

Kontrolna teorija sistemov skozi razvojna obdobja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji

Tatjana Mlakar*

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

tatjana.mlakar@zzzs.si

Povzetek:

Raziskovalno vprašanje: Ali je model Kontrolna teorija sistemov, po poldrugem desetletju od njegove uveljavitve, prispeval k razjasnjevanju razlogov in pokazal poti za odpravljanje sistemskih anomalij v organiziranju sistema zdravstvenega varstva Slovenije?

Namen: Proučiti, ali se o anomalijah delovanja sistema zdravstvenega varstva v strokovni sistemski javnosti pogovarjamo drugače, kot v času, ko je model Kontrolne teorije sistemov nastajal.

Metoda: Uporabila sem primerjalno analizo teoretičnih in praktičnih spoznanj v dveh različnih obdobjih.

Rezultati: Ugotovim, da je zdravstvena politika težave v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji zaznala, o sistemsko organizacijskih nepravilnostih, se podsistemi in deležniki v sistemu zdravstvenega varstva odkrito pogovarjajo, s predlogi sistemskih posegov za odpravljanje nepravilnosti v delovanju sistema poskušajo prodreti, vendar jih posamezne strukture podsistemov in deležnikov v sistemu zdravstvenega varstva še vedno v veliki meri zavračajo. Javno je izpostavljeno in sprejeto, da s parcialnimi zakonskimi spremembami in novimi finančnimi vložki, sprememb na področju učinkovitega upravljanja sistema zdravstvenega varstva ne bo. Premiki se odvijajo, vendar z izjemnimi implementacijskimi naporji in skladno s kompleksnostjo sistema (pre)počasi.

Vpliv na organizacijo: Uporaba modela kontrone teorije sistemov v organizacijskih sistemih s področja zdravstvenega varstva postopoma vgrajuje osnove moderne in učinkovite organizacije.

Originalnost: Predstavljeni model kontrolne teorije sistemov je še vedno edinstven in dokazuje učinkovito uporabno vrednost.

Omejitve raziskave: Delež nepoznavanja zdravstvenega sistema tistih, ki so zanj neposredno odgovorni se znižuje.

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

1 Uvod

Zdravstvo je še vedno najbolj aktualen družbeni problem v Sloveniji, poleg družbeno politične nekonsolidacije, ki predstavlja največjo oviro za potrebne spremembe v smeri učinkovitosti delovanja v sistemu zdravstvenega varstva. Že pred dvema desetletjema se je področje zdravstva zdelo zelo primerno in potrebno za sistemske, tj. celovite spremembe, zato smo v letu

* Korespondenčni avtor / Correspondence author

Prejeto: 12. januar 2025; revidirano: 2. februar 2025; sprejeto: 3. marec 2025. /

Received: 12th January 2025; revised: 2nd February 2025; accepted: 3rd March 2025.

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 v Sloveniji pripeljale do zahtevnega stanja predvsem v smislu ustreznosti upravljanja na vseh sistemskih nivojih.

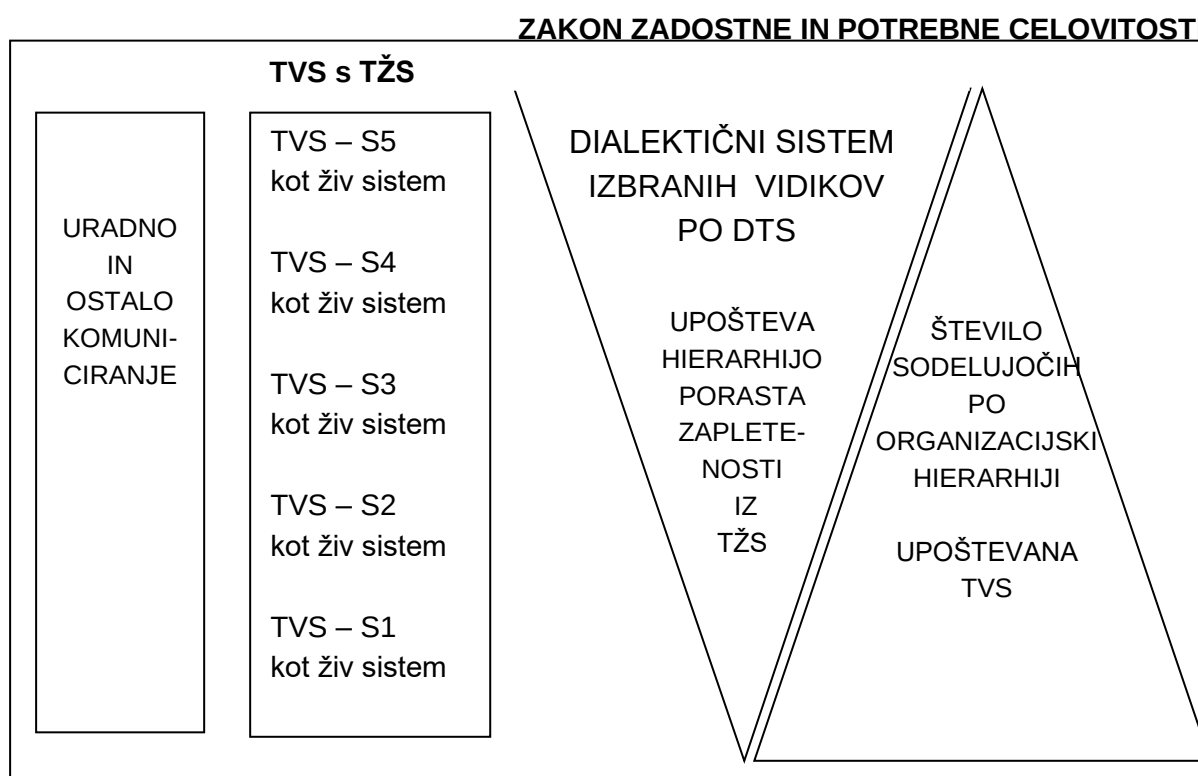
Obstajala je domneva, da so zdravstveno politični interesi v disonanci s cilji stabilizacije sistema zdravstvenega varstva, zato do celovite in predvsem pravočasne preusmeritve v zdravo sistemsko delovanje sistem zdravstvenega varstva ni bil preusmerjen.

2 Teoretična izhodišča

Model kontrolne teorije sistemov upošteva splošne pogoje in zahteve, ki so potrebni za delovanje organizacijskih sistemov:

- preprečevati ali vsaj upočasniti zakon entropije v konkretnem delovanju in razmerah,
- upoštevati zakon potrebne in zadostne celovitosti,
- 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,
- upoštevati zakon hierarhije zaporedja in soodvisnosti.

Slika 1. Povzetek kontrolne teorije sistemov kot sinergije delov dialektične teorije sistemov (DTS), teorije viabilnih sistemov (TVS) in teorije živih sistemov (TŽS) z vključitvijo kontrolnega sistema



Iz zgoraj prikazane sinergije prehajam na kontrolno teorijo sistemov in praktične vidike delovanja le-te z upoštevanjem, da nivo (pod)sistem:

- S1 predstavlja operativno izvedbo nalog po ozkih in kratkoročnih, sprotnih merilih za optimiziranje izvedbe nalog,
- S2 predstavlja delovanje ambulate, službe, ki povezuje operativce po kratkoročnih merilih optimiziranja,
- S3 predstavlja delovanje organizacije - izvajalca nalog, ki povezuje ambulate v oddelke ipd., po srednjeročnih merilih optimiziranja,
- S4 predstavlja delovanje različnih strok v sistemu zdravstvenega varstva, 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 sistema zdravstvenega varstva, ki postavlja dolgoročne smernice in optimizira celoto po dolgoročnih merilih.

Vsak (pod)sistem deluje v sistemu zdravstvenega varstva 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 se morajo dogajati v procesu izvajanja delovnih nalog, izhajajo s spleta sestavin izhodišč (Mulej M., Mulej N., 2007, str. 34-41):

OBJEKTIVNIH IZHODIŠČ V OBLIKI POTREB, ki jih zaznamo in izmed njih izberemo prednostne, **SUBJEKTIVNIH IZHODIŠČ** v obliki:

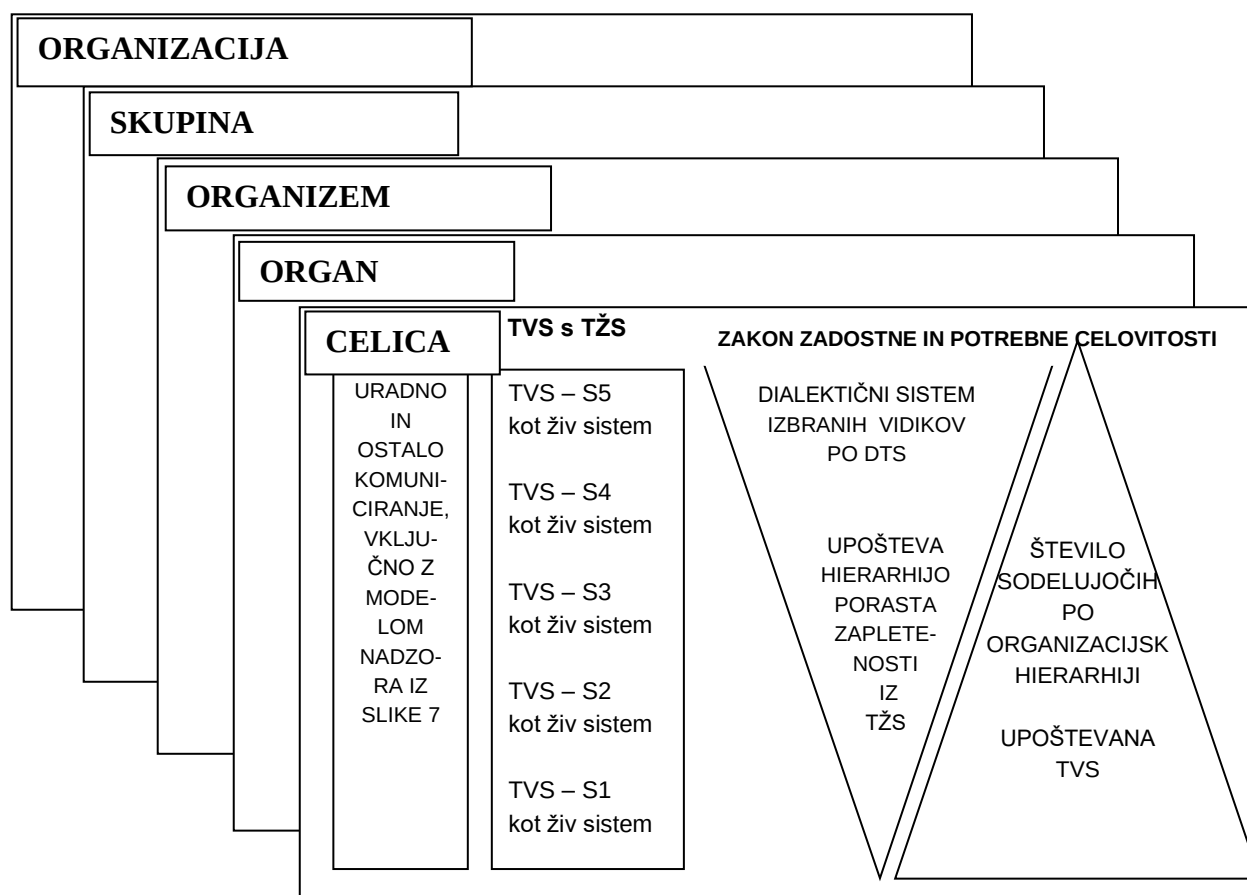
- vrednot (npr. želje, pripisana pomembnost ipd.),
- vednosti (kaj vemo o obravnavani zadevi),
- znanja (kako zagotoviti željeno).

Pri tem si pomagamo z dialektičnim sistemom vidikov, ki iz teh treh izide.

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.

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

Slika 2
Model kontrolne teorije sistemov



Vsebina, pred skoraj dvema desetletjema, pripravljenega modela kontrolne teorije sistemov je konkretno aplicirana na sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Menim, da je menedžment temeljna (izhodiščna) spremenljivka, ki deluje na (pre)oblikovanje organizacijskega sistema (poleg lastnikov). Menedžment mora spoznati potrebe po spremembi, jih na strateškem nivoju načrtuje in sprožati ter po potrebi usmerjati aktivnosti tako, da bi spremembe bile inovativne, zato pa tudi v skladu z zakonom potrebne in zadostne celovitosti.

Časovna dimenzija je za vsebine, vezane na zdravstveni sistem daljša. Vsekakor pa sta dve desetletji, v katerih družba in strokovnjaki jasno opozarjajo na anomalije, predolgo obdobje, v katerem zdravstvena politika ni želela narediti ključnih premikov v smeri vpliva na sistemske sprememb, predvsem s kontrolnimi mehanizmi, ki jih je potrebno vgraditi v sistem zdravstvenega varstva Slovenije.

3 Metoda

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

- teorija živih sistemov je zelo primerna, ko gre za opis podrobnosti na enaki teoretični podlagi, vendar zgolj to (Miller 1978; Mlakar 2000);
- teorija viabilnih sistemov 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),
- dialektična teorija sistemov sistemov (Mulej 1974; Mulej 1979; Mulej idr. 1992; Mulej idr. 2000; Mulej in Ženko 2004a in 2004b; Ženko in Mulej 2006; Mulej 2006), preseže šibkost prvih dveh teorij (odvisnost od lastnosti ljudi).

Sinergija vseh treh teorij je povzeta v novi kontrolni teoriji sistemov, preizkušena na sistemu zdravstvenega varstva Slovenije, kar prikazuje slika 2 v nadaljevanju.

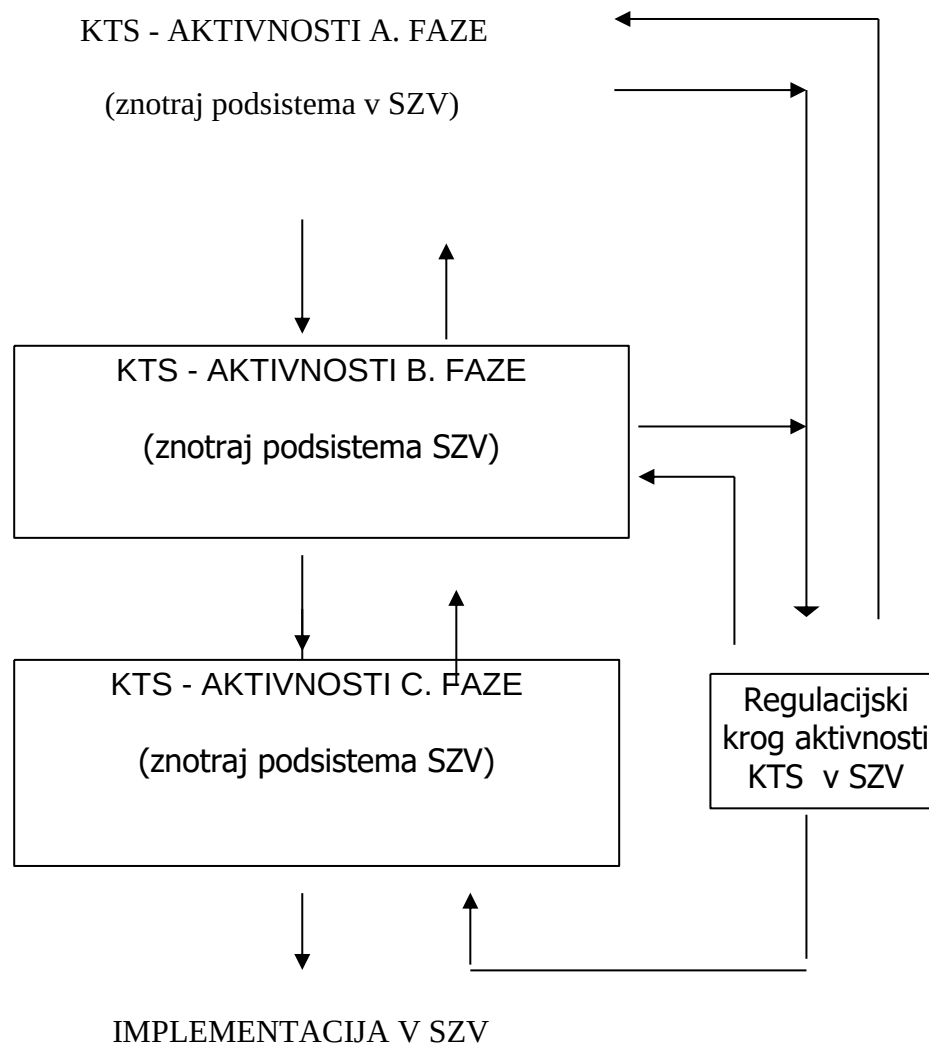
V študiji uporabljam pristop primerjalne analize, ki preuči uspešnost uporabe kontrolne teorije sistemov v procesu delovanja sistema zdravstvenega varstva zadnjih dvajset let. Uporabim načela sistemske teorije in se osredotočim na kvantitativne meritve uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva na njegovih različnih nivojih.

Raziskavo je vodilo raziskovalno vprašanje: Ali je model kontrolna teorija sistemov, po poldrugem desetletju od njegove uveljavitve, prispeval k razjasnjevanju razlogov in pokazal poti za odpravljanje sistemskih anomalij v organiziranju sistema zdravstvenega varstva Slovenije?

Vprašanje izhaja iz predhodne analize podatkov o delovanju sistema in povratnih informacij, vezanih na izzive pri izvajanju reform zdravstvenega varstva.

Slika 3

Aktivnosti (povezave) modela kontrolne teorije sistemov (KTS)



Faza A je najzahtevnejša, saj zahteva velike in inovativne spremembe v razmišljanju in razumevanju vsebine postavljenih ciljev pri vseh udeležencih posameznega podsistema v sistemu zdravstvenega varstva.

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

Faza C zagotavlja vgrajen dialektični sistem notranjih kontrol za celoten sistem zdravstvenega varstva, zato bo obvarovan pred elementarnimi oscilacijskimi motnjami.

4 Rezultati in razprava

V času priprave modela kontrolne teorije sistemov smo izpostavljali anomalije, ki so bile v sistemu zdravstvenega varstva Slovenije označene kot najbolj moteče, katerim dodajam vsebine, ki jih je še vedno potrebno odpraviti ali zmanjšati:

Zakoni sicer določajo pristojnosti posameznih podsistemov znotraj sistema zdravstvenega varstva, vendar o sistemu zdravstvenega varstva ni mogoče govoriti kot o pojavu, kjer je uvedeno sistemsko (tj. na celoto usmerjeno) sistematično (tj. na podrobnosti, dele in doslednost usmerjeno) dogovarjanje in medsebojno povezovanje z ustreznim pretokom informacij. Vsak podsistem v okviru sistema zdravstvenega varstva 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 in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (op. T. M.) Informacijska infrastruktura, ki jo je že pred tremi desetletji vzpostavil in jo nadgrajuje Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, celovito povezuje vse podsisteme in deležnike v sistemu zdravstvenega varstva na vsebinah iz pristojnosti in pooblastil Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vendar kasnejše informacijske nadgradnje, zdravstvena politika ni dodajala na to že vzpostavljeno informacijsko infrastrukturo, ampak je vzpostavljala ločene veje informatizacije (npr. e-naročanje, koncept vrst zdravstvenih storitev,...).

Posebno škoduje dejstvo, da pacient, ko vstopi v zdravstveni sistem, kjer si 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. (poklicna izkušnja T. M.)

Nobena vladna ekipa v zadnjih dvajsetih letih ni razpolagala s strokovnjaki ali skupino strokovnjakov, ki bi sistem zdravstvenega varstva poznali celovito in predvsem, ki bi neodvisno od političnih interesov izgrajevali upravljanje sistema zdravstvenega varstva. Zato ni mogoče pripraviti/popraviti celovito zasnovanega modela delovanja sistema zdravstvenega varstva. Dogaja se samo parcialno, področno reševanje težav na prvem segmentu, katerih rešitve povzročajo in omogočajo nastanek težav na drugem segmentu. (poklicna izkušnja T. M.)

Vključevanje nestrokovne civilne javnosti in civilnih organizacij v presojanje stanja v sistemu zdravstvenega varstva je zavajajoče (napihovanje težav z zastarelo medicinsko opremo, nezadostnim številom zdravnikov,...) in je zato neprimerno. (poklicna izkušnja T. M. in M. M. preko ležečih bolnikov)

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. Tovrstni 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 sistemu zdravstvenega varstva dogodile. Sistem SPP, ki je bil v letu 2004 uveden v slovenske bolnišnice, ni realiziran tako, kot je bilo po njegovi vsebinski zasnovi pričakovati (za povrhu še z vsebino avstralskih uteži). Ključni cilj uvajanja sistema SPP je izboljšati preglednost in pravičnost razporejanja zdravstvenih sredstev ter plačevanja storitev, ki temelji na enotnih merilih in omogoča boljšo primerljivost za izvajalce zdravstvenih storitev. Konkretno so v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva 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 analitična stroka in politika upala sistemsko spremembo vpeljati dosledno. Leta 2017 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije prvič od 2004 poskusil z nacionalno stroškovno analizo uveljaviti slovenske cene SPP v akutni bolnišnični obravnavi, vendar zdravstvena politika na pritisk izvajalcev zdravstvenih storitev tega ni podprla. V letu 2024 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ponovno pripravil stroškovno analizo na osnovi zbranih stroškov izvajalcev zdravstvenih storitev (bolnišnic), ponovno se pojavljajo pritiski izvajalcev zdravstvenih storitev, ki želijo izničiti pravično razporejanje zdravstvenih sredstev, vendar z izjemnim strokovnim prispevkom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in podporo Ministrstva za zdravje predvidevamo, da bo v letu 2025 ta prenova modela plačevanja na akutni bolnišnični obravnavi končno (po dvajsetih letih) uveljavljena na slovenske cene. Sledi načrtovano obdobje (na dve leti) ažuriranja cen, s primerjavo na aktualne bolnišnične podatke o stroških.

V zdravstvu je treba nujno načrtovati. (Fakin, 2005, str. 2-3)

Težava je, ker v zdravstvu ne vedo, kaj je kakovostna zdravstvena storitev. Ne vemo, kaj kot bolniki lahko pričakujemo od zdravnika. Kakšen je protokol zdravnikovega vedenja do bolnika? Standardi niso določeni. (Fakin, 2005, str. 2-3) Leta 2024 je sicer sprejet Zakon o kakovosti v zdravstvu, vendar bo pot do strukturiranega spremljanja/uporabljanja kazalnikov kakovosti potreboval še zelo dolga.

Slovenski sistem zdravstvenega varstva 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 prejme, je namreč čedalje večje. (Zajc, 2005, str. 3) Vse to izključno zaradi neustreznega upravljanja in organiziranja dela na vseh nivojih zdravstvenega sistema (nacionalni in predvsem pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki so se v zadnjih petnajstih letih okrepili z dodatnimi kadri zdravnikov (indeks 155).

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: manjše število delovno aktivnih, ki plačujejo prispevke in 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)

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). 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 učinkovito 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 četrtna 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 sistema zdravstvenega varstva trenutno še ni tako očiten, verjetno pa se bo zgodil, saj sistem zdravstvenega varstva 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) Napredek na tem področju se pojavlja predvsem pri odkritem izpostavljanju pomanjkljivosti učinkovitega vodenja sistema, kar je vzpodbuda za predvsem zdravstveno politični spregled, da so prve potrebne spremembe tiste, ki so vezane na učinkovitost upravljanje sistema.

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, Tajska, 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.

Model kontrolne teorije sistemov izključuje možnosti pretiranega samoorganiziranja, verjetnostnih sinergij in intuitivnega ukrepanja, ker je takšno ukrepanje praviloma posledica procesnih pomanjkljivosti pri izvedbi modela. Hkrati 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.

Pomembno dejstvo v predlogu modela kontrolne teorije sistemov je, da se zmore prilagoditi v Sloveniji veljavni organizacijski shemi delovanja sistema zdravstvenega varstva - ne ruši, ali ne zahteva zakonske spremembe delovanja posameznih podsistemov v sistemu zdravstvenega varstva. 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 sistem zdravstvenega varstva.

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.

Poskusi reformiranja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih niso uspeli zato, ker so se sprememb lotili preveč nesistemske in nefazno. Reforme ne bodo uspešne, če bodo v prvi fazi 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,...), je potrebno redefinicijo teh v začetni fazi reform zaobiti in rezerve poiskati v racionalizaciji obstoječega delovanja sistema zdravstvenega varstva. To pa lahko dosežemo z uvajanjem modela kontrolne teorije sistemov.

Kriza delovanja sistema zdravstvenega varstva se kaže 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 sistema zdravstvenega varstva, ki ga sestavljajo vsebinsko različni strokovni vidiki (medicinski, ekonomski, zavarovalniški, nacionalno strateški, uporabniški, menedžerski, sistemski,...), ki jih je nujno spraviti v sinergijo.

5 Zaključek

Še vedno so nekatere strukture mnenja, da je v sistemu zdravstvenega varstva premalo denarja, vendar to ne drži, saj je nedopustno izpostavljati pomanjkanje sredstev, dokler obstoječa sredstva niso učinkovito in kakovostno uporabljena.

O nezadostni učinkovitosti in kazalcih kakovosti dela, so strukture v sistemu zdravstvenega varstva postopoma pričele odkrito govoriti, kar je bistven napredek zadnjih deset let in izhodišče za spremembe v merjenju učinkovitosti in produktivnosti.

Umetno se ustvarja mnenje o pomanjkanju zdravnikov v sistemu zdravstvenega varstva, vendar dejanski podatki kažejo, da je v sistemu dovolj zdravnikov in predstavlja podatkovno dejstvo, ki je pomembno za usmerjanje menedžementa javnih zdravstvenih zavodov v spremljanje delovnih procesov in učinkovitosti dela.

Normative dela postavljajo predstavniki sindikatov zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva, kar zdravstvena politika dopušča. To je povsem neustrezno, če sledimo cilju uspešnosti

in učinkovitosti delovanja organizacijskega sistema, kjer je menedžment tisti, ki mora voditi, upravljati in postavljati merila za učinkoviti obseg dela v rednem delovnem času na posameznega delavca.

Sistem notranjih kontrol v sistemu zdravstvenega varstva je v pretežni meri vezan na nadzorno/kontrolne mehanizme obračunavanja zdravstvenih storitev, ki jih ima vzpostavljene Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Še vedno (od leta 1992), zdravstvene politika ni vzpostavila in ne regulira mreže izvajalcev zdravstvenega varstva v sistemu zdravstvenega varstva, kar predstavlja negativni vpliv na dostopnost do zdravstvenih storitev.

Strategijo – resolucijo nacionalnega zdravstvenega varstva določene vlade sicer pripravijo, a se v tej isti strukturi in naslednjih vladah vsebina strategije ignorira in ji ne zdravstvena politika ne sledi.

V vladah zadnjih desetih let se izvajajo »reforme«, ki to niso, saj se namesto s prepotrebnimi sistemsko organizacijskimi posegi v delovanju sistema zdravstvenega varstva, politika ukvarja s finančnimi vložki v sistem, ki zaradi organizacijskih pomanjkljivosti “požira” nove finančne injekcije, seveda brez zelenih učinkov.

Model kontrolne teorije sistemov je v podsistemih zdravstvenega varstva, ki ga postopoma uveljavljajo izkazan kot učinkovit pripomoček za upravljanje.

Reference:

1. Fakin, S. (2005, 10. februar). Razgaljeno zdravstvo, ki ga lahko sesuje že gripa. *Finance*, str. 2–3.
2. Kljajič, M. (1994). *Teorija sistemov*. Kranj: Moderna organizacija.
3. Kovač, S. (2006, 21. junij). Simptomi neučinkovitega javnega sektorja. *Finance*, str. 8–9.
4. Korade Purg, Š. (2006). *Načela delovanja javnih uslužbencev*. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo.
5. Mlakar, T. (2014). Kontrolna teorija sistemov. Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.
6. Mlakar, T., Mulej, M. (2018). Deset let kontrolne teorije sistemov, *Revija za univerzalno odličnost*, marec 2018, 93-110
7. 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.
8. 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.
 9. 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).
 10. 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.
 11. Mrkasić, M., (2005, 28. september). Pod državnim nadzorom bistveno preveč podjetij. *Delo*, str. 17.
 12. Premik, M. (2002). *Shema sistema zdravstvenega varstva Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino Ljubljana.
 13. Zajc, D. (2002, 11. februar). S sistemskimi spremembami ne na vrat na nos. *Delo*, str. 3.
 14. Zajc, D. (2005, 12. februar). Prisiljeni delati strokovne napake. *Delo*, str. 3.
 15. Zupanič, M. (2006, 2. marec). Kje smo v zdravstvu? *Delo*, str. 15.

Tatjana Mlakar, univerzitetna diplomirana ekonomistka, doktorirala s področja poslovnih ved z doktorsko disertacijo z naslovom: Kontrolna teorija sistemov – nov model za sistemsko razmišljanje (s preveritveno aplikacijo na primeru zdravstvenega varstva). Docentka za predmetno področje menedžmenta. Zaposlena na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Abstract:

Control Theory of Systems Through the Development Periods of the Healthcare System in Slovenia

Research question: Has the Control Theory of Systems model, after a decade and a half since its implementation, contributed to clarifying the reasons and shown to eliminate systemic anomalies in the organization of the healthcare system in Slovenia?

Purpose: To examine whether anomalies in the functioning of the health care system are discussed differently in the professional systemic public than at the time when the Control Theory of Systems model was being created.

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

Results: I find that the health policy has detected the problems in the healthcare system in Slovenia, about systemic organizational irregularities, the subsystems and stakeholders in the healthcare system openly talk, they try to penetrate with proposals for systemic interventions to eliminate irregularities in the functioning of the system, but the individual structures of the subsystems and stakeholders in the healthcare system still largely reject them. It is publicly pointed out and accepted that with partial legal changes and new financial inputs, there will be no changes in the field of effective management of the health care system. Movements are taking place, but with extraordinary implementation efforts and in accordance with the complexity of the system (too) slowly.

Impact on the organization: The use of the control model of systems theory in organizational systems from the field of health care gradually embeds the basics of a modern and efficient organization.

Originality: The presented model of control theory of systems is still unique and demonstrates effective utility value.

Limitations of the research: The share of ignorance of the health system by those who are directly responsible for is decreasing.

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

Copyright (c) Tatjana MLAKAR



Creative Commons License

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