



Številka: 170-15/2017/1307

Ljubljana, 1. 2. 2019

EVA /

GENERALNI SEKRETARIAT VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE

Gp.gs@gov.si

ZADEVA: Poročilo o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave – predlog za obravnavo

1. Predlog sklepov vlade:

Na podlagi šestega odstavka 21. člena Zakona o Vlade Republike Slovenije (Uradni list RS, št. št. 24/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 38/10 – ZUKN, 8/12, 21/13, 47/13 – ZDU-1G, 65/14 in 55/17) je Vlada Republike Slovenije na redni seji dne pod točko sprejela naslednji

SKLEP

Vlada Republike Slovenije se je seznanila s Poročilom o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.

Stojan Tramte
GENERALNI SEKRETAR

Priloge:

- Poročilo o izvajanju Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave
- Izvajalci in kriteriji Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave (povzetek določil projekta)
- Analiza izplačil po Posebnem vladnem projektu za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave po posameznih ravneh zdravstvene dejavnosti

Prejmejo:

- Ministrstva
- Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo
- Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje

2. Predlog za obravnavo predloga zakona po nujnem ali skrajšanem postopku v državnem zboru z obrazložitvijo razlogov:

/

3.a Osebe, odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost gradiva:

Ministrstvo za zdravje:

mag. Pia Vračko dr. med., spec., državna sekretarka

mag. Mirko Stopar, generalni direktor Direktorata za zdravstveno ekonomiko

Tanja Mate, generalna direktorica Direktorata za zdravstveno varstvo

Ajda Rogelj, višji svetovalec, Sektor za varnost, kakovost in učinkovitost v zdravstvu, Direktorat za zdravstveno varstvo

Renata Babič Valentinčič, podsekretar, Sektor za ekonomiko javnega zdravstva, Direktorat za zdravstveno ekonomiko
mag. Katarina Kralj, vodja Sektorja za varnost, kakovost in učinkovitost v zdravstvu, Direktorat za zdravstveno varstvo

3.b Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva:

/

4. Predstavniki vlade, ki bodo sodelovali pri delu državnega zbora:

/

5. Kratek povzetek gradiva:

Vlada Republike Slovenije je s sklepom št. 17000-3/2017/5 z dne 6. 4. 2017 določila Posebni vladni projekt za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave (v nadaljnjem besedilu: PVP). Gradivo je poročilo o izvajanju PVP in povzema ključne podatke o izplačilu delovne uspešnosti zdravnikom, diplomiranim in srednjim medicinskim sestram, zdravstvenim delavcem in zdravstvenim sodelavcem ter drugim javnim uslužbencem, ki je bila izplačana na podlagi posebnega vladnega projekta v celotnem obdobju trajanja (april 2017–marec 2018), in doseženih obdobjnih rezultatih oziroma ciljih projekta. Za namen PVP je bilo v letu 2017 in 2018 zagotovljenih po 18 milijonov evrov, izplačanih je bilo 8.149.512 evrov.

PVP je bil sprejet na podlagi drugega odstavka 22.d člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju. Ta določa, da se posebni projekti, za izvajanje katerih je dovoljeno izplačevati del plače za delovno uspešnost iz naslova povečanega obsega dela, za javne uslužbence določijo z aktom vlade, za javne uslužbence drugega državnega organa pa z aktom tega državnega organa, če so za to zagotovljena namenska sredstva v proračunu.

V obdobju načrtovanja potrebnih sredstev za izplačilo delovne uspešnosti po PVP, torej v času pogajanj o začasni prekinitvi stavek in aktivnosti, je bilo ocenjeno, da bo do delovne uspešnosti po PVP upravičeno vsaj 30 % zaposlenih zdravnikov na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Glede na podatke je bilo povprečno mesečno nagrajenih zdravnikov le 1.075 oz. 17 % od skupno zaposlenih 6.063 zdravnikov na primarni in sekundarni na dan 31. 12. 2017*. Poleg tega so se normativi na sekundarni ravni začeli vzpostavljati šele s projektom, kar je dodatno prispevalo k nižjemu številu zaposlenih, ki so prejeli delovno uspešnost. Dodatna okoliščina, ki je vplivala na nižje izplačilo delovne uspešnosti je, da so bili javni uslužbenci lahko nagrajeni zgolj v obsegu 30 %, skladno z določbami prvega odstavka 4. člena Uredbe o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbence (Uradni list RS, št. 53/08 in 89/08; v nadaljnjem besedilu: Uredba) in določbami prvega odstavka 3. člena Zakona o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela za leto 2017 in drugih ukrepih v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 88/16). V praksi se je izkazalo, da so nekateri zdravniki, ki so opravljali večji obseg dela, za to že dobili izplačilo iz naslova nadomeščanja manjkajočih ali odsotnih sodelavcev, zato kljub izpolnjevanju pogojev PVP za 25% izplačilo povečanega obsega dela iz naslova PVP, delovne uspešnosti niso prejeli v celoti, saj so delno povečani obseg prejeli že iz naslova nadomeščanja oz. iz drugih virov.

PVP se je v skladu s 3. točko Sporazuma o začasni prekinitvi stavek in aktivnosti med sindikatom FIDES in vlado z dne 4. 3. 2017 začel izvajati s 1. 4. 2017 in je trajal do 31. 3. 2018.

*Vir: Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2017.

6. Presoja posledic za:

a)	javnofinančna sredstva nad 40.000 EUR v tekočem in naslednjih treh letih	DA/NE
b)	usklajenost slovenskega pravnega reda s pravnim redom Evropske unije	DA/NE
c)	administrativne posledice	DA/NE
č)	gospodarstvo, zlasti mala in srednja podjetja ter konkurenčnost podjetij	DA/NE
d)	okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki	DA/NE
e)	socialno področje	DA/NE
f)	dokumente razvojnega načrtovanja:	DA/NE

	<ul style="list-style-type: none">- nacionalne dokumente razvojnega načrtovanja- razvojne politike na ravni programov po strukturi razvojne klasifikacije programskega proračuna- razvojne dokumente Evropske unije in mednarodnih organizacij	
7.a Predstavitev ocene finančnih posledic nad 40.000 EUR:		

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
	Tekoče leto (t)	t + 1	t + 2	t + 3
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) obveznosti za druga javnofinančna sredstva				
II. Finančne posledice za državni proračun				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:				
Novi prihodki	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1		
SKUPAJ				
OBRAZLOŽITEV:				
I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
V zvezi s predlaganim vladnim gradivom se navedejo predvidene spremembe (povečanje, zmanjšanje):				
<ul style="list-style-type: none"> – prihodkov državnega proračuna in občinskih proračunov, – odhodkov državnega proračuna, ki niso načrtovani na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov, – obveznosti za druga javnofinančna sredstva (drugi viri), ki niso načrtovana na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov. 				

II. Finančne posledice za državni proračun

Prikazane morajo biti finančne posledice za državni proračun, ki so na proračunskih postavkah načrtovane v dinamiki projektov oziroma ukrepov:

II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:

Navedejo se proračunski uporabnik, ki financira projekt oziroma ukrep; projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in proračunske postavke (kot proračunski vir financiranja), na katerih so v celoti ali delno zagotovljene pravice porabe (v tem primeru je nujna povezava s točko II.b). Pri uvrstitvi novega projekta oziroma ukrepa v načrt razvojnih programov se navedejo:

- proračunski uporabnik, ki bo financiral novi projekt oziroma ukrep,
- projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in
- proračunske postavke.

Za zagotovitev pravic porabe na proračunskih postavkah, s katerih se bo financiral novi projekt oziroma ukrep, je treba izpolniti tudi točko II.b, saj je za novi projekt oziroma ukrep mogoče zagotoviti pravice porabe le s prerazporeditvijo s proračunskih postavk, s katerih se financirajo že sprejeti oziroma veljavni projekti in ukrepi.

II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:

Navedejo se proračunski uporabniki, sprejeti (veljavni) ukrepi oziroma projekti, ki jih proračunski uporabnik izvaja, in proračunske postavke tega proračunskega uporabnika, ki so v dinamiki teh projektov oziroma ukrepov ter s katerih se bodo s prerazporeditvijo zagotovile pravice porabe za dodatne aktivnosti pri obstoječih projektih oziroma ukrepih ali novih projektih oziroma ukrepih, navedenih v točki II.a.

II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:

Če se povečani odhodki (pravice porabe) ne bodo zagotovili tako, kot je določeno v točkah II.a in II.b, je povečanje odhodkov in izdatkov proračuna mogoče na podlagi zakona, ki ureja izvrševanje državnega proračuna (npr. priliv namenskih sredstev EU). Ukrepanje ob zmanjšanju prihodkov in prejemkov proračuna je določeno z zakonom, ki ureja javne finance, in zakonom, ki ureja izvrševanje državnega proračuna.

7.b Predstavitev ocene finančnih posledic pod 40.000 EUR:

(Samo če izberete NE pod točko 6.a.)

Kratka obrazložitev

8. Predstavitev sodelovanja z združenji občin:

Vsebina predloženega gradiva (predpisa) vpliva na:

- pristojnosti občin,
- delovanje občin,
- financiranje občin.

DA/NE

Gradivo (predpis) je bilo poslano v mnenje:

- Skupnosti občin Slovenije SOS: DA/NE
- Združenju občin Slovenije ZOS: DA/NE
- Združenju mestnih občin Slovenije ZMOS: DA/NE

Predlogi in pripombe združenj so bili upoštevani:

- v celoti,
- večinoma,
- delno,
- niso bili upoštevani.

Bistveni predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani.

9. Predstavitev sodelovanja javnosti:

Gradivo je bilo predhodno objavljeno na spletni strani predlagatelja:

DA/NE

(Če je odgovor NE, navedite, zakaj ni bilo objavljeno.)

(Če je odgovor DA, navedite:

Datum objave:

V razpravo so bili vključeni:

- nevladne organizacije,
- predstavniki zainteresirane javnosti,
- predstavniki strokovne javnosti.
- .

Mnenja, predlogi in pripombe z navedbo predlagateljev (imen in priimkov fizičnih oseb, ki niso poslovni subjekti, ne navajajte):

Upoštevani so bili:

- v celoti,
- večinoma,
- delno,
- niso bili upoštevani.

Bistvena mnenja, predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani, ter razlogi za neupoštevanje:

Poročilo je bilo dano

Javnost je bila vključena v pripravo gradiva v skladu z Zakonom o ..., kar je navedeno v predlogu predpisa.)

10. Pri pripravi gradiva so bile upoštevane zahteve iz Resolucije o normativni dejavnosti:

DA/NE

11. Gradivo je uvrščeno v delovni program vlade:

DA/NE

**Samo Fakin
MINISTER**

PRILOGA 1: POROČILO O IZVAJANJU POSEBNEGA VLADNEGA PROJEKTA ZA SKRAJŠEVANJE ČAKALNIH DOB IN POVEČANJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE (OBDOBJE APRIL 2017 – MAREC 2018)

1. Povzetek

Vlada Republike Slovenije je 6. 4. 2017 na podlagi stavkovnih zahtev Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije FIDES in v okviru sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti vzpostavila posebni vladni projekt s ciljem skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu ter povečanja kakovosti zdravstvene obravnave (v nadaljnjem besedilu: PVP). Posebni vladni projekt je trajal 1 leto in sicer od 1. 4. 2017 do 31. 3. 2018.

Osnovni cilji projekta so bili skrajšanje čakalnih dob, večja kakovost zdravstvene obravnave pacientov, manj nepotrebnih napotitev na sekundarni nivo, bolj učinkovita povezanost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev med ravnmi zdravstvenega varstva in s tem povezana večja dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.

Nagrajevanje zdravnikov in ostalih zaposlenih je bilo izvedeno v obliki izplačila delovne uspešnosti (v nadaljnjem besedilu: DU) po PVP.

Za namen izvajanja PVP je bilo prvotno zagotovljenih 36 mio eurov, od tega 18 mio eurov za prvi in drugi kvartal projekta (leto 2017) in 18 mio za tretji in četrti kvartal projekta (leto 2018). Zaradi nizke porabe sredstev za prvi kvartal in drugi kvartal trajanja projekta so se sredstva za tretji in četrti kvartal znižala na 5.383.843,18 eurov. Za celotno obdobje trajanja projekta je bilo izplačanih 8.149.512 eurov.

Glede na analizo podatkov o nagrajenih zdravnikih, ki so izpolnjevali kriterije nagrajevanja določene v PVP je bilo povprečno mesečno nagrajenih zdravnikov 1.075 oz. 17 % od skupno zaposlenih 6.063 zdravnikov na primarni in sekundarni na dan 31. 12. 2017¹, kar je nižje od pričakovane ocene. Ob pripravi PVP je bilo namreč ocenjeno, da bo obseg zdravnikov, ki bodo upravičeni do izplačila DU vsaj 30 % od vseh zaposlenih zdravnikov na primarni in sekundarni ravni.

Glede na navedeno, so bili cilji PVP le delno doseženi. Število čakajočih se je zmanjšalo oziroma čakalne dobe so se skrajšale le pri določenih zdravstvenih storitvah v nekaterih mesecih trajanja projekta, medtem ko se je celotno število čakajočih v tem času povečalo. Učinka na izboljšanje kakovosti oskrbe ni bilo mogoče oceniti, saj je bilo trajanje projekta prekratko in podatkov ni bilo mogoče primerjati.

2. Uvod

Vlada Republike Slovenije in FIDES, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, sta se 4. 3. 2017 v okviru sporazuma o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti dogovorila o realizaciji stavkovnih zahtev. Ena izmed stavkovnih zahtev je bila tudi priprava posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti

¹ Vir: Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2017.

zdravstvene obravnave. Izvajalci in kriteriji Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in povečanje kakovosti zdravstvene obravnave (povzetek določil projekta) so razloženi v Prilogi 3.

PVP je bil sprejet na podlagi drugega odstavka 22. d člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 108/09 – uradno prečiščeno besedilo, 13/10, 59/10, 85/10, 107/10, 35/11 – ORZSPJS49a, 27/12 – odl. US, 40/12 – ZUJF, 46/13, 25/14 – ZFU, 50/14, 95/14 – ZUPPJS15, 82/15, 23/17 – ZDOdv in 67/17; v nadaljnjem besedilu: ZSPJS) in tako predstavlja tudi pravno podlago za stimulatивно izplačilo javnih uslužbencev, ki sodelujejo v projektu na individualni ravni v obliki delovne uspešnosti (v nadaljnjem besedilu: DU) zaradi povečanega obsega dela iz naslova posebnega vladnega projekta v višini največ 25 % osnovne plače, če so izpolnjeni v PVP določeni predpogoji in kriteriji za nagrajevanje.

PVP se je začel izvajati 1. 4. 2017. Javni uslužbenci so bili upravičeni do izplačila delovne uspešnosti iz naslova PVP, če so bili podpisani dogovori za povečan obseg dela in izpolnjeni predpogoji in kriteriji, ki jih določa PVP.

Na podlagi ocene, da bo do delovne uspešnosti po PVP upravičeno vsaj 30 % zaposlenih zdravnikov na primarni, sekundarni in terciarni ravni je bilo za namen izvedbe projekta po sklepu Vlade RS št. 17000-3/2017/5 zagotovljenih 36 mio eurov, Glede na podatke je bilo povprečno mesečno nagrajenih zdravnikov le 1.075 oz. 17 % od skupno zaposlenih 6.063 zdravnikov na primarni in sekundarni na dan 31. 12. 2017². Poleg tega so se normativi na sekundarni ravni začeli vzpostavljati šele s projektom, kar je dodatno prispevalo k nižjemu številu zaposlenih, ki so prejeli delovno uspešnost. Dodatna okoliščina, ki je vplivala na nižje izplačilo delovne uspešnosti je, da so bili javni uslužbenci lahko nagrajeni zgolj v obsegu 30 %, skladno z določbami prvega odstavka 4. člena Uredbe o delovni uspešnosti iz naslova povečanega obsega dela za javne uslužbence (Uradni list RS, št. 53/08 in 89/08;v nadaljnjem besedilu: Uredba) in določbami prvega odstavka 3. člena Zakona o ukrepih na področju plač in drugih stroškov dela za leto 2017 in drugih ukrepih v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 88/16). V praksi se je izkazalo, da so nekateri zdravniki, ki so opravljali večji obseg dela, za to že dobili izplačilo iz naslova nadomeščanja manjkajočih ali odsotnih sodelavcev, zato kljub izpolnjevanju pogojev PVP za 25 % izplačilo povečanega obsega dela iz naslova PVP, delovne uspešnosti niso prejeli v celoti, saj so delno povečani obseg prejeli že iz naslova nadomeščanja oz. iz drugih virov.

V skladu s PVP je Ministrstvo za zdravje dolžno poročati Vladi RS o izvajanju in rezultatih projekta, zato v nadaljevanju podajamo poročilo o izplačilu delovne uspešnosti in rezultatih doseganja ciljev za celotno obdobje izvajanja projekta, to je za obdobje od 1. aprila 2017 do vključno 31. marca 2018.

3. Cilji projekta

Vlada RS je dne 6. 4. 2017 določila besedilo Posebnega vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave, št. 17000-3/2017/5 (v nadaljnjem besedilu: PVP). PVP je tako določal osnovne cilje, glavne ukrepe za doseg

² Vir: Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2017.

ciljev, izvajalce in predpogoje ter kriterije za stimulatívno nagrajevanje. Osnovna cilja PVP sta bila skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave.

Doseganje cilja skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave se je izvajalo z:

- opravljanjem dela preko normativov dela zdravnikov,
- dodatnih ur dela s pacienti,
- opravljanjem hišnih obiskov (samo primarna raven),
- uporabo storitev eZdravja,
- povečanjem obsega opravljanja zdravstvenih storitev na način, ki za paciente pomeni bolj kakovostno zdravstveno obravnavo in manj napotovanj pacientov med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti.

4. Obseg izplačane DU v obdobju trajanja PVP

Sredstva za izvajanje PVP v višini 18 mio EUR za leto 2017 in 18 mio EUR za leto 2018 so bila zagotovljena iz splošne proračunske rezervacije. Skupna obračunana in izplačana vrednost delovne uspešnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni za čas trajanja projekta je 8.149.512 EUR, vključno s prispevki v višini 16,1 %. Podrobna analiza izplačil po vrsti javnih uslužbencev je predstavljena v Prilogi 4.

Več kot polovica (52 %) skupno obračunane in izplačane vrednosti DU je bila namenjena primarni zdravstveni ravni, nekoliko več kot ena tretjina (36 %) pa sekundarni in terciarni zdravstveni ravni.

Tabela 1: Višina DU po ravneh zdravstvene dejavnosti

Raven zdravstvene dejavnosti	Višina izplačane DU
Primarna raven	4.226.354 EUR
Sekundarna in terciarna raven	2.974.209 EUR
Zobozdravstvo na primarni ravni	945.131 EUR
Zobozdravstvo na sekundarni in terciarni ravni	3.818 EUR

V tabeli (Tabela 2) je prikazano število JU, ki so bili upravičeni do izplačila delovne uspešnosti iz naslova PVP – skupno 7307 JU. Na primarni ravni je bilo do DU upravičenih skupno 712 zdravnikov, 264 specializantov in 270 zobozdravnikov. Na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni je bilo do DU upravičenih 975 zdravnikov in 4 zobozdravniki.

Tabela 2: Število vseh nagrajenih JU po ravneh zdravstvene dejavnosti.

Raven zdravstvene dejavnosti	Število nagrajenih JU
Primarna raven	2665
Sekundarna in terciarna raven	3848
Zobozdravstvo na primarni ravni	785
Zobozdravstvo na sekundarni in terciarni ravni	9

5. Doseganje ciljev PVP

5.1. Dodatne ure dela s pacienti

V sklopu projekta je bilo na celotni primarni ravni (upoštevano tudi zobozdravstvo) v mesecih, ko je bil kriterij dodatnih ur zahtevan in upoštevan, opravljenih vsaj 7960 dodatnih ur dela s pacienti, kar v povprečju pomeni 884 dodatnih ur dela s pacienti na mesec. Pri upoštevanem kriteriju v obdobju devet mesecev je v dejavnosti dispanzer za ženske bilo opravljenih skupno 641 dodatnih ur dela s pacienti, v otroškem in šolskem dispanzerju 1333 dodatnih ur, v splošni ambulanti 5114 dodatnih ur in v splošni ambulanti v DSO in PSZ 440 dodatnih ur. V dejavnosti zobozdravstva, kjer je bil kriterij upoštevan tri mesece, je bilo v zobozdravstvu za mladino opravljenih dodatnih 215 ur dela s pacienti, v dejavnosti zobozdravstva za odrasle pa 217 ur.

Na sekundarni in terciarni ravni je bilo v devetih mesecih, ko je bil kriterij dodatnih ur zahtevan in upoštevan, dodatno opravljenih vsaj 2740 ur dodatnega dela s pacienti.

Na obeh ravneh skupaj je torej zaradi sodelovanja v projektu bilo dodatno opravljenih vsaj 10.700 dodatnih ur dela s pacienti.

5.2. Skrajševanje čakalnih dob

Projekt PVP je dosegel pozitivne učinke tudi na posameznih čakalnih seznamih zdravstvenih storitev. V povprečju se je v vsakem mesecu izvajanja PVP skrajšalo približno 1800 čakalnih seznamov (pri čemer s terminom čakalni seznam označujemo seznam čakajočih na eno vrsto zdravstvene storitve pri enem izvajalcu v obdobju enega meseca, pri čemer smo stanje spremljali vsak prvi dan v mesecu) pri 93 izvajalcih, ki so bili v PVP vključeni.

Kot storitve, kjer beležimo najučinkovitejše skrajševanje čakalnih vrst, se pojavljajo številne diagnostične storitve, npr. uspešnost skrajševanja za CTA venografija drugo, CTA jeter, CTA venografija vrata in CTA venografija možganov.

Izmed operacij je bilo najuspešnejše skrajšanje čakalnih seznamov pri operaciji žolčnih kamnov, drugih žilnih operacijah in operacij karpalnega kanala. Storitve, pri katerih ni prišlo do skrajšanja čakalnih seznamov, so naslednje: ortodontski pregled, razvojna ambulanta ter nekateri zobozdravstveni pregledi.

Pri skrajševanju čakalnih seznamov za posege in operacije so bili izvajalci najmanj uspešni pri skrajševanju čakalnih seznamov za druge operacije nosu v lokalni anesteziji, drugih ušesnih operacij in posegih na bobniču ali srednjem ušesu v lokalni anesteziji.

V okviru PVP so se na področju zobozdravstva na sekundarni in terciarni ravni skrajšali 131 čakalni seznam, kar glede na vse spremljane čakalne sezname predstavlja 9 % uspešnost.

Čeprav so podatki o skrajševanju čakalnih dob za določene storitve na sekundarni ravni vzpodbudni, pa ugotavljamo, da zaradi sočasnega izvajanja ostalih ukrepov kot npr. enkratni dodatni programi v letu 2017, 2018 in PVP ne moremo natančno razmejiti, v kolikšni meri je prišlo do skrajševanja čakalnih seznamov zaradi posameznega ukrepa.

Ne glede na obseg skrajševanja čakalnih dob v okviru PVP se skupno število vseh čakajočih pacientov na vse zdravstvene storitve v obdobju projekta ni zmanjšalo, čeprav je bilo po kriterijih projekta ugotovljeno skrajševanje posameznih čakalnih seznamov

Ugotavljamo tudi, da je bil učinek na skrajševanja čakalnih dob zaradi izvajanja PVP kratkotrajen in omejen na le določene vrste zdravstvenih storitev, ne pa na čakalne sezname za vse vrste zdravstvenih storitev, ki so bile vključene v PVP. Postavljen kriterij, po katerem se je sodelovanje posameznega zdravnika presojalo za posamezno vrsto zdravstvene storitve, je lahko stimuliralo tudi npr. specializacijo v skrajševanje čakalnega seznama zgolj za določeno vrsto zdravstvene storitve neodvisno od morebitnega podaljševanja drugih čakalnih seznamov.

5.3. Posegi in hišni obiski na primarni ravni

Ob postavljenih kriterijih ugotavljanje deleža opravljenih posegov in številu hišnih obiskov v obdobju PVP ni mogoče oceniti, ali so zdravniki v obdobju izvajanja PVP dejansko izvedli več storitev, ki bi jih sicer napotili na sekundarno raven, in s tem dosegli cilj manj napotovanj med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva ter posledično za paciente prijaznejšo obravnavo, boljšo kakovost zdravstvene obravnave ter boljše sodelovanje med zdravniki različnih ravni zdravstvenega varstva. Obdobje za tako primerjavo je namreč prekratko in ga ni mogoče primerjati s predhodnim obdobjem, kjer istovrstnih podatkov (podatkov o vseh izdanih napotnicah) ni na voljo. V času projekta se še ni vpeljal ePosvet, ki naj bi tudi prispeval k izboljšanju komunikacije med ravnmi in k zmanjšanju napotovanja.

Obvezna uporaba eNapotnice se je začela šele v aprilu 2017 in s tem zagotovila podatke o vseh dejansko izdanih napotnicah. Primerjava med posameznimi kvartali ni smiselna, ker drugi kvartal vključuje poletne mesece, ko se število izdanih napotnih listin zaradi dopustov zmanjša.

Pozitiven učinek PVP je stimulacija zdravnikov k uporabi storitev eZdravja, ki se je v času izvajanja PVP povišala.

5.4. Ostali pozitivni učinki

Med ostale pozitivne učinke projekta uvrščamo postavitev normativov spremljanja dela v javnih zavodih, kar je pomenilo, da imajo zaposleni postavljene merljive cilje, za katere preseganje so bili nagrajeni, vodstvo pa je dobilo orodje, na podlagi katerega lahko lažje načrtuje zaposlovanje in organizacijo v zavodih.

V času projekta se je povečala uporaba storitev eZdravja. Hkrati se je (z uveljavitvijo novele Zakona o pacientovih pravicah, ki je na tem področju uvedel spremembe) povečalo poznavanje delovanja mehanizmov spremljanja npr. števila čakajočih in čakalnih dob v sistemu eNaročanja, kar je pomenilo, da so se pooblaščenec osebe za upravljanje čakalnih seznamov dodobra seznanile z načinom, kako je treba nastaviti svoje informacijske sisteme, da so podatki o čakalnih dobah pravilno objavljeni.

6. Vzroki za delno doseganje ciljev PVP

Navkljub podatkom, da so se v času izvajanja PVP nekateri čakalni seznamei skrajšali, pa se je število vseh čakajočih v tem času povečalo, torej cilj skrajšanja čakalnih seznamov v celoti ni bil dosežen. Kazalniki za spremljanje obvladovanja čakalnih dob namreč v projektu niso bili določeni, zato je bila odločitev o naboru čakalnih seznamov, kjer bodo usmerjene aktivnosti za skrajševanje čakalnih seznamov prepuščena vodstvu javnih zdravstvenih zavodov.

Ocenjujemo tudi, da dejanskega izboljšanja kakovosti obravnave na podlagi postavljenih kriterijev projekta ne moremo oceniti, kazalnikov na tem področju projekt namreč ni postavil. Na podlagi podatkov za prvi kvartal projekta smo sicer izvedli primerjavo med deležem opravljenih storitev na primarni ravni in številom izdanih napotnic na delovni dan in ugotovili, da korelacije med podatkom o deležih opravljenih posegov in številom izdanih napotnic na tem vzorcu ni.

Kot veliko oviro pri poskusu preverjanja splošnih ciljev projekta smo zaznali dejstvo, da v tem trenutku v Sloveniji na nacionalni ravni ne spremljamo števila dejansko izvedenih ordinacijskih ur po posameznem zdravniku oz. po posamezni ambulanti oz. timu.

Predpostavka, da lahko za vsak tim upoštevamo dogovorjeni ordinacijski čas 32,5 ure na teden, ne upošteva dopustov, bolniških odsotnosti, službenih odsotnosti in usposabljanj. Kljub temu, da je za nujne primere tudi v primeru odsotnosti poskrbljeno, ne moremo realno trditi, da se dejansko za vsako odsotnost zagotovi ustreznega nadomestnega zdravnika. V kolikor tako želimo primerjati npr. število opravljenih prvih pregledov na tim na polni delovni dan v isti dejavnosti med posameznimi izvajalci, tega ne moremo izvesti, v kolikor informacije, da določena ambulanta nekaj dni v mesecu ni sprejemala pacientov, nimamo.

Približek, ki je na voljo (število delovnih dni, v katerem je na določenega zdravnika zabeležena kaka storitev), ne zadostuje za te namene, saj ne upošteva npr. delnih odsotnosti, neenakomerno razporejenega delovnega časa tima (0,4 tima tako lahko dela dva dni v tednu ali pa pet dni po pol ordinacijskega časa) itd..

V kolikor bi dejansko kdaj v prihodnosti želeli spremljati število dejansko izvedenih ur dela s pacienti na primarni in specialistični ambulantni dejavnosti, bi bila nujna nadgradnja ZZZS sistema (kot plačnika in pogodbenega partnerja, ki sklene pogodbo za določeno število timov in ordinacijskih ur), da bi bilo možno spremljanje dejansko izvedenih ordinacijskih ur. Ocenjujemo tudi, da glede na vzpostavljen online sistem in vsem zdravnikom dodeljene profesionalne kartice tak način spremljanja ne bi zahteval večjega projekta nadgradnje na ZZZS ali pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

V fazi priprave vsebine PVP, le ta ni vključeval obseg potrebnih aktivnosti za zbiranje podatkov, njihovo obdelavo in združevanje tako pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ZZZS, NIJZ in MZ. Navedeno je povezano s popolno odsotnostjo informacijske podpore za zbiranje in obdelavo podatkov, kar je na koncu pomenilo združevanje podatkov na tisoče tabel s tehniko "kopiraj-prilepi". Pri več kot sto virih za tabele in vsaj toliko izpolnjevalcih tabel pri omejeni možnosti kontrole vnosa v Excel tabele je bilo potrebno izvajati tudi dodatno čiščenje, preverjanje in dopolnjevanje podatkov.

Preverjanje izpolnjevanja določenih pogojev projekta je bilo težko izvedljivo, saj so se podatki morali zbirati za nazaj: npr. dodatne ure dela s pacienti, ko ni bilo še jasno, kaj dodatne ure dela s pacienti pomenijo. V okviru projekta tudi ni bilo predvidene aktivnosti ali možnosti preverjanja izpolnjevanja kriterijev npr. pri konkretnem izvajalcu – za točnost posredovanih podatkov tako odgovarja direktor JZZ.

PVP je bil zaradi specifičnih stavkovnih okoliščin pripravljen v manj kot mesecu dni, čeprav gre za zahteven in obsežen projekt, v katerem je medsebojno sodelovalo veliko število deležnikov in je zahteval natančno spremljanje z zbiranjem in analizo velike količine podatkov. V podatkovnih tabelah je bilo zajetih več podatkov za cca. 6000 zdravnikov, kar pomeni tudi vsebinsko veliko količino podatkov, katero je težko dopolnjevati in spreminjati, predvsem brez ustrezne informacijske podpore in predhodne preverbe kriterijev v praksi.

Izvajanje projekta PVP je bilo za prvi in drugi kvartal še posebej oteženo, predvsem zaradi informacijskih prilagoditev, usklajevanj z vsemi deležniki (izvajalci zdravstvene dejavnosti, Nacionalnega Inštituta za javno zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) in spremljanja podatkov za posameznega javnega uslužbenca. Izkazalo se je, da je spremljanje obremenitev zdravnikov na sekundarni in terciarni ravni različno urejeno, marsikje se podatki spremljajo samo ročno in jih ni bilo v informacijskih sistemih ali pa so v informacijskih sistemih beleženi podatki, ki so bili namenjeni drugim vrstam obdelav in niso bili prilagojeni potrebam PVP.

7. Problematika izvajanja PVP glede na zastavljene cilje

V nadaljevanju izpostavljam problematiko pri izvajanja PVP, ki smo jih zaznali v teku trajanja projekta.

1. Projekt na določenih točkah ni ponujal celovitih usmeritev, zato je bilo treba v teku izvajanja projekta izhodišča dopolnjevati in dodatno interpretirati (npr. nagrajevanje specializantov, ostalih JU, delež, ki že pomeni dosledno uporabo eZdravja, način ugotavljanja skrajševanja čakalnih dob...). Navedeno je pomenilo, da so zaradi dodatnega usklajevanja bili izvajalci zdravstvene dejavnosti pozno obveščeni o izhodiščih oziroma so imeli še precej odprtih vprašanj, kar je imelo v prvem kvartalu za posledico kar pet krogov pošiljanja podatkov (pripravo tabel za izpolnjevanje, sprejem tabel, pripravo združene tabele).
2. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so na začetku izvajanja projekta poročali o velikih težavah pri zagotavljanju točnih in zanesljivih podatkov o npr. izpolnjevanju normativov, kljub temu pa je iz razloga nezmožnosti zagotavljanja točnih podatkov od projekta odstopil le en izvajalec. Ali to pomeni, da je ostalim uspelo v zelo kratkem času zagotoviti znatno izboljšanje kakovosti podatkov ali pa morda to postavlja dvom v kakovost podatkov, ki so jih zagotavljali izvajalci sami, težko ocenimo.
3. Izvajalci na primarni ravni zdravstvene dejavnosti so izpostavili težave pri izpolnjevanju tabel zaradi vsebinskih nedorečenosti projekta, kar smo reševali sproti glede na posredovana vprašanja izvajalcev.

4. Izvajalci na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti so izpostavili, da vodstva in zaposleni niso bili seznanjeni s pogoji in obveznostmi za pridobitev nagrade PVP pred začetkom izvajanja projekta, ter da so tako kot na primarni ravni imeli težave z razumevanjem določil projekta in izpolnjevanjem tabel. Zaradi problematike ugotavljanja skrajševanja čakalnih seznamov na ravni zdravnika (zdravnik sodeluje pri skrajševanju več čakalnih seznamov tako na ravni ambulate kot tudi na operativnem programu, v podatke o obračunu in podatke eNaročanja pa se pošlje (če se) zgolj podatke o enem zdravniku) smo imeli z vodstvi bolnišnic že v času izvajanja projekta več delovnih sestankov, kjer smo usklajevali predloge rešitev. Zaradi netočnih in nepopolnih podatkov, ki so jih izvajalci pošiljali v eNaročanje glede zdravnikov, ki izvajajo določene storitve, smo zato podatke o zdravnikih, ki so sodelovali pri skrajševanju čakalnih seznamov, morali pridobivati ročno in jih združevati na MZ, ker je imelo za posledico tudi zamik pri izplačilu delovne uspešnosti iz PVP.
5. Določeni izvajalci zdravstvene dejavnosti so se sodelovanju v projektu ali nekaterih kvartalnih projekta iz različnih razlogov odpovedali (niso bili sposobni zagotoviti točnih podatkov, ki jih je projekt od njih zahteval; ker se edina zdravnica, ki bi bila nagrajena, odreka nagradi iz solidarnosti; ker je sistem variabilnega nagrajevanja nesprejemljiv, neustrezen in diskriminatoren, ter da bi moral biti bolj transparenten in enostaven).
6. Več pomislekov je bilo izraženih glede dejanske povezave izpolnjevanja kriterijev s kakovostjo dela zdravnika ali z dejanskim skrajševanjem čakalnih dob. V obdobju izvajanja PVP so bile predlagane tudi spremembe kriterijev: npr. ustrezno predpisovanje antibiotikov pri pediatrih, dodeljevanje pavšalnega zneska bolnišnicam, ki najbolj skrajšujejo sezname, da ga razdelijo sami direktorji, spremembe glede storitev, ki se upoštevajo kot posegi na primarni ravni v ginekologiji, znižanje kriterijev dosledne uporabe eRecepta in eNapotnice, ki pa jih zaradi stavkovnega sporazuma in kratkega obdobja trajanja PVP ni bilo mogoče spremeniti.

8. Predlogi izboljšav glede na ugotovitve v obdobju izvajanja PVP

V PVP so se prvič na nacionalni ravni izvajanja dejavnosti zdravstvo ciljano opredelili z zametki kriterijev, na podlagi katerih smo želeli vzpodbuditi večjo kakovost zdravstvene obravnave (hišni obiski, prvi pregledi, večje število opravljenih posegov na primarni ravni). Ocenjujemo pa, da je na področju postavitve ustreznih kriterijev, ki bi odražali dejansko kakovost obravnave, še veliko priložnosti za izboljšave. MZ tako načrtuje več aktivnosti, ki bodo vzpostavile jasno mrežo odgovornosti in nosilcev področja in v bodoče omogočile kontinuirane aktivnosti na področju kakovosti.

Za konec tako lahko ocenimo, da bi v primeru ponovne izvedbe temu podobnega projekta posebno pozornost morali posvetiti izboljšavam pri:

- določitvi ustreznih kriterijev glede na zastavljene cilje projekta, tudi s stališča enake obravnave,
- postavitvi kazalnikov za merjenje uspešnosti projekta,
- vzpostavitvi informacijske podpore za zbiranje in obdelavo podatkov,

- vzpostavitvi sistema za spremljanje dodatnih podatkov (npr. dejansko izvedene ordinacijske ure)
- zadostnem času za izvajalce za seznanitev s projektom in kriteriji,
- zagotavljanju kakovosti vhodnih podatkov.

Vsekakor je pred implementacijo tako zahtevnega projekta nujno predhodno preveriti izvedbo meril in kriterijev »na terenu«, ter predloge izboljšav implementirati v projekt še pred uvedbo. Kot večkrat omenjeno, je informacijska podpora nujen predpogoj tako za spremljanje kot za obdelavo podatkov in evalvacijo uspešnosti projekta.

9. Zaključek

Ministrstvo za zdravje kljub težavam pri izvajanju projekta PVP ocenjuje, da so se s projektom PVP prvič v dejavnosti zdravstva uveljavili instrumenti za ugotavljanje obremenitev zaposlenih in pričakovanega obsega dela v dejavnostih, kjer je to mogoče. Predvsem je ta vidik pomemben z vidika vodstev, ki je/bo lahko na podlagi rezultatov PVP prilagodil organizacijo dela glede na potrebe dela. Kljub poskusom dogovora sicer ni uspelo kriterijev normativov dogovoriti enotno za vse primerljive izvajalce na sekundarni in terciarni ravni, kar je lahko imelo za posledico razlikovanje glede izpolnjevanje kriterijev nagrajevanje posameznega zdravnika ob sicer enaki delovni obremenitvi, se je pa pogovor o tem vsaj vzpostavil.

V času izvajanja PVP se je pokazalo, da bo aktivnosti za doseg enotnih standardov in normativov Modre knjige v veljavnem sistemu financiranja in ostalih razpoložljivih virov potrebno načrtovati in izvajati v daljšem obdobju, pri čemer bo ključna vloga vodstev javnih zdravstvenih zavodov. V prihodnje bi upoštevanje standardov dela omogočilo zdravniku dovolj časa za obravnavo pacientov ter posledično za bolnike povečalo stopnjo varnosti zdravstvene obravnave. Ministrstvo za zdravje bo z vodstvi javnih zdravstvenih zavodov v okviru prihodnjih rednih srečanj spremljalo napredek na tem področju.