and practical knowledge in two different periods.

Results: We find that the health policy problem in the health care System in Slovenia tracks, are identified as critical for the implementation of the reform, the latter, however, mainly carried out with some legal changes and new capital injections in the health care System in Slovenia, without prior purification of the organizational anomaly in them.

Organization: Use the model in health care organizational systems - become a modern and efficient organisation.

Society: Well-organized and effective health care organizational systems - greater social prosperity.

Originality: The model is still unique and suitable for use.

Keywords: control theory of systems, health care system, Slovenia, the system, model.

Copyright (c) Tatjana MLAKAR, Matjaž MULEJ



Creative Commons License

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.