

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Metka Bokal

**POLITIČNOST MEDICINE –
UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO**

DIPLOMSKO DELO

Ljubljana 2008

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Metka Bokal

Mentor: red. prof. dr. Igor Lukšič

**POLITIČNOST MEDICINE –
UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO**

DIPLOMSKO DELO

Ljubljana 2008

Zahvaliti se želim svojemu mentorju, red. prof. dr. Igorju Lukšiču za tisto piko na i pri diplomskem delu in za čas, ki si ga je vzel pri nastajanju tega dela.

Hvala mojim dobrim in iskrenim prijateljicam Lini, Marjani, Mateji in Veroniki za vso moralno in čustveno podporo pred in med pisanjem diplomskega dela ter za vse trenutke, tudi tiste najtežje, ko mi stojijo ob strani, mi svetujejo, pomagajo in me poslušajo. Hvala vam punce, enkratne ste.

Hvala teti Andreji in stricu Predragu za najlepše tri mesece v New Yorku in za vso skrb, podporo, zaupanje in ljubezen.

Hvala sestri Anji za zaupanje, da mi bo uspelo, in nečaku Levu za nesebično izkazovanje ljubezni.

Največja zahvala gre seveda mojima staršema, mamicu Stanki in očiju Marku, za potrpežljivost, podporo, razumevanje in ljubezen. Hvala za vzpodbudo pri študiju in na vsakem koraku mojega življenja. Rada Vaju imam.

POLITIČNOST MEDICINE – UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO

Političnost medicine je zelo širok pojem. V tem diplomskem delu se ne bomo ukvarjali z vsemi vidiki političnosti, ampak samo s političnostjo medicine, konkretnije političnostjo upravljanja z medicinsko opremo. V Sloveniji je za nakup nove medicinske opreme za bolnišnice odgovorno Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Po mnenju Računskega sodišča Ministrstvo za zdravje pri izvajanju nalog, povezanih z upravljanjem z medicinsko opremo, ni učinkovito. Ugotovljeno je bilo, da MZ nima ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Podatki, ki obstajajo na MZ, so parcialni in se vodijo v posameznih organizacijskih enotah, med katerimi ni zadostnega sodelovanja in zadostnega pretoka informacij. MZ nastopa le kot izvajalec postopkov oddaje javnega naročanja in nima zadostnega pregleda nad dejanskim stanjem potreb v bolnišnicah, bolnišnice pa ne vodijo ustreznih seznamov osnovnih sredstev, ki bi omogočali sprotni pregled stanja (uporabnosti) medicinske opreme, kar lahko predstavlja tveganje pri pripravi načrtov nabav (kratkoročnih in dolgoročnih), posledično pa tudi pri nabavah. Kljub temu da je bilo revizijsko poročilo pripravljeno prav na podlagi domnev, da ima MZ največjo vlogo pri upravljanju z medicinsko opremo, na podlagi podatkov, ki smo jih uporabili za potrebe tega diplomskega dela, hipoteze, ki se glasi »Ministrstvo ima večjo vlogo pri upravljanju z medicinsko opremo kot bolnišnice«, ne moremo potrditi.

Ključne besede:

Medicinska oprema; Upravljanje z medicinsko opremo; Financiranje medicinske opreme.

THE POLITICAL NATURE OF MEDICAL SCIENCE – MANAGING MEDICAL EQUIPMENT

The political nature of medical science is a very wide theme. This thesis does not consider all of the aspects of the political nature of decision-making but instead only with the political nature of the handling with medical equipment. In Slovenia, The Ministry for Health of the Republic of Slovenia is responsible for purchases of medical equipment. By opinion of the Court of Audit, the Ministry of Health is not effective at the management of the medical equipment. The Court found that the Ministry of Health does not have the fitting data of the hospitals' management with the medical equipment. The data that exists on the Ministry are only partial and are led in separate organizational units, which do not cooperate and exchange information on a satisfactory level. The Ministry is only an executor of the procedure of purchases and as such does not have a satisfactory view over the realistic state of need of the hospitals. The hospitals meanwhile do not lead all the appropriate lists of elementary resources, which would enable an immediate examination of the condition (of the usefulness) of the medical equipment. This can present a risk with preparing the plans of purchases (the short and the long term ones), and would consequently present a burden at the purchases themselves. The revision report was put together due to the reasoning that the Ministry of Health has the biggest role at managing with the medical equipment. According to the collected data, the hypothesis of this thesis (»The Ministry has a bigger role than hospitals at managing with the medical equipment«) cannot be confirmed.

Key words:

Medical equipment; Managing medical equipment; Financing of medical equipment

KAZALO

UPORABLJENE KRATICE IN OKRAJŠAVE

1. UVOD	9
1.1 CILJI DIPLOMSKEGA DELA	13
1.2 HIPOTEZE DIPLOMSKEGA DELA	13
1.3 STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA	13
1.4 METODE DELA	14
2. OPREDELITEV POJMOV	15
2.1 MEDICINSKA OPREMA	15
2.2 UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO	15
2.3 FINANCIRANJE MEDICINSKE OPREME	15
3. ZAČETKI MODERNE MEDICINE	16
3.1 MODERNA MEDICINA oz. ZAHODNA ZNANSTVENA MEDICINA	18
3.2 MEDICINSKA OPREMA	20
4. PREDSTAVITEV MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE	22
4.1 ORGANIGRAM MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE	22
4.2 DELOVNA PODROČJA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE	23
4.3 DELOVNE NALOGE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE	23
5. UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO	24
5.1 VLOGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE PRI UPRAVLJANJU MEDICINSKE OPREME	28

5.1.1 Ocena izvajanja nalog Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, povezanih z upravljanjem medicinske opreme	30
5.2 VLOGA BOLNIŠNIC PRI UPRAVLJANJU Z MEDICINSKO OPREMO	39
5.2.1 Analiza poročila Računskega sodišča	41
5.2.1.1 Ugotavljanje in zbiranje potreb	42
5.2.1.2 Analiziranje in načrtovanje	44
5.2.1.3 Nakup	47
5.2.1.4 Uporaba	52
5.2.1.5 Izkušnje bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo	57
6. SKLEP	59
7. LITERATURA IN VIRI	63
7.1 PRIMARNI VIRI	63
7.2 SEKUNDARNI VIRI	63
7.3 OSTALI SEKUNDARNI VIRI (internetne strani)	64
PRILOGA A – 26 SLOVENSКИH BOLNIŠNIC	66
SEZNAM SLIK in TABEL	
Slika 4.1: Organigram Ministrstva za zdravje Republike Slovenije	22
Slika 5.1: Financiranje medicinske opreme	25
Slika 5.2: Struktura prihodkov bolnišnic od leta 2000 do vključno 2006	26
Slika 5.3: Investicije Ministrstva za zdravje Republike Slovenije v opremo bolnišnic	32
Slika 5.4: Proces upravljanja z medicinsko opremo	41
Slika 5.5: Kriteriji in merila za določanje prioritet nakupov medicinske opreme	45
Slika 5.6: Prednosti uporabe omenjenega števila modelov medicinske opreme	46
Slika 5.7: Poglavitni problemi oziroma tveganja pri nakupih medicinske opreme	48
Slika 5.8: Nakupi medicinske opreme v bolnišnicah od leta 2000 do vključno 2006	49
Slika 5.9: Struktura po vrednosti nakupov v letih 2000 do vključno 2006	50
Slika 5.10: Struktura po številu nakupov v letih 2000 do vključno 2006	50

Slika 5.11: Stroški vzdrževanja medicinske opreme v letih od 2000 do vključno 2006	53
Slika 5.12: Trije najpogostejši razlogi, zaradi katerih bolnišnice zamenjajo medicinsko opremo	56
Slika 5.13: Izboljšanje upravljanja	57
Tabela 5.1: Predlog življenjske dobe in pripadajoče amortizacijske stopnje	38
Tabela 5.2: Prednosti in slabosti vzdrževanja: zunanji vzdrževalci – notranji vzdrževalci	54
Tabela 5.3: Prednosti in slabosti vzdrževanja: proizvajalec – notranji izvajalci	55
Tabela 5.4: Prednosti in slabosti skupnih in samostojnih javnih naročil	58

UPORABLJENE KRATICE IN OKRAJŠAVE

MZ: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

OI: Onkološki inštitut Ljubljana

Računsko sodišče: Računsko sodišče Republike Slovenije

UKC: Univerzitetni klinični center

1. UVOD

Političnost medicine je zelo širok pojem. Beseda političnost pomeni, da ima lastnost, značilnost političnega. Beseda političen pa pomeni nanašajoč se na politiko: boriti se za politične cilje; politično delovati (SSKJ 1994: 900).

V tem diplomskem delu se ne bomo ukvarjali z vsemi vidiki političnosti, ampak samo s političnostjo medicine, konkretnije političnostjo upravljanja z medicinsko opremo.

Posebej nas bo zanimalo, kdo so akterji zdravstvene politike in kakšna so razmerja med njimi. Prikazati bomo poskušali strukturo moči med njimi. Akterji zdravstvene politike v Sloveniji so:

- Vlada Republike Slovenije
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (Sektor za ekonomiko javnega zdravstva, Sektor za investicije in javna naročila)
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- izvajalci zdravstvenih storitev (zdravniki, medicinske sestre)
- management
- proizvajalci medicinske opreme
- dobavitelji medicinske opreme

V območje medicine posega vse več drugih institucij: državne službe, ministrstva, parlament, pravne službe, socialno varstvo, zavarovalnice, varuhi pravic, etične komisije, znanstvenoraziskovalne ustanove itd. To pomeni, da medicina sama ni več »suverena« vladarica nad lastnim območjem, mora se obnašati parlamentarno in ne »rojalistično« (Ule 2003: 286).

Analiza trga medicinske opreme kaže na kompleksnost področja. Na eni strani gre za »nedotakljivost« področja medicine in njenih izvajalcev v podobi zdravnikov. Na drugi strani pa gre za področje trga v pravem pomenu besede, kjer se srečujeta ponudba in povpraševanje in veljajo zakonitosti kot pri katerem koli blagu ali storitvi, čeprav gre v tem primeru za storitev, povezano s človeškim zdravjem.

Uskladitev teh dveh zadev je seveda naloga zdravstvene politike, ki mora usposobiti management v bolnišnicah, kakor tudi zaposlene na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije za ustrezno ukrepanje, za kar pa je poleg zagotovitve ustreznega kadrovskega potenciala potrebno zagotoviti tudi ustrezno integrirano podatkovno bazo, ki bo v vsakem trenutku omogočala pregled obstoječih kapacitet medicinske opreme, njihovo izkoriščenost glede na vrsto in število posegov ter ekonomsko amortiziranost. Brez tako vzpostavljenega pregleda in nadzora je nemogoče pričakovati učinkovitejši način naročanja in vzdrževanja medicinske opreme. Ob tem se razume, da morajo biti predhodno postavljeni standardi, ki bodo opredeljevali vrsto in kakovost potrebne medicinske opreme. Seveda ne glede na vse navedeno ni mogoče zaobiti nenapisanega pravila, da glede na potrebe zdravstva nikoli ni dovolj sredstev. To do neke mere potrjujejo večje ali manjše težave zdravstva v vseh državah. Glede na te ugotovitve je še toliko bolj potrebno zagotoviti pogoje, ki bodo omogočali iz proračunskih sredstev zagotoviti javnemu sektorju, v skladu s standardi in argumentirano izkazanimi potrebami, nujno potrebno medicinsko opremo.

Zagotovo pa vsebina tega diplomskega dela oziroma praksa v zadnjih letih v Sloveniji dokazuje, da ne gre za optimalno izrabo sredstev, namenjenih za nabavo medicinske opreme in je zato mogoče z odpravo nekaterih, v tem delu navedenih napak oziroma pomanjkljivosti, v relativno kratkem času zadeve izboljšati. Med tovrstne ugotovitve lahko vsekakor uvrstimo izboljšanje razpisnih dokumentacij in uvrstitev dodatnih smiselnih kriterijev pri izboru najugodnejših ponudnikov in ne le najnižje cene, kot je to v večini primerov dosedanjih razpisov. S tem bo mogoče zagotoviti največjo kakovost za določeno ceno, kar bo nesporno vodilo k uspešnejši porabi javnih sredstev.

Zdravstvena politika bi morala zasledovati čimprejšnjo vzpostavitev standardov in kriterijev tako na nivoju primarnega kot sekundarnega zdravstvenega varstva, ne glede na dejstvo, da so javne bolnišnice v državni lasti, zdravstveni domovi pa v lasti občin. S sprostitev primarne iniciative in podeljevanjem koncesij se bo ta preglednost zdravstvene politike sicer nekoliko razpršila, zato pa se bo konkurenčnost storitev vrednotila tudi skozi celovito kakovost storitev, v kateri opremljenost z medicinsko opremo ne zagotavlja kakovosti sama od sebe. Torej bo

odzivnost pacientov neke vrste korektivni element pri spremljanju kakovosti, ki ga mora zasledovati zdravstvena politika kot končni cilj.

V anketi, ki jo je v letu 2008 izvedlo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije med 7.000 hospitaliziranimi bolniki v 23 bolnišnicah, so bolniki ocenjevali:

- zadovoljstvo s sprejemom in odpustom iz bolnišnice,
- komunikacijo z zdravniki in medicinskimi sestrami,
- zadovoljstvo z zdravljenjem in
- zadovoljstvo z bolnišničnim okoljem (Dnevnik, 18.6.2008: 2).

Na prva tri mesta so se enako kot v letu 2006, ko je bila anketa izvedena prvič, uvrstile privatne bolnišnice (Kirurški sanatorij Rožna dolina, MC Medicor, Diagnostični center Vila Bogatin Bled) in šele na četrto mesto prva javna ustanova, tj. bolnišnica Golnik. Čeprav bolniki niso ocenjevali neposredno ustreznosti medicinske opreme, kažejo rezultati, da se postopoma začneja uveljavljati trg zdravstvenih storitev, ki bo začel razlikovati boljše in slabše, kar bo prisiljevalo zdravstvene ustanove k večji konkurenčnosti. Zaenkrat kaže, da pri tem prednjačijo privatne ustanove.

Rezultati te ankete nakazujejo, da je kakovost celovit pojem in je medicinska oprema le eden od nujnih pogojev za doseg dobrih rezultatov, ne pa edini. Zdravstvena politika bo morala torej v svojo strategijo vključiti elemente, ki bodo poleg zagotavljanja brezpogojne strokovnosti spodbujali zaposlene od vrhnjega managementa navzdol k ekonomsko pretehtanim odločitvam, ki bodo v posledici za dobre rezultate ustrezno stimulirani in obratno. Dobra opremljenost z medicinsko opremo tako seveda ni izključen razlog za ustrezno kakovost storitev in terja hkrati tudi vse ostalo (strokoven kader, ustrezno komunikacijo s pacienti, skrajšanje čakalnih vrst ipd.), kar sestavlja celovito zdravstveno storitev.

Javno mnenje presoja zadovoljivost kakovosti zdravstva skozi nivo opremljenosti zdravstvenih ustanov z medicinsko opremo. Kot vemo, je z njo omogočeno diagnosticirati bolnikovo zdravstveno stanje in/ali zdraviti njegova bolezenska stanja. Zdravniki in zdravstveno osebje zato stremijo za tehnološko najsodobnejšo opremo.

Stremeti za najsodobnejšo medicinsko opremo je prav gotovo standard, ki si ga lahko privošči redko katera ekonomija na svetu. Zato morajo biti vnaprej vzpostavljeni in poznani standardi, ki opredeljujejo obseg in kakovost nujno potrebne opreme po posameznih zdravstvenih ustanovah in vejah zdravstvenih storitev ter posledično potrebna finančna sredstva za njihovo nabavo. Če tovrstnih standardov ni, lahko prihaja do političnosti pri odločitvah za nabavo, glede na strokovno ali politično moč direktorjev ustanov, zdravnikov in drugih odločevalcev za nabavo. Kako je v Sloveniji, bomo poizkušali ugotoviti v nadaljevanju tega diplomskega dela.

1.1 CILJ DIPLOMSKEGA DELA

Cilj diplomskega dela je preučiti situacijo upravljanja z medicinsko opremo v slovenskih bolnišnicah. Zanimalo nas bo, ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja.

Na podlagi teoretičnih opredelitev in zgodovinskega pregleda bomo tako poskušali dokazati naša predvidevanja o vplivu politike na nabavo medicinske opreme.

1.2 HIPOTEZE DIPLOMSKEGA DELA

V tem diplomskem delu sta postavljeni dve temeljni hipotezi, vsaka se nanaša na drug vidik upravljanja z medicinsko opremo.

H1: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije ima večjo vlogo pri upravljanju z medicinsko opremo kot bolnišnice.

H2: Bolnišnice niso dobri upravljavci z medicinsko opremo.

1.3 STRUKTURA DIPLOMSKEGA DELA

Diplomsko delo se v prvem in drugem poglavju nanaša na opredelitev problema, metod dela ter glavnih pojmov in je bolj tehnične narave.

Tretje poglavje obsega temeljne teoretske podlage o začetkih moderne medicine, ki nam bodo pomagale umestiti razvoj, pomen in razumevanje moderne medicine od 18. stoletja pa vse do danes.

V četrtem poglavju bomo predstavili Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, njegove delovne naloge in področja njegovega dela.

Peto poglavje je namenjeno predstavitvi upravljanja z medicinsko opremo. In sicer, kakšna je vloga Ministrstva za zdravje pri upravljanju z medicinsko opremo in kakšna je na drugi strani vloga bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo.

1.4 METODE DE LA

V diplomskem delu se bomo posluževali neempiričnega raziskovanja, in sicer smo uporabili analizo in interpretacijo primarnih in sekundarnih virov s pomočjo deskriptivne (opisne) metode.

Analiza in interpretacija primarnih virov je uporabljena skozi celo peto poglavje tega dela. Primarna vira, ki smo ju uporabili sta: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije — Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja (Računsko sodišče 2007) in Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (Resolucija NPZV 2008).

Analiza in interpretacije sekundarnih virov pa nam bo služila predvsem kot podlaga za teoretični del tega diplomskega dela in je uporabljena v uvodnih poglavjih (2. in 3. poglavje) in v delu, ki se nanaša na MZ, njegove naloge in področja dela, to je v četrtem poglavju. Opirali se bomo predvsem na sekundarne vire kot so: knjige, članki v tiskanih občilih in članki, objavljeni na internetu.

2. OPREDELITEV POJMOV

Za popolno razumevanje tega diplomskega dela in njegove vsebine je potrebna podrobnejša opredelitev nekaterih pojmov, ki se pojavljajo skozi celotno besedilo. In prav opredelitvi teh pojmov je namenjeno to poglavje.

2.1 MEDICINSKA OPREMA

Vključuje vse medicinske naprave, povezane z zdravljenjem in nego bolnikov v bolnišnicah, in medicinske naprave za diagnostične in laboratorijske namene (Računsko sodišče 2007).

2.2 UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO

Predstavlja celovit cikel od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka pridobitve, uporabe in vzdrževanje do izločitve iz uporabe (Računsko sodišče 2007).

2.3 FINANCIRANJE MEDICINSKE OPREME

Vključuje sredstva, namenjena upravljanju medicinske opreme, ki poleg sredstev za nakupe vključujejo tudi stroške vzdrževanja, potrošnega materiala, stroške zaposlenih, ki s to opremo upravljajo, načrtovanja in ugotavljanja potreb, evidentiranja (Računsko sodišče 2007).

3. ZAČETKI MODERNE MEDICINE

Moderna medicina je določila svoj rojstni datum v zadnjih letih osemnajstega stoletja (Ule 2003: 231). Moderna medicina je najnovejše obdobje zgodovine medicine, ki se prične v začetku 19. stoletja in traja do danes. Moderna medicina se imenuje zato, ker se je v temeljih obdržala do danes, obogatena le z najnovejšimi novimi detajli in odkritji (Kapš 2001: 27). V osemnajstem stoletju je prišlo do nepovratnega kronološkega praga: to je obdobje, ko so se osvetlile prikrite, temne strani bolezni; telo anatomija smrt. Moderna medicina je obenem osvetljevala in izločala do tedaj nevidni, zaprti, vendar sedaj dostopni prostor človeškega telesa (Ule 2003: 231).

Medicina je napredovala z napredkom raznih drugih ved. Niso je dvignili posamezni dogodki, dvignil jo je duh časa (Pintar 1950: 285).

V 19. stoletju je bil razvoj medicine pod močnim vplivom nasprotij med individualističnim in družbenim modelom zdravja in medicine. Na eni strani imamo tedaj opravka z vedno bolj razvito individualistično naravnano alopatsko¹ medicino, ki dosega velike uspehe v individualnem zdravljenju, v uporabi novih zdravil, operativnih posegov in različnih oblik bolnišničnega zdravljenja. Po drugi strani pa se tedaj pojavijo modeli javnega zdravja in socialne medicine, začetki skrbi za vzpostavitev standardov javne higiene, obrambe pred epidemijami, skrb za javno okolje in zdravstveno izobraževanje množic (Ule 2003: 16).

Napredek medicine v prvi polovici 19. stoletja moramo smatrati predvsem za delo pariške šole. To je tem značilnejše, ker je kratko pred tem revolucija pometla z vso učenostjo in je eden njenih radikalnih vodij svečano povedal, da znanstvenikov sploh ni treba (Pintar 1950: 285).

Tako je 19. stoletje prineslo monumentalne socialne dosežke v izboljšavah bivalnih in higienskih standardov in zdravstvene oskrbe vseh, tudi revnih delov prebivalstva. Obenem je napredovalo medicinsko izobraževanje in profesionalnost medicinskega osebja (Ule 2003:16—17).

¹ o.p. alopacija je zdravljenje z zdravili, katerih učinek je nasproten simptomom bolezni. Dostopno na: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=alopat&hs=1 (24. avgust 2008)

Medicina 20. stoletja je bila nadaljevanje medicine 19. stoletja. Raziskovanja v prvi polovici 19. stoletja so bila pogosto še vedno domena zdravnikov praktikov ali premožnih amaterjev. V drugi polovici stoletja pa so obstajale že mnogo boljše socialne okoliščine za razvoj znanstvenih raziskovanj (Kapš 2001: 33—34).

V prvi polovici 20. stoletja je medicina dosegla pomembne uspehe v diagnostiki, patogenezi², terapiji in preventivi (Kapš 2001: 34).

V zahodnih družbah se v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja začenjajo dogajati precejšnje spremembe v medicini. Od tedaj dalje se začne spreminjati odnos med družbo, medicino in bolniki. Družba v obliki zdravstvenih politik in trga zdravstvenih storitev ter bolniki, okrepljeni z novo nastalo ideologijo pravic bolnikov, začenjajo načenjati do tedaj tako rekoč nedotakljiv in nevprašljiv ugled in središčnost znanstvene medicine. Spremljevalni pojav tega razvoja je neke vrste sekularizacija, odčaranje medicine. Gre za ukinjanje in odpadanje tradicij, ki so dolgo časa vzdrževale odnos med zdravnikom in bolnikom. Prevlada naravoslovne paradigme in tehnologije v medicini je odvzela zdravniku svetniški sij medicinskega guruja (Ule 2003: 274).

Pojmovanja o zdravju, bolezni in medicini se spreminjajo v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednotnih sistemov, kulturnih tradicij (Ule 2003: 18).

Medicina tvori novo antireligijo in to ne zato, ker uporablja racionalno pojasnjevanje in znanstvene metode zdravljenja, ampak zato, ker sodobni človek ne razmišlja več o ničemer zunaj svojih neposrednih potreb (Ule 2003: 22).

Vse večja dostopnost medicinskih storitev in izboljšave v življenjskem okolju so pomagale večini populacije razvitih družb, predvsem srednjim in visokim družbenim slojem, ki so si lahko privoščili dražje medicinske storitve (Ule 2003: 24).

² o.p. patogeneza je nastanek in razvoj bolezni. Dostopno na: http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=patogeneza&hs=1 (24. avgust 2008)

Za zahodne družbe ob prehodu v tretje tisočletje je značilen silno paradoksalen odnos do bolezni in zdravja in do institucij, ki se ukvarjajo z ohranjanjem zdravja in preprečevanjem oz. zdravljenjem bolezni. Teh paradoksov je toliko in so tako močni, da že načenjajo normalen odnos med bolniki in zdravniki, med medicino in javnostjo in jih sama medicina ne more več obvladovati ter reševati. Če se tega zaveda ali ne, potrebuje refleksijo tistih znanosti in vednosti, ki tako refleksijo zmorejo opraviti, potrebuje torej pogled od zunaj. V večini zahodnih družb je dostop do zdravstvene oskrbe splošna dobrina in pravica vsake osebe (Ule 2003: 9).

Poseben problem je razvoj privatnega zdravstva. Tu v ospredje stopa dobiček, ki ponekod zavlada tudi nad kvaliteto zdravstvenih storitev. Učinki privatizacije medicine po mnenju kritikov omejujejo izbire, ki so dostopne bolnikom in zdravnikom, ter zavirajo prizadevanja za spremembo in izboljšanje medicinskega sistema (Ule 2003: 201).

Kot ugotavlja Bryan S. Turner, je sodobna medicina kljub svoji laičnosti in sekularnosti prevzela vrsto funkcij od religije in celo od magije. Medikalizacija družbe je torej sprememba znotraj moralnih redov družbe. V modernih družbah predvsem medicina in pravo, ne pa religija, odločata o tem, kaj je napačno ali »pregrešno« vedenje in delovanje. Moderna medicina narekuje ljudem določen asketizem kot glavno obrambno sredstvo proti širjenju spolnih bolezni, bolezni srca, stresu in raku (Ule 2003: 27).

V sodobni medicini prevladuje predstava o tem, da je bolezen neko odstopanje od normalnega stanja organizma (Ule 2003: 30).

3.1 MODERNA MEDICINA oz. ZAHODNA ZNANSTVENA MEDICINA

Zahodna znanstvena medicina predstavlja le eno od posebnosti medicinske tradicije. Danes je to vladajoča oblika posredovanja med posameznikom in boleznijo, zdravjem, vendar temu ni bilo vedno tako (Doyal 1985: 37).

Še nikoli do sedaj ni bil standard medicinsko-tehnične oskrbe tako visok in še nikoli doslej ni bil tako velik prepad med zdravniki in bolniki. Sredi nenehnega znanstveno-

tehničnega napredka medicine ostaja odnos med zdravnikom in bolnikom na mestu (Gottschlich v Ule 2003: 144).

Medicina kot stroka in kot splet institucij je nastala v nenehnem konfliktu družbenih interesov med različnimi skupinami, sloji in razredi, v boju za čim višji družbeni status in čim večjo družbeno moč (Ule 2003: 200).

V sodobni medicini se danes dogaja svojevrstna revolucija, ki v nekaterih potezah spominja na začetke industrijske revolucije. Sodobna medicinska tehnologija, močno podprta z informatiko, izpodriva tradicionalno »medicinsko obrt«, tj. zdravnika, ki sam obvlada vso paleto medicinskega znanja, dobro pozna vse medicinske postopke na svojem področju, pozna zdravila in njihove učinke, pravila upravnega delovanja zdravstva, prav tako potrebna pravna in medicinsko-etična pravila, poleg tega pa ga odlikuje še prepoznaven osebni stil in osebna avtoriteta, s katero nastopa pred bolniki in ga ti prav zaradi spoja vseh teh potez tudi cenijo in poslušajo. Takšnega zdravnika vse hitreje izpodrivajo različni specialisti, zdravstveno osebje, predvsem pa medicinska tehnika, računalniška podpora in banke podatkov, ki mu pomagajo pri pregledih bolnikov, postavljanju diagnoz, terapij in predpisovanju zdravil (Ule 2003: 283).

Medicinsko znanje in medicinska moč sta se spojila med seboj. Napredek znanosti in modernizacija družbe sta torej postopoma izpodrinila laično medicino in postopke samo-zdravljenj. Izpraznjeno mesto je zavzela moderna znanstvena medicina in razvejana zdravstvena oskrba. Ker se moderna medicina naslanja na znanost in objektivno preverjene metode zdravljenja, na raziskovalne dosežke in študije ter, ker je to znanje po večini nerazumljivo laikom in usmerjeno k terapevtskim ciljem, je medicina pridobila privilegiran položaj v primerjavi z drugimi avtoritativnimi družbenimi institucijami, kot sta npr. cerkev in pravo. Obenem pa se je moderna medicina sama začela vedno bolj naslanjati na ugotovitve znanosti in medicinske tehnologije in pripomočke ter vedno bolj distancirati od bolnikov in dialoga z njimi (Ule 2003: 23).

Nenehen razvoj medicinske tehnike in naraščajoča specializacija zdravnikov je nujna posledica večsmernega razvoja medicine in vse večjih potreb po večji uspešnosti

posameznih zdravstvenih ukrepov s pomočjo delitve dela. Medicinska tehnika po svoji naravi ni niti humana niti nehumana. Ravno njena nevtralnost pa prispeva k povečanju razosebljanja medicine. Medicinska tehnika je s tem, ko je razvila nove metode in sredstva zdravljenja, povečala uspešnost medicine na mnogih področjih (Ule 2003: 230—231).

Za medicinsko ekspertizo je postajalo vedno manj pomembno to, kaj zdravniku pove bolnik o svojem počutju, občutkih, čustvih in vedno bolj to, kar je o njegovem fizičnem stanju ugotovila medicina s pomočjo medicinskih preiskav in naprav (Ule 2003: 23).

3.2 MEDICINSKA OPREMA

O zanimanju za zdravje govorita zelo hiter razvoj zdravstvenih služb (predvsem tehnološke opreme) in povečanje sredstev, ki jih zdravstvo vsako leto potrebuje in porablja (Doyal 1985: 6).

Doyalova (1985: 6) zastopa dejstvo, da gre večji del denarja na račun tehnične opreme in bolnišničnega zdravljenja, in pravi, da zlasti v deželah v razvoju podeželja skoraj ne namenjajo denarja za osnovno zdravstveno varstvo, ker ga večino porabijo za drago visoko tehnološko opremo bolnišnic. To podpirajo razvite dežele, saj služijo s prodajo drage in pogosto nepotrebne in neuporabne medicinske opreme in nadomestnih delov, ki marsikdaj ne morejo izboljšati splošnega zdravstvenega stanja celotnega prebivalstva.

Vse večje težave s financiranjem zdravstvenega sistema so po eni strani odraz vedno večje tehnične dovršenosti medicine. S tem postaja medicina vedno dražja tako za državljane kot za državo. Po drugi strani pa so finančni problemi zdravstvenega sistema tudi odraz postopnega staranja prebivalstva v razvitem svetu (Ule 2003: 274).

Kot pravi Turner (v Ule 2003: 275): »Globalizacija infekcijskih bolezni, reprodukcija ljudi s pomočjo novih tehnologij, degradacija okolja, širjenje kiborgov in mehanizacija domačega okolja je vzpodbudila spekulacijo o postmodernizaciji človeškega telesa, ki postaja hibriden pojav, negotovo umeščen med naravo, tehniko in kulturo«.

Meje medicinskega znanja vse bolj postavljata politika in kapital, vse manj pa notranja logika stroke in znanosti (Ule 2003: 244).

Razvoj medicinske tehnike vzpodbuja pri bolnikih ambivalentne reakcije. Tehnizacija oskrbe lahko pri bolnikih vzbuja tako občutke popolne varnosti kot izključenosti iz procesa. Za mnoge bolnike so specializacija in visoka medicinska tehnologija simboli za vsemogočnost moderne medicine. Pri drugih bolnikih pa ravno visoka kompleksnost, dominantnost medicinskih aparatov vzbuja nezaupanje in izgubo varnosti, sočutja (Ule 2003: 281).

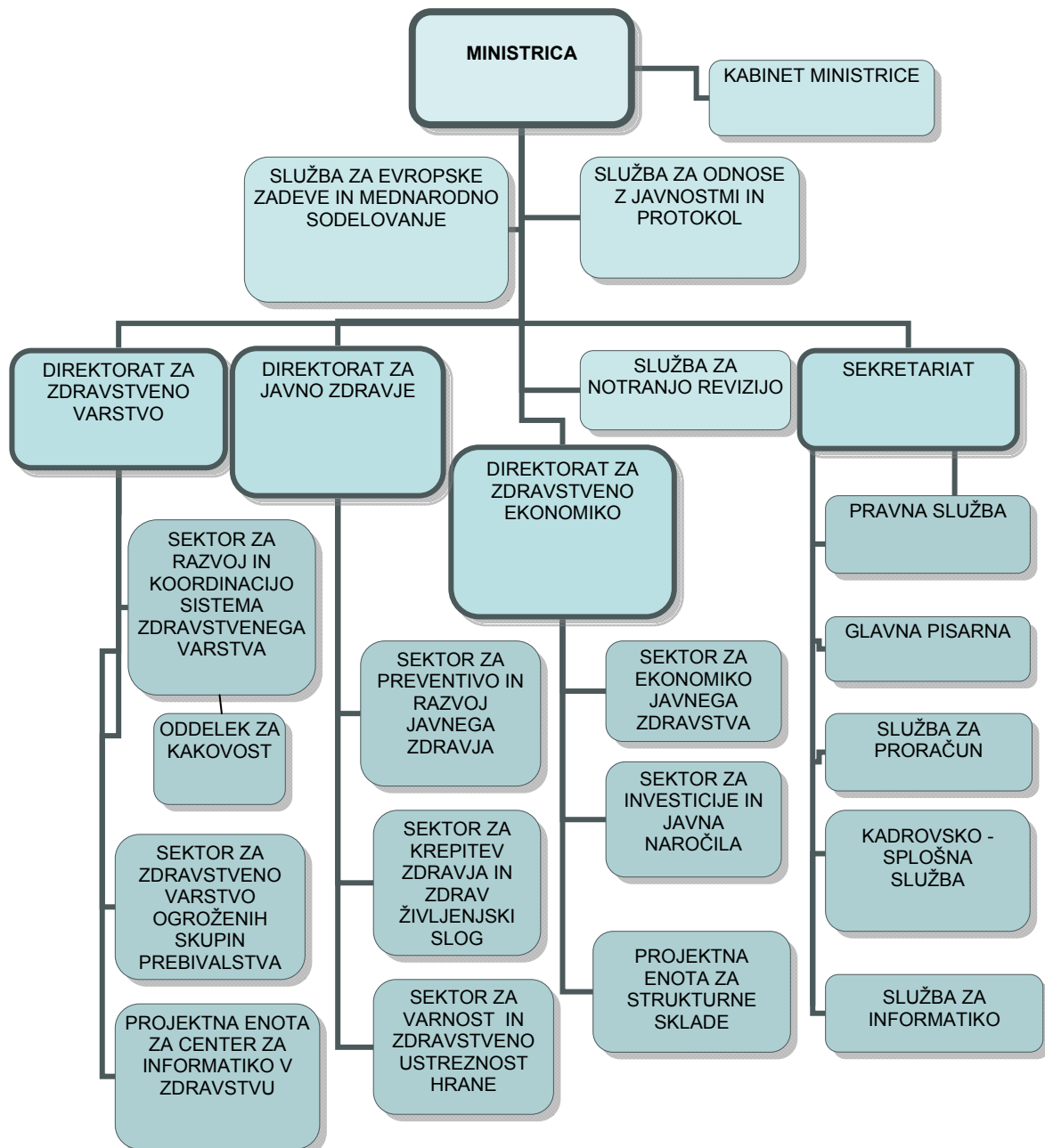
V moderni medicini je napredek medicinske tehnike, s tem predvsem mislimo na tehnično dovršeno medicinsko opremo, prešel v sfero javne politike.

V Sloveniji je za širše področje medicine, v našem primeru tudi za upravljanje s sredstvi za medicinsko opremo odgovorno Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, zato bomo v nadaljevanju podrobno pogledali sestavo, področja in naloge Ministrstva.

4. PREDSTAVITEV MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

4.1 ORGANIGRAM MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

Slika 4.1: Organigram Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (MZ 2008a)



Vir: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije

4.2 DELOVNA PODROČJA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (v nadaljevanju: MZ) opravlja naloge na naslednjih področjih:

- javno zdravje
- zdravstveno varstvo
- zdravstvena ekonomika

Posebno pozornost pa na vseh teh področjih namenjajo:

- odnosom z javnostmi
- evropskim zadevam in mednarodnim odnosom (MZ 2008b)

4.3 DELOVNE NALOGE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije opravlja naloge, ki zadevajo:

- zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje;
- zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni;
- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva ter pripravo in izvajanje programov za krepitev zdravja;
- ekonomske odnose v zdravstvu in naloge, vezane na ustanoviteljstvo javnih zdravstvenih zavodov v skladu z zakonom;
- zdravstvene ukrepe ob naravnih in drugih nesrečah;
- varstvo prebivalstva pred boleznimi odvisnosti;
- varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi in HIV okužbami;
- zdravstveno ustreznost živil v smislu kakovosti hranilne sestave ter higienske ustreznosti živil in pitne vode zaradi preprečevanja kemičnega, biološkega in radiološkega onesnaženja in vodenje politike prehranjevanja prebivalcev;
- proizvodnjo, promet in preskrbo z zdravili in medicinskimi potrebščinami;
- proizvodnjo in promet s strupi in mamili;
- zdravstveno ustreznost predmetov splošne uporabe;
- zdravstveno-ekološke probleme okolja, kjer je vpliv na človeka neposreden;
- probleme, ki zadevajo pitno vodo, kopalne vode, zrak, tla in vibracije;
- ravnanje z odpadki z vidika varovanja zdravja prebivalcev;

- varstvo človeka pred ionizirajočimi in neionizirajočimi sevanji v bivalnem in delovnem okolju;
- pogoje za jemanje in presajanje delov človeškega telesa; oblikovanje in izvajanje mednarodnih sporazumov o socialni varnosti (MZ 2008b).

Za boljše razumevanje tega diplomskega dela bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili promet in preskrbo z medicinskimi potrebščinami (medicinska oprema).

5. UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO

Z medicinsko opremo neposredno upravljajo bolnišnice. Upravljanje z medicinsko opremo, ki predstavlja celovit cikel od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka javnega naročanja, uporabe in vzdrževanja do izločitve opreme, je pomemben del poslovanja bolnišnic.

Sistem upravljanja z medicinsko opremo je del sistema zdravstvenega varstva, za katerega je pristojno MZ.

Sistem zdravstvenega varstva je organizacijski sistem. Prvin sistema zdravstvenega varstva je zelo veliko, vendar jih lahko združimo v nekaj temeljnih tako, da zajamemo celovitost vseh njihovih medsebojnih odnosov. Prvine (elementi) sistema zdravstvenega varstva so:

- zdravstvena politika,
- zdravstvena dejavnost,
- zdravstveno zavarovanje,
- izobraževanje in usposabljanje,
- medicinska znanost in zdravstvene tehnologije (Česen 1998: 10).

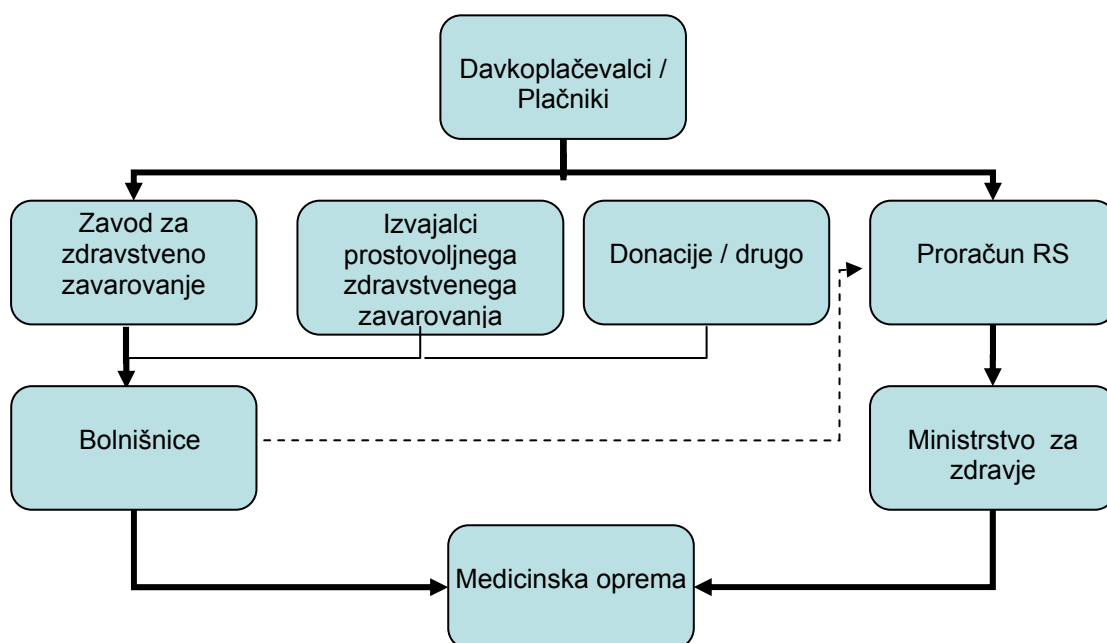
Vrednost opreme vseh 26 bolnišnic (glej Prilogo A) je na dan 31. 12. 2006 znašala 18.201.952 tisoč tolarjev (75.955.399 evrov), od tega večji del predstavlja medicinska oprema.

Največji delež sredstev, ki se namenja upravljanju medicinske opreme, predstavljajo prispevki za zdravstveno zavarovanje in davki, kar pomeni, da dejansko financiramo medicinsko opremo plačniki prispevkov zdravstvenega zavarovanja in vsi davčni zavezanci.

Namen revizije, ki jo je opravilo Računsko sodišče Republike Slovenije (v nadaljevanju: Računsko sodišče), je bil oceniti stanje na področju upravljanj z medicinsko opremo. Ključno vprašanje revizije je bilo, kako odgovorni s to opremo upravljajo (Računsko sodišče 2007).

Bolnišnice pridobivajo sredstva za opravljanje javne službe, torej tudi za upravljanje z medicinsko opremo, z izvajanjem zdravstvenih storitev na podlagi Splošnega dogovora, Področnega dogovora za bolnišnice in pogodbe med posamezno bolnišnico in plačnikom zdravstvenih storitev, s katerim sta določena obseg in cena posamezne zdravstvene storitve. Zdravstvene storitve se plačujejo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sredstev izvajalcev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, doplačil pacientov in plačil samoplačnikov. Financiranje bolnišnic oziroma medicinske opreme je prikazano na Sliki 5.1.

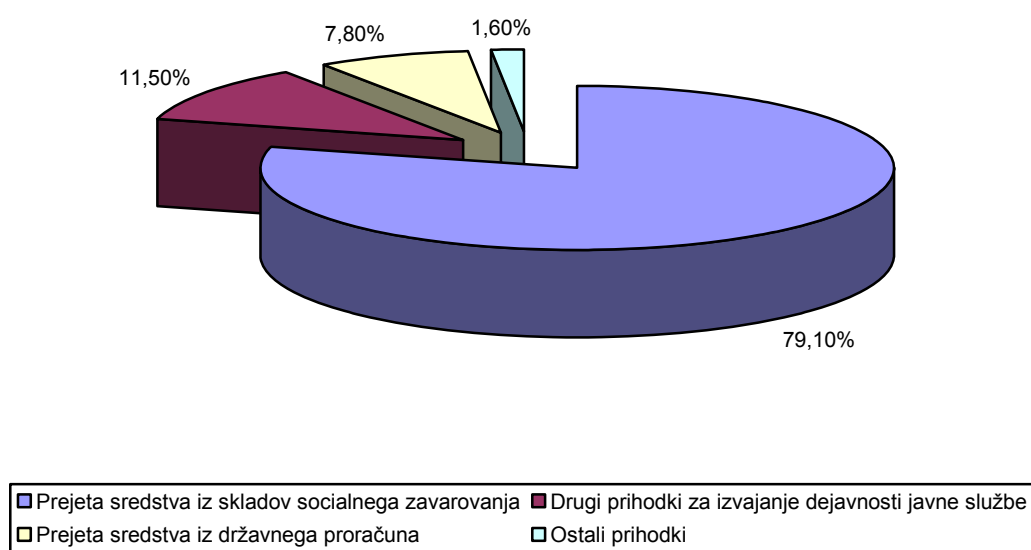
Slika 5.1: Financiranje medicinske opreme



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Vseh 26 bolnišnic (glej prilogo A) je v letih od 2000 do vključno 2006 pridobilo skupaj 1.249.219.110 tisoč tolarjev (5.212.898.973.460 evrov) prihodkov, od tega 98,4 odstotka sredstev iz skladov socialnega zavarovanja (v sklade socialnega zavarovanja so vključena tudi sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja), drugih prihodkov za izvajanje dejavnosti javne službe in sredstev državnega proračuna ter 1,6 odstotka ostalih prihodkov, kar je razvidno iz Slike 5.2.

Slika 5. 2: Struktura prihodkov bolnišnic od leta 2000 do vključno 2006



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Del cene zdravstvene storitve je namenjen za stroške amortizacije in predstavlja po navedbah MZ približno 6 odstotkov cene. Po Zakonu o investicijah v javne zavode, bolnišnice, ki so zajete v program investicij, del amortizacije (največ 20 odstotkov), ki je priznana v ceni njihovih storitev, odvajajo na poseben račun MZ, in je namenjen investicijam. Dodatna sredstva, ki jih bolnišnice tudi lahko namenjajo investicijam v medicinsko opremo, so sredstva, pridobljena od donacij, ter presežek prihodkov nad odhodki.

Poleg bolnišnic izvaja investicije v medicinsko opremo iz sredstev državnega proračuna še MZ. Ministrstvo za zdravje v okviru izvajanja projektov, vključenih v

načrte razvojnih programov, kupuje medicinsko opremo in jo prenaša v upravljanje posameznim bolnišnicam (Računsko sodišče 2007).

G. Vrhunec, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje za časa ministra dr. Dušana Kebra, je v intervjuju za 24ur.com na vprašanje, kdo je torej odgovoren za nakup medicinske opreme v slovenskih bolnišnicah, odgovoril, da v primeru, da gre za popolnoma novo bolnišnico, jo zgradi državni proračun oziroma MZ. V primeru, da gre za obnovo stare opreme oziroma zamenjavo obstoječe opreme, potem je za to odgovorna sama bolnišnica. Denar za to je zagotovljen v okviru cene zdravstvene storitve, tam je vračunana tudi amortizacija – šest odstotkov cene. (24ur.com 2008)

V letih od 2000 do vključno 2006 so bolnišnice in MZ skupaj namenile nakupom medicinske opreme 34.577.361 tisoč tolarjev (144.288.770 evrov).

Glede na to, da so za izvajanje zdravstvene dejavnosti potrebna javna sredstva, je pri upravljanju z medicinsko opremo potrebno ravnati racionalno ter upoštevati načela gospodarnosti in učinkovitosti. *»Bolj gospodarno upravljanje s sredstvi slovenskega zdravstva bi dosegli z novim načinom obračunavanja (po diagnozi), pa tudi z razpisi in centralizirano nabavo medicinskega materiala ter boljšim upravljanjem slovenskih zdravstvenih ustanov.«* (Vestnik SZD 2002)

Pričakuje se, da je medicinska oprema pridobljena pravočasno in v obsegu, ki je potreben za izpolnjevanje nalog bolnišnic. Slednje naj bi določala mreža bolnišnic in standardi medicinske opreme.

V Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 – "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev" (NPVZ 2008 — 2013) so zapisali, da želijo izboljšati opremljenost slovenskih bolnišnic z drago medicinsko opremo, za kar bo izvedena študija. Cilj do leta 2013 je povečati število drage medicinske opreme, tako da bi imeli skupno vsaj 2 napravi PET (naprava za pozitronsko emisijsko tomografijo), 10 naprav MRI (naprava za magnetno resonanco) in 22 naprav CT (naprava za računalniško tomografijo), vendar bodo dokončna števila potrebnih naprav določena na podlagi rezultatov študije. Pričetek dodatnega opremljanja bi bil mogoč po letu 2010 (Resolucija NPZV 2008).

Po ocenah Računskega sodišča so tveganja na področju upravljanja z medicinsko opremo v celotnem ciklu, to je v vseh fazah upravljanja: pri ugotavljanju potreb, analiziranju in načrtovanju, nakupih in uporabi, in ne le na področju javnega naročanja. Ocenili so še, da so tveganja tako na MZ kot v bolnišnicah.

5.1 VLOGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE PRI UPRAVLJANJU MEDICINSKE OPREME

Nabave medicinske opreme so del načrtov razvojnih programov. Gre predvsem za opremo v novih bolnišničnih stavbah. Načrti razvojnih programov so bili prvič izdelani že leta 1994, dopolnjeni v letu 2003 in se, po navedbah MZ, od tedaj letno dopolnjujejo.

Na MZ sta se v obdobju, na katerega se nanaša revizija, glede na notranjo organizacijo in delitev nalog s problematiko upravljanja z medicinsko opremo neposredno ali posredno ukvarjala vsaj dva sektorja, in sicer Sektor za investicije v javno zdravstvo in Sektor za ekonomiko javnega zdravstva.

Za upravljanje z medicinsko opremo, ki se nanaša na fazo nabave, je bil odgovoren Sektor za investicije v javno zdravstvo in javna naročila, ki med drugimi opravlja naslednje naloge:

- načrtovanje, vodenje, nadzor nad izvedbo in spremljanje investicij ter pripravo analiz, poročil in drugih gradiv s področja investicij v javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija;
- oddajo javnih naročil investicijskega značaja, prevzem in obračun izvedenih javnih naročil;
- druge naloge, ki skladno s predpisi in naravo dela v javnih zdravstvenih zavodih, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija, ter drugimi predpisi, ki zadevajo področje investicijskih vlaganj v javno zdravstvo;
- razpolaganje z nepremičninami oziroma drugim opredmetenim premoženjem države, ki je v upravljanju javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija;
- spremljanje gospodarjenja z zgradbami in opremo v javnih zdravstvenih zavodih, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija;

- ugotavljanje upravičenosti in nadzor nad izvedbo investicij ter pripravo analiz, poročil in drugih gradiv s področja investicij v javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljice so lokalne skupnosti, Republika Slovenija pa jih sofinancira;
- vodenje in koordinacijo postopkov za izvedbo centralnih javnih naročil za javne zdravstvene zavode;
- pripravo predloga postopkov oddaje javnih naročil male vrednosti, poročil, analiz in drugih gradiv s področja javnih naročil ter letnega terminskega plana oddaje javnih naročil in javnih razpisov;
- sodelovanje pri pripravi predlogov za oddajo javnih naročil in javnih razpisov za sofinanciranje notranjih organizacijskih enot;
- pripravo letnega poročila oddaje javnih naročil ministrstva ter koordiniranje priprave skupnega letnega poročila oddaje javnih naročil ministrstva in vseh organov v sestavi ministrstva;
- planiranje in kontrolo porabe sredstev ter oddajo javnih naročil za zagotavljanje pogojev za delovanje ministrstva, in sicer materialnih stroškov, investicij in investicijskega vzdrževanja (MZ 2008c).

Za spremljanje upravljanja z medicinsko opremo so pomembne naloge Sektorja za ekonomiko javnega zdravstva, naloge ki jih opravlja se nanašajo na:

- pripravljane strokovnih in sistemskih rešitev pri pripravi predpisov s finančno - računovodskega področja javnih zdravstvenih zavodov;
- medresorsko usklajevanje predpisov, ki urejajo plače in druge osebne prejemke v javnih zdravstvenih zavodih ter priprava navodil in pravilnikov s področja plač za javne zdravstvene zavode;
- pripravo poročil, analiz in drugih gradiv s področja finančnega poslovanja javnih zdravstvenih zavodov;
- pripravo navodil in sodelovanje pri pripravi letnih finančnih načrtov javnih zdravstvenih zavodov ter izdajo soglasij v zvezi s finančnimi načrti javnih zdravstvenih zavodov;
- pripravo finančnih načrtov in sodelovanje pri pripravi letnih pogodb javnih zdravstvenih zavodov, ki se financirajo iz proračuna ter spremljanje porabe javno finančnih sredstev;
- izdajo soglasij za delovno uspešnost zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih in pripravo predlogov Vladi Republike Slovenije za izdajo soglasij za priznanje letnih

nagrada direktorjev za uspešno poslovanje javnih zdravstvenih zavodov ter izdajanje mnenj o zadolževanju javnih zdravstvenih zavodov (MZ 2008d).

Poleg stalnih nalog, ki naj bi jih ministrstvo izvajalo, so z vidika upravljanja z medicinsko opremo pomembne predvsem naloge, opredeljene tudi v drugih predpisih ministrstva, in se nanašajo na mrežo bolnišnic ter pripravo standardov medicinske opreme. Mreža in določitev standardov sta namreč med osnovnimi potrebnimi pogoji za urejenost področja zdravstva in s tem tudi upravljanja z medicinsko opremo.

Računsko sodišče je za kriterije za izvajanje nalog MZ pri upravljanju z medicinsko opremo določilo:

- obstoj in usklajenost strateških ciljev,
- povezanost organov oz. notranjih organizacijskih enot pri izvajanju nalog na področju upravljanja z medicinsko opremo,
- spremljanje in analiziranje načrtov in poročil javnih zdravstvenih zavodov, v tem primeru bolnišnic,
- izvajanje in spremljanje načrta razvojnih programov,
- odgovornosti posameznih služb ministrstva in posameznikov pri izvajanju javnih naročil,
- izvajanje nalog, ki jih določajo predpisi, povezani z upravljanjem z medicinsko opremo. (Računsko sodišče 2007)

5.1.1 Ocena izvajanja nalog Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, povezanih z upravljanjem medicinske opreme

Analiza revizije Računskega sodišča kaže na to, da so notranje organizacijske enote MZ nepovezane, med oddelki ni sodelovanja in zadostnega pretoka informacij. Vse organizacijske enote MZ se neposredno ali posredno ukvarjajo tudi z bolnišničnim zdravstvom. Naloge organizacijskih enot so med sabo prepletene, zato bi bilo za uspešno opravljanje nalog zelo pomembno, da med organizacijskimi enotami obstaja dobra komunikacija, sodelovanje in skupne evidence.

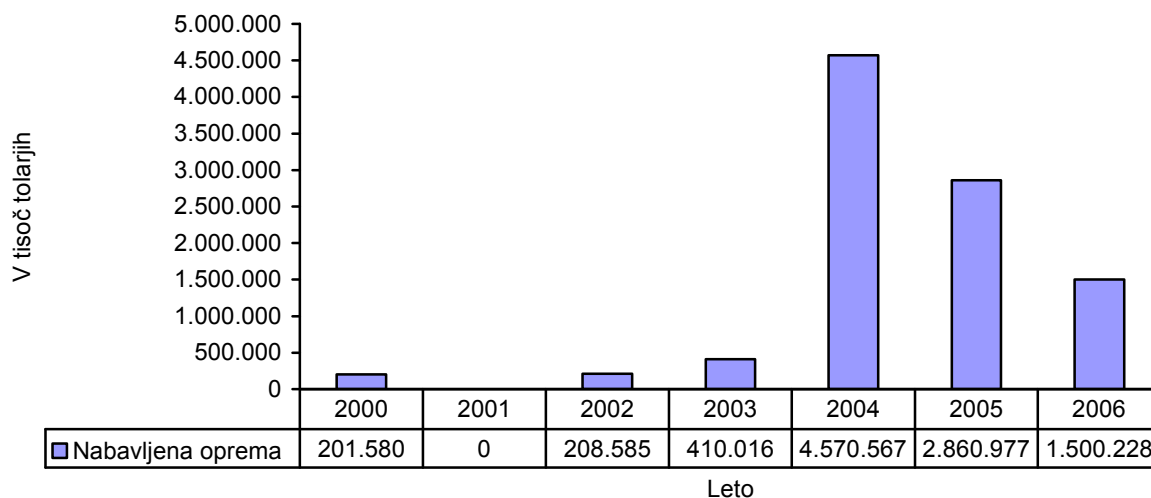
Računsko sodišče ocenjuje, da sodelovanje in komunikacija med posameznimi enotami MZ ni zadostna. Evidence, ki obstajajo, so parcialne in se vodijo ločeno v posameznih enotah. Posledice tega so lahko podvajanje ali neizvrševanje nekaterih delovnih nalog, nepoznavanje vseh podatkov, ki jih ima MZ in/ali sprejemanje ukrepov in odločitev na podlagi pomanjkljivih podatkov.

Na MZ je 5. 2. 2007 začel z delom nov direktorat, in sicer Direktorat za zdravstveno ekonomiko, ki združuje naloge Sektorja za ekonomiko javnega zdravstva in Sektorja za investicije v javno zdravstvo. Reorganizacija naj bi izboljšala sodelovanje in s tem pretok informacij znotraj ministrstva, kot tudi z javnimi zdravstvenimi zavodi.

Na MZ nimajo ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Ena od ključnih nalog MZ je tudi spremljanje upravljanja z zgradbami in opremo v javnih zdravstvenih zavodih. Za izvedbo te naloge je bil v revidiranem obdobju znotraj MZ odgovoren Sektor za investicije v javno zdravstvo. Na podlagi opravljenih razgovorov in posredovanega gradiva Računskemu sodišču ocenjuje, da Sektor za investicije v javno zdravstvo ne spremlja celovitega cikla upravljanja, kar lahko pomeni, da tudi ne more izvajati analiz stanja, ki bi bile opravljene na podlagi kvalitetnih podatkov, oziroma upravljanja z medicinsko opremo, zato tudi ne more ustrezno načrtovati javnih naročil. V Sektorju za investicije pojasnjujejo, da imajo samo šest zaposlenih, zato se osredotočajo samo na najpomembnejše naloge, ki so priprava, izvedba in spremljanje postopkov javnih naročil, drugih pa ne morejo izvesti.

Sektor za investicije v javno zdravstvo je v letih 2000 do vključno 2006 pripravil 76 pogodb za investicije v opremo za državne javne zdravstvene zavode v skupni vrednosti 9.875.056 tisoč tolarjev (41.207.878 evrov), od tega je bolnišnicam za opremo namenil do 9.751.953 tisoč tolarjev (40.694.179 evrov), kar je prikazano na Sliki 5.3. Gre za oceno, saj iz pridobljenih evidenc Sektorja za investicije v javno zdravstvo ni povsem jasno razvidno, katere pogodbe so sklenjene za nabavo medicinske opreme v bolnišnicah.

Slika 5.3: Investicije ministrstva v opremo bolnišnic



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Skokovita rast sredstev v letu 2004 je posledica nabav opreme za Onkološki inštitut Ljubljana (v nadaljevanju: OI) v skupni vrednosti 3.724.498 tisoč tolarjev (15.542.055 evrov), kar je 81,5 odstotka vseh sredstev. V letu 2005 je bilo namenjeno OI 2.077.378 tisoč tolarjev (8.668.745 evrov) oziroma 72,6 odstotka, v letu 2006 pa tretjina vseh sredstev. V sredstvih za leto 2006 je tudi 18 operacijskih miz v skupni vrednosti 336.632 tisoč tolarjev (1.404.740 evrov), ki jih je MZ nabavilo za pet bolnišnic.

Na Računskem sodišču ocenjujejo, da obstaja tveganje, da načrti razvojnih programov niso realni, saj roki, ki so bili postavljeni za dokončanje posameznih projektov, niso bili doseženi, sprva načrtovane vrednosti posameznih projektov pa so znatno presežene. Obstaja tveganje, da je bilo načrtovanje projektov pomanjkljivo, sredstva in čas za doseg ciljev pa nerealno postavljeni, kar pomeni neučinkovito upravljanje z javnimi sredstvi na področju investicij v zdravstvo, kamor sodijo tudi nakupi medicinske opreme.

Po pojasnilu MZ Računskemu sodišču so v letu 2001 zbrali, v letu 2002 pa obdelali podatke ne le o stanju, temveč tudi o vzdrževanju vse opreme v vseh javnih zdravstvenih zavodih, katerih posamezna vrednost je presegala pet milijonov tolarjev

(20.865 evrov), vendar pa evidence opreme ne dopolnjujejo, tako da ne odraža trenutnega stanja.

MZ ima izdelan tudi seznam tveganj, povezanih z njihovimi lastnimi dejanji v ciklu upravljanja z objekti in opremo. Iz dokumentacije, ki jo je prejelo računsko sodišče od ministrstva, je razvidno, da so v registru tveganj opredeljene vse faze upravljanja z medicinsko opremo razen faze uporabe in nadzora.

Za interventne nakupe medicinske opreme je v načrtu razvojnih programov ministrstva namenjen projekt *Oprema za več javnih zdravstvenih zavodov*.

Glede ocene, ki jo je podalo Računsko sodišče, da MZ upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah ne spremlja zadovoljivo, obstaja tveganje, da ne pozna dejanskega stanja izrabljenosti te opreme, ter podatka, kateri nakupi se upravičeno uvrščajo v projekt interventnih nakupov.

Nekatere podatke o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo imajo v Sektorju za ekonomiko javnega zdravstva, vendar so tudi to le podatki iz računovodskih izkazov javnih zavodov, ki po oceni računskega sodišča ne zadoščajo za kvalitetno spremljanje izvajanja dejavnosti.

Bolnišnice kot posredni uporabniki proračuna morajo poročati o doseženih ciljih in rezultatih za preteklo leto in to poročilo predložiti tudi Ministrstvu za finance Republike Slovenije in ministrstvu, ki je pristojno za njihovo področje dela. Na podlagi razgovorov, ki jih je računsko sodišče opravilo na ministrstvu, je bilo ugotovljeno, da ministrstvo teh poročil ne spremlja in ne analizira glede doseganja ciljev, kar predstavlja tveganje, da programski cilji na področju bolnišničnega zdravstva posamezne bolnišnice niso povezani s programskimi cilji MZ. Predvsem pa se ne merijo z dogovorjenimi kazalci uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti. Usklajeni cilji, dogovorjeni načini merjenja in na tej podlagi pripravljene ocene doseganja rezultatov bi prispevali k učinkovitejšemu upravljanju z medicinsko opremo, ki je eden od osnovnih pogojev za uspešno izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Kako se MZ zaveda pomembnosti področja upravljanja z medicinsko opremo, je razvidno iz obrazložitev posebnega dela zaključnega računa proračuna pri opisu glavnega programa Bolnišnično zdravstvo. Ministrstvo za zdravje je v letih 2001 do 2005 pri opisu bolnišničnega zdravstva navedlo vsako leto identično navedbo:

Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru zdravstvene mreže.« (Računsko sodišče 2007)

V letu 2006 pa je bilo navedeno:

Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2006

»Za doseganje čim boljše dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorov in opreme, v okviru javne zdravstvene mreže.« (Računsko sodišče 2007)

Minister za zdravje je v letu 2006 imenoval posebno delovno skupino, ki je bila zadolžena za izvedbo projekta »Uvajanje izboljšanja kakovosti v bolnišnicah«. V osnutku dokumenta, ki ga je skupina pripravila, so bile predstavljene usmeritve, orodja in metode, ki naj bi pospešile izboljšanje kakovosti in varnosti izvajanja dejavnosti v bolnišnicah. Del projekta je bil usmerjen tudi v spremljanje učinkovitosti izrabe virov, med kazalniki spremljanja pa je tudi število posameznih vrst medicinske opreme in njihova izkoriščenost.

Glede na to, da MZ nima izdelanih kazalnikov spremljanja doseganja programskih ciljev, je lahko navedeni projekt dober primer za ostale podprograme, za pripravo k ciljem in rezultatom usmerjenega proračuna in s tem tudi usklajenega strateškega načrtovanja na področju zdravstva. MZ s tem pridobiva tudi podatke o stanju medicinske opreme v bolnišnicah, ki jih lahko uporablja za vzpostavitev ustreznih evidenc oziroma spremljanje stanja na tem področju.

Po pojasnilu MZ so v letu 2006 v sodelovanju z zunanjimi strokovnjaki pripravili projekt Sistem spremljanja učinkovitosti investicij v javnem zdravstvu. Sistem je

namenjen ugotavljanju doseganja načrtovanih učinkov investicij na podlagi fizičnih kazalnikov njihove izkoriščenosti in primerjave z vsebino investicijskih programov.

Vzpostavitev in vodenje evidenc o dejanskem stanju medicinske opreme v bolnišnicah in njihovih potrebah je potreben, ne pa tudi zadosten pogoj za učinkovito izvajanje nalog, saj MZ ni opravilo nekaterih drugih nalog, ki jih Računsko sodišče uvršča med osnovne pogoje za vzpostavitev učinkovitega upravljanja z medicinsko opremo, kot npr. izdelava standardov na področju medicinske opreme.

V Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije je bilo določeno, da MZ pripravi standarde materiala in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe. To so standardi porabe medicinskega in nemedicinskega materiala in zdravil, uporabe zgradb in prostorov, za medicinsko in nemedicinsko opremo in podobno. Ti standardi naj bi omogočali prilagajanje razvoju zdravstvene službe, pa tudi spreminjanju zdravstvenega standarda, ki naj bi bila posledica spremenjene obolevnosti in zahtevnosti ljudi.

Standardi naj bi določili vrsto in količino medicinske opreme, ki jo potrebujejo posamezne bolnišnice glede na svoj namen in mesto v mreži bolnišnic. S standardi bi torej lahko potrdili ali zavrnili upravičenost potreb bolnišnic po novi medicinski opremi in določili prioritete nakupov medicinske opreme. S standardi bi določili tudi uporabne in tehnične lastnosti medicinske opreme. Sprejem standardov bi vplival na poenostavitev postopkov javnih naročil medicinske opreme, predvsem pripravo razpisne dokumentacije in znotraj tega določitev tehničnih zahtev. Računsko sodišče ocenjuje, da kvalitetnejša priprava razpisne dokumentacije vpliva na zmanjšanje revizijskih zahtevkov.

MZ je za pripravo standardov in normativov za objekte in prostore javnih zdravstvenih zavodov, izvedlo javno naročilo. Na javnem razpisu je izbralo zunanjšega izvajalca, s katerim je 24. 2. 2003 sklenilo pogodbo v vrednosti 73.001 tisoč tolarjev (304.628 evrov). Dogovorjeni končni rok za izdelavo predmeta pogodbe je bil 24 mesecev po podpisu pogodbe, to je do 6. 3. 2005.

Po pojasnilu MZ so bile v novembru 2006 izdelane osnovne tehnične smernice (v delovni verziji) oziroma tako imenovani standardi in normativi prostorov in opreme za zdravstvene domove, bolnišnice in zavode za zdravstveno varstvo, ki so bile do konca leta 2007 v preizkusni fazi.

Na Računskem sodišču so ugotovili, da izvajalec ni izpolnil pogodbenih obveznosti v pogodbenih rokih, vendar je na podlagi dokumentacije razvidno, da je ministrstvo izvajalcu kljub temu plačalo celotni pogodbeni znesek. Po oceni MZ je pripravljena šele približno ena tretjina gradiva za pripravo standardov. Hkrati pa MZ ni znalo natančno odgovoriti, kdaj bodo standardi za opremo javnih zdravstvenih zavodov pripravljene za uporabo.

Računsko sodišče ocenjuje, da se zato, ker ni standardov za opremo in zaradi neuporabe standardov za objekte in prostore, povečuje tveganje neupravičenih nakupov medicinske opreme. Zaradi slabo definiranih tehničnih zahtev medicinske opreme, in s tem neustrezno pripravljene razpisne dokumentacije, se povečuje možnost pridobitve opreme, ki ne ustreza potrebam bolnišnic. Zaradi neustrezne razpisne dokumentacije se povečuje tudi število zahtevkov za revizijo postopka, ki jih vložijo ponudniki, kar podaljšuje postopek javnih naročil.

Po pojasnilu Sektorja za investicije v javno zdravstvo, ki je zadolžen za izvajanje javnih naročil, izhaja, da tehničnih specifikacij medicinske opreme ne pripravljajo na MZ, ampak jih za MZ pripravljajo uporabniki medicinske opreme in zunanji izvajalci. MZ ne uporablja nobene preverjene metode za preverjanje ustreznosti tehničnih specifikacij medicinske opreme in je rešitev tako le čimprejšnja pridobitev standardov. Računskemu sodišču so na MZ zagotovili, da s pomočjo zunanjih strokovnjakov izvajajo revizije tehničnih specifikacij medicinske opreme, s katerimi le preverijo, ali na trgu obstajajo vsaj trije ponudniki z izdelki z zahtevanimi tehničnimi lastnostmi in nič drugega.

Računsko sodišče ocenjuje, da način, ko določajo tehnično specifikacijo medicinske opreme zunanji izvajalci in ne ministrstvo skupaj z bolnišnicami, povečuje tveganje, da medicinska oprema ni vedno primerno določena.

Na primeru skupnega javnega naročila 18 operacijskih miz za pet bolnišnic, ki ga je izvedlo MZ, so revizorji Računskega sodišča med drugim ugotovili, da se poleg težav pri pripravi tehničnih specifikacij pojavljajo težave oziroma nepravilnosti tudi pri pripravi splošnega dela razpisne dokumentacije in vodenju postopka javnega naročila. Zato so na RS ocenili, da obstaja tveganje, da postopki javnih naročil niso izpeljani učinkovito in na koncu ni izbran optimalni ponudnik. Na Računskem sodišču so ocenili tudi, da ministrstvo ali drug organ oziroma organizacija, ki ima posebno službo, odgovorno za javna naročila, ne bi smelo dovoliti oziroma s svojimi dejanji povzročiti, da se postopki javnih naročil podaljšujejo zaradi nekvalitetno pripravljene razpisne dokumentacije, saj podaljševanje rokov pomeni visoko tveganje pri opravljanju dejavnosti bolnišnic in s tem tveganje za paciente.

Tveganje pri upravljanju z medicinsko opremo predstavljajo amortizacijske stopnje. Predpisane letne stopnje odpisa za opremo za opravljanje negospodarske dejavnosti so naslednje:

- 20 odstotkov za laboratorijsko opremo (petletna amortizacija oziroma predvidena življenjska doba),
- 25 odstotkov za ostalo opremo (štiriletna amortizacija oziroma predvidena življenjska doba).

Med ostalo opremo, poleg računalnikov ki so po štirih letih intenzivne rabe lahko povsem izrabljeni, sodi tudi vsa medicinska oprema, tudi najdražja, in tista, ki se v praksi uporablja tudi po 15, 20 ali celo več let.

V »specifičnih« pogojih, določenih z veljavnimi predpisi o odpisovanju vrednosti sredstev, bi sezname novih potreb po medicinski opremi na podlagi visoke stopnje odpisanosti opreme lahko generirali tudi prezgodnje oziroma neupravičene zahteve za nadomeščanje opreme oziroma za investicijska vlaganja. Gre za izziv, za katerega je po mnenju MZ pristojno Ministrstvo za finance, ki pa kljub opozorilu tega ni uredilo.

MZ je predstavilo predlog »realnejše« življenjske dobe in ustrezne amortizacijske stopnje opredmetenih osnovnih sredstev, v katere je vključena tudi medicinska oprema (Tabela 5.1).

Tabela 5.1: Predlog življenjske dobe in pripadajoče amortizacijske stopnje

Opredmetena sredstva	Minimalna življenjska doba v letih	Maksimalna stopnja odpisa letno v odstotkih
• laboratorijska oprema	10	10
• ostala oprema	10 – 15	6,7 – 10
• izjeme: računalniška oprema, endoskopi, defibrilatorji ipd.	4 – 7	15 – 25

Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Zaradi predpisanih stopenj odpisa je doba amortiziranja bistveno krajša od življenjske dobe oziroma dobe koristnosti stvarnega premoženja, ki se uporablja v zdravstvu. Ocenjujejo, da predpisane stopnje odpisa vsebujejo tveganja, ker dopuščajo:

- prezgodnje in prevelike investicijske zahteve,
- opuščanje vzdrževanja opreme zaradi pričakovanja, da se bo nadomestila z novo,
- povečan pritisk na cene zdravstvenih storitev,
- prenizko ovrednoteno premoženje.

MZ bi navedena tveganja vsaj delno zmanjšalo, če bi imelo natančnejši pregled nad stanjem opreme, kar pa zahteva vodenje ustreznih evidenc in izvajanje nadzora.

V vprašalniku, ki ga je Računsko sodišče posredovalo bolnišnicam, jih je zanimala primernost stopnje odpisa medicinske opreme. Večina bolnišnic je odgovorila, da je stopnja odpisa primerna, le pet bolnišnic je menilo, da stopnja ni primerna. Navajamo dva odgovora, ki povzemata odgovore vseh petih:

»Previsoka stopnja odpisa. Nobene aparature ne moremo obnavljati v 4 letih. Zato je sedanja vrednost medicinske opreme zelo majhna. Bolj realno bi bilo, da bi imeli možnost izbire načina in stopnje odpisa. Vsaj pri nekaterih drugih aparataturah (RTG, CT, MR) bi uporabljali funkcionalni odpis, glede na predvideno dobo delovanja.«
(Računsko sodišče 2007)

»Življenjska doba štiri ali pet let je prekratka. Ali si lahko privoščimo menjavo opreme po 4 ali 5 letih uporabe?« (Računsko sodišče 2007)

5. 2 VLOGA BOLNIŠNIC PRI UPRAVLJANJU Z MEDICINSKO OPREMO

Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske opreme opravljajo zdravstveni delavci. Izvaja se na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni. Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni zagotavlja Republika Slovenija, opravljajo pa jo bolnišnice. Po namenu so bolnišnice splošne in specialne. Splošna bolnišnica opravlja praviloma dejavnost za bolnike iz določene regije, specialne bolnišnice pa opravljajo dejavnost praviloma za bolnike iz več regij oziroma za bolnike iz celotne države.

V Sloveniji je 26 bolnišnic (glej Prilogo A). Ustanoviteljica vseh je Republika Slovenija.

Na dan 31. 12. 2006 so bolnišnice razpolagale z opremo v takratni vrednosti 18.201.952 tisoč tolarjev (75.955.399 evrov).

Bolnišnice so v letih 2000 do vključno 2006 namenile nakupom medicinske opreme skupaj 24.825.450 tisoč tolarjev (103.594.767 evrov), za vzdrževanje pa skupaj 9.538.970 tisoč tolarjev (39.805.416 evrov), kar pomeni, da so bolnišnice v tem obdobju namenile vzdrževanju medicinske opreme v povprečju 38,4 odstotka vrednosti nakupov. Vendar to niso vsa sredstva, namenjena upravljanju z medicinsko opremo.

Poslovanje z javnimi sredstvi, namenjenimi izvajanju zdravstvene dejavnosti (pomemben delež celotnih stroškov poslovanja se nanaša na stroške investicij), zahteva od bolnišnic upoštevanje načel gospodarnosti, učinkovitosti in transparentnosti. Optimalno poslovanje zahteva pridobivanje medicinske opreme le v obsegu, ki je potreben za izpolnjevanje nalog bolnišnic oziroma izvajanja dejavnosti, za katero so bile ustanovljene.

Pridobivanje medicinske opreme se izvaja z javnimi naročili. Pomembno vlogo ima trg, ki s konkurenco vpliva na ceno blaga in storitev. Tudi zato je način upravljanja z medicinsko opremo pomemben proces v poslovanju bolnišnic in predstavlja odgovornost vseh, ki v tem procesu sodelujejo.

Da lahko bolnišnica učinkovito izvaja naloge upravljanja z medicinsko opremo, mora imeti predvsem vzpostavljene natančne in ažurne evidence medicinske opreme. Evidence bi morale vsebovati vsaj podatke o identifikacijski številki, nazivu opreme, listini o pridobitvi, s katere je razviden tudi način pridobitve (nakup, donacija, najem ipd.), nabavni vrednosti, starosti opreme, predvideni življenjski dobi, stroških vzdrževanja, izkoriščenosti, razlogu in datumu odpisa.

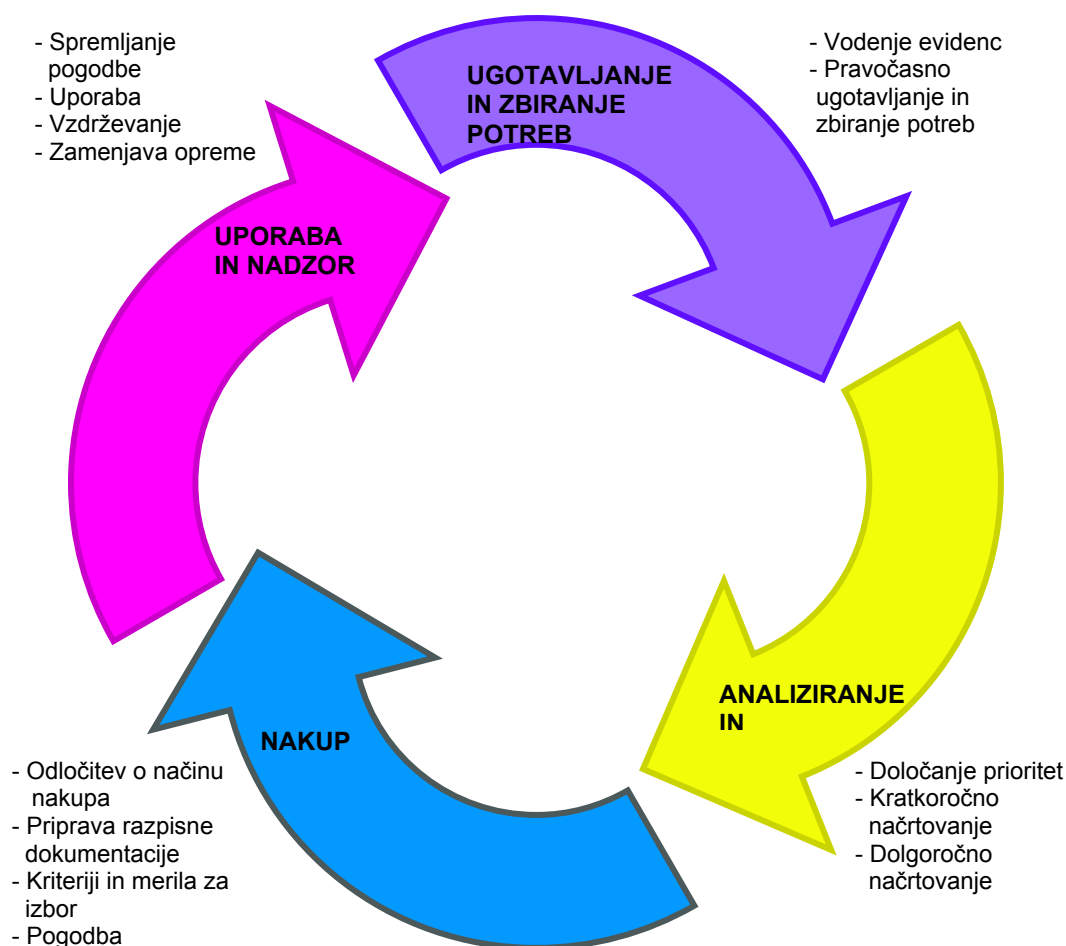
Glede na oceno, da obstaja tveganje, da se pri posameznih fazah upravljanja z medicinsko opremo ne izvajajo vse potrebne aktivnosti, je Računsko sodišče to s pomočjo vprašalnikov preverilo pri bolnišnicah. Zanimalo jih je stanje na področju upravljanja z medicinsko opremo, da bi opozorili na pomembnost obvladovanja celotnega procesa upravljanja in ne le na njegove posamezne faze, npr. izvajanje javnih naročil.

V nadaljevanju so povzeti rezultati analize in ocena upravljanja z medicinsko opremo po posameznih fazah.

5.2.1 Analiza poročila Računskega sodišča

Celovit cikel procesa upravljanja z medicinsko opremo je prikazan na Sliki 5.4.

Slika 5.4: Proces upravljanja z medicinsko opremo



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Na glavno vprašanje zastavljeno z revizijo, kako bolnišnice upravljajo z medicinsko opremo, je Računsko sodišče odgovorilo na podlagi ocene, kako bolnišnice znotraj posameznih faz tega cikličnega procesa izvajajo naloge, nujne za dobro oziroma učinkovito upravljanje z medicinsko opremo.

5.2.1.1 Ugotavljanje in zbiranje potreb

Ugotavljanje in zbiranje potreb praviloma zajema aktivnosti, ki omogočajo, da so podatki o opremi vedno in pravočasno na voljo. Odražati morajo tudi dejansko stanje opreme. Vse to je pomembno pri upravljanju z medicinsko opremo v bolnišnicah. Prav integrirani informacijski sistemi omogočajo povezavo podatkov in poslovnih postopkov prek celotne organizacije, lahko pa povezuje tudi več organizacij. Bistvena skupna lastnost integriranih informacijskih sistemov je, da temeljijo na integrirani in enoviti zbirki podatkov.

Računsko sodišče ocenjuje, da bi vsaj v večjih bolnišnicah moralo ugotavljanje in zbiranje potreb temeljiti na integrirani zbirki podatkov, ki bi omogočala tako spremljanje in s tem pravočasno ugotavljanje potreb in tudi nadzor vodstva nad službami, ki so zadolžene za upravljanje z medicinsko opremo. Lahko pa bi povezoval tudi vse bolnišnice. MZ bi moralo imeti interes, da bi se organizirala skupna evidenca, saj bi s tem tudi pridobilo možnost vpogleda in s tem kvalitetnejšega spremljanja stanja medicinske opreme v Republiki Sloveniji.

Glede na velikost in organizacijsko strukturo Univerzitetnega kliničnega centra (v nadaljevanju: UKC) ter izvajanje dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni ni mogoče učinkovito ugotavljati in zbirati potreb brez integriranega informacijskega sistema, ki bi omogočal vodstvu učinkovito upravljanje z medicinsko opremo in nadzor nad upravljanjem. Integriran informacijski sistem bi omogočal združevanje podatkov različnih organizacijskih enot, za katere je bilo ugotovljeno, da so bile slabo povezane.

V UKC so s projektom vpeljave integriranega poslovno informacijskega sistema pričeli v letu 2000. V letu 2006 pa so se odločili za njegovo prenovo, saj so ocenili, da obstoječi informacijski sistem osnovnih sredstev in drobnega inventarja ne zadovoljuje potreb uporabnikov in načina poslovanja.

Iz dokumentacije, ki so jo prejeli na računskem sodišču, je razvidno, da naj bi novi sistem zajel vsa področja obravnave osnovnih sredstev v vsej življenjski dobi.

Po pojasnilu UKC je novi informacijski sistem začel delovati 1. 1. 2008 in zagotavlja ustrezne informacije poslovodstvu, klinikam, tehničnim službam in drugim uporabnikom, ki bodo imeli glede na svoje potrebe in avtorizacijo direkten dostop do podatkov o osnovnih sredstvih.

Faza ugotavljanja potreb pomeni raziskovanje organizacije, njenega okolja, zahtev dela, znanja in veščin zaposlenih. V reviziji pa faza ugotavljanja potreb v procesu upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah predstavlja ugotavljanje potreb in zbiranje podatkov za pridobitev nove medicinske opreme.

Potrebe za pridobitev nove medicinske opreme naj bi nastale predvsem zaradi dveh vzrokov:

- zamenjave izrabljene medicinske opreme,
- nakupa nove medicinske opreme zaradi tehnološkega napredka.

Da ne bi prišlo do situacije, ko:

- obstaja nujna upravičena potreba po določeni medicinski opremi,
- bi izrabljenost opreme lahko pomenila nevarnost za pacienta oziroma bolnika,
- opreme na trgu ni na voljo,

je pomembno, da so potrebe po medicinski opremi pravočasno zaznane in opredeljene. Zato je potrebno natančno določiti odgovornosti za ugotavljanje potreb, vzpostavljena pa mora biti tudi sprotna in uporabna evidenca medicinske opreme.

Evidenca naj bi torej poleg standardnih podatkov iz registra osnovnih sredstev (inventarne številke, nabavne vrednosti, odpisane vrednosti ipd.) vsebovala tudi podatke, ki so pomembni za ugotavljanje izrabljenosti medicinske opreme (podatki o starosti, predvideni življenjski dobi in stroških vzdrževanja medicinske opreme ipd.). Pomembno je tudi spremljanje izkoriščenosti medicinske opreme, še posebej, kadar gre za tehnološko zahtevno in drago opremo. Pri tovrstni opremi je spremljanje izkoriščenosti pomembno zlasti v povezavi z mrežo bolnišnic in pri odločanju o potrebnosti nabave enake ali funkcionalno podobne opreme, ki jo bolnišnice že imajo, pa se ta ne uporablja optimalno.

Računsko sodišče je na podlagi prejetih odgovorov bolnišnic ugotovilo, da:

- čeprav bolnišnice vodijo evidence medicinske opreme in večina te evidence ažurira ob vsaki spremembi oziroma dogodku, te evidence zajemajo predvsem podatke, ki veljajo za »standard« pri vodenju registra osnovnih sredstev;
- osem od 26 bolnišnic ne vodi podatkov o predvideni življenjski dobi opreme in razlogu odpisa, kar deset bolnišnic pa tudi ne vodi evidence o stroških vzdrževanja; prav ti podatki pa so najpomembnejši za ugotavljanje potreb in načrtovanje nakupov;
- izkoriščenost medicinske opreme spremlja 11 od 26 bolnišnic, med njimi pa ni vseh največjih bolnišnic, ki praviloma uporabljajo tudi opremo, za katero je vodenje tovrstne evidence najbolj smiselno in tudi potrebno; bolnišnice, ki vodijo evidence o izkoriščenosti, navajajo, da to počnejo zaradi spremljanja zasedenosti opreme, načrtovanja novih nabav, zasedenosti kadra, dve med njimi pa sta med razlogi za spremljanje navedli tudi načrtovanje vzdrževanja;
- kar 21 od 26 bolnišnic pri prepoznavanju potreb upošteva tudi prednosti tehnoloških izboljšav nove opreme, kar je lahko z vidika hitro razvijajoče stroke, pomemben in verjetno tudi nujen kriterij;
- le sedem od 26 bolnišnic vodi evidence kot del integriranega informacijskega sistema, ena bolnišnica pa vodi evidenco medicinske opreme le v papirni obliki; pri tem obstaja tveganje, da so evidence namenjene predvsem ali zgolj rednim popisom opreme in statističnemu poročanju, ne uporabljajo pa se za ugotavljanje in zbiranje potreb.

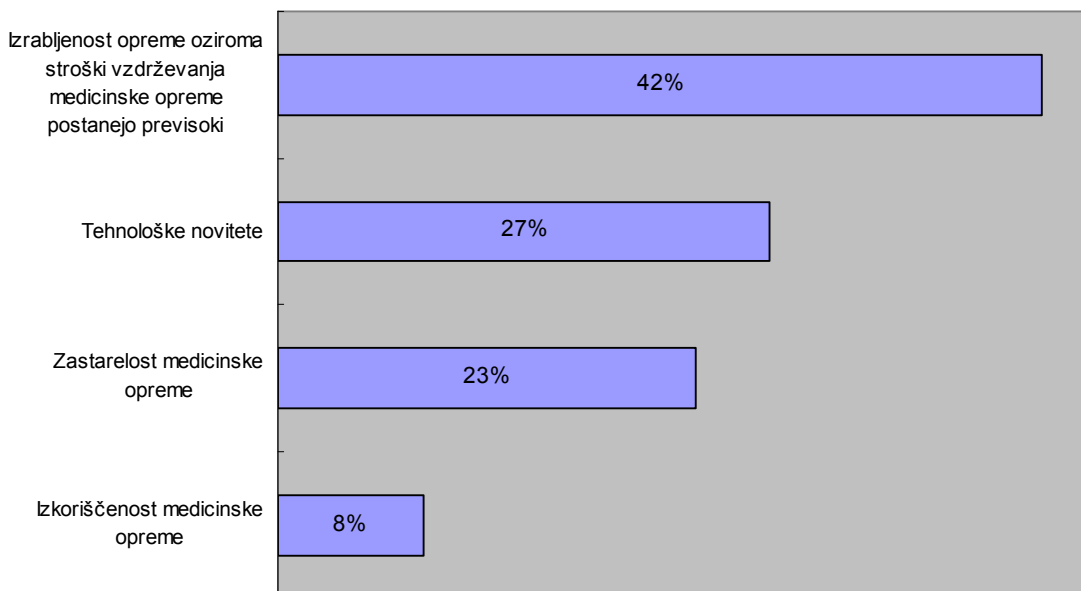
5.2.1.2 Analiziranje in načrtovanje

Faza analiziranja in načrtovanja v procesu upravljanja z medicinsko opremo pomeni določanje prioritet nakupov in pripravo kratkoročnega in dolgoročnega načrta nakupov medicinske opreme in je nadgradnja faze ugotavljanja in zbiranja potreb.

Potrebe po medicinski opremi so pogosto večje od finančnih sredstev, ki so za ta namen zagotovljena. Na podlagi utemeljitev potreb ter vnaprej določenih kriterijev in meril za določanje prioritet je treba nujno določiti stopnjo prioritete in nakupe ustrezno uvrstiti v načrt nabav. Na podlagi tega je mogoče izdelati kratkoročne in dolgoročne načrte nakupov medicinske opreme.

Sedemnajst bolnišnic ima izdelane kriterije za ugotavljanje prioritete nakupov medicinske opreme. Na Sliki 5.5 predstavljamo najpomembnejše prioritete, ki jih kot kriterij navajajo bolnišnice.

Slika 5.5: Kriteriji in merila za določanje prioritete nakupov medicinske opreme



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Kratkoročne načrte nakupov medicinske opreme ima izdelano 24 od 26 bolnišnic. Po Zakonu o javnih naročilih je načrt nabav, poleg zagotovljenih sredstev, pogoj za začetek postopka javnega naročanja.

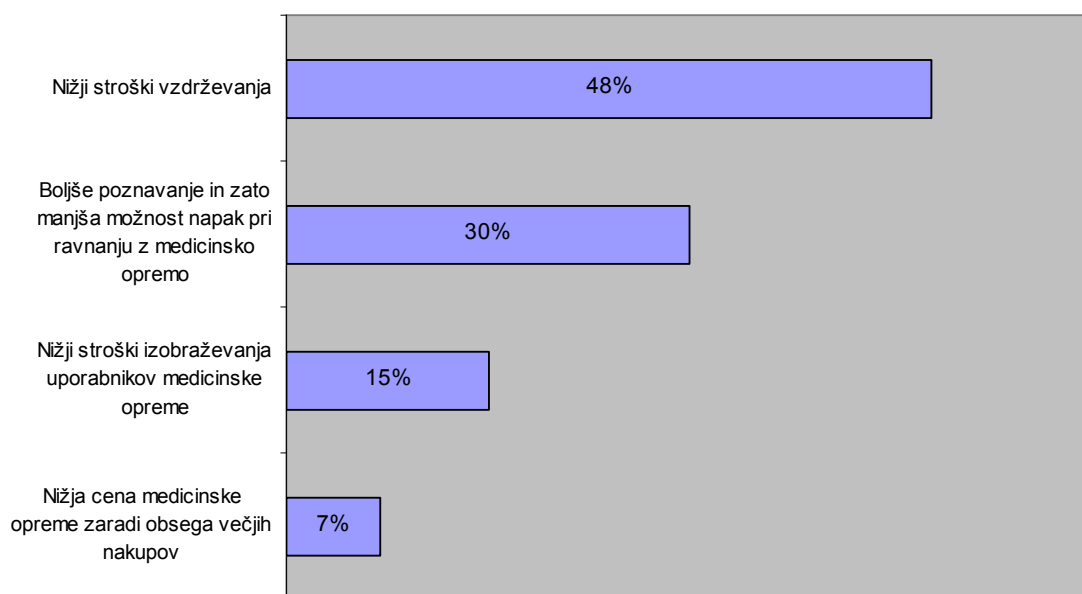
Z revizijo je bilo ugotovljeno zelo slabo stanje pri dolgoročnem načrtovanju nakupov medicinske opreme, saj ima načrte nakupov za najmanj petletno obdobje izdelanih le sedem bolnišnic.

V reviziji ocenjujejo, da obstaja tveganje, da je lahko kratkoročno načrtovanje nakupov medicinske opreme sestavljeno predvsem iz inventarnih nakupov, ker bolnišnice nakupov medicinske opreme ne načrtujejo dolgoročno. To oceno potrjujejo tudi kriteriji za določanje prioritete, saj bolnišnice kot največkrat omenjeni kriterij navajajo izrabljenost opreme oziroma visoke stroške vzdrževanja medicinske opreme. To pa sta razloga, ki ju je mogoče z ustreznim spremljanjem stanja in dobrim načrtovanjem pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati.

Za bolnišnico je lahko gospodarno, da ima pri določeni vrsti medicinske opreme na voljo samo omejeno število modelov, zato je smiselno, da se za posamezne vrste medicinske opreme načrtuje nakupe večje količine posamezne vrste medicinske opreme naenkrat.

17 od 26 bolnišnic meni, da je gospodarno, da imajo pri določeni vrsti medicinske opreme na voljo samo omejeno število modelov. Prihranki in ostale prednosti, ki jih pri tem lahko dosežejo bolnišnice, so prikazane na Sliki 5.6.

Slika 5.6: Prednosti uporabe omenjenega števila modelov medicinske opreme



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

V UKC menijo, da je pri določenih vrstah medicinske opreme smiselno, da se uporablja en sam model, predvsem zaradi bistveno nižjih stroškov vzdrževanja in nižjih stroškov pri usposabljanju osebja za uporabo opreme.

UKC se v tej fazi procesa upravljanja od drugih bolnišnic razlikuje v tem, da ima izdelan dolgoročni načrt nakupov medicinske opreme, ki zajema obdobje petih let (od 2008 do 2013).

5.2.1.3 Nakup

Računsko sodišče ocenjuje, da so potrebni pogoji za učinkovito izpeljavo nakupa medicinske opreme:

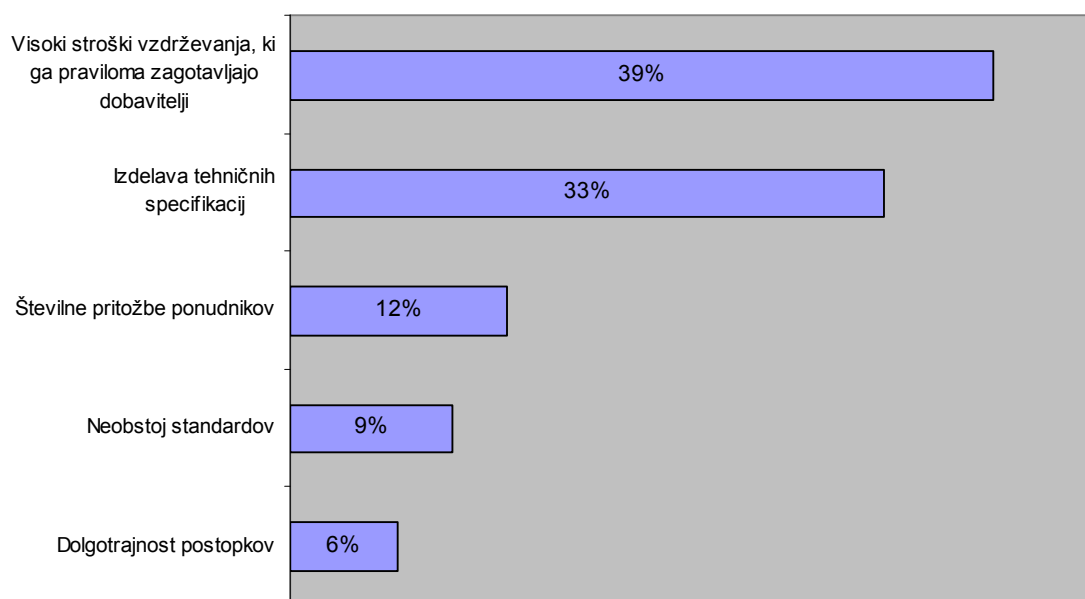
- skrbno pripravljena razpisna dokumentacija, v kateri je natančno opredeljen predmet nakupa, zahteve, ki jih morajo izpolnjevati ponudniki, da lahko sodelujejo pri javnem naročilu, in merila, po katerih bo naročnik ocenjeval prispele ponudbe,
- transparentno voden postopek javnega naročila,
- sklenitev ustrezne pogodbe in nadzor nad njenim izvrševanjem, s čimer se zagotovi, da se pogodba izvršuje v skladu s pravili, opredeljenimi v pogodbi.

Samostojno službo za javna naročila ima 11 bolnišnic. Najpogosteje so za to službo navedene naslednje odgovornosti:

- priprava razpisne dokumentacije,
- izpeljava postopkov javnih naročil,
- izdelava poročil o postopkih javnih naročil,
- svetovanje in pomoč pri pripravi in izvedbi postopkov javnih naročil,
- nadzor nad izvajanjem pogodb.

V 13 bolnišnicah so za pripravo tehničnih specifikacij pretežno zadolženi zdravniki oziroma medicinsko osebje, v 12 pa vsi. Samo ena bolnišnica je navedla, da pripravo razpisne dokumentacije naroča tudi pri zunanjih izvajalcih in da je v ta namen v letih od 2000 do vključno 2006 porabila 11.465 tisoč tolarjev (47.842 evrov). Poglavitne probleme oziroma tveganja pri nakupih medicinske opreme, kot jih ocenjujejo bolnišnice, navajamo na Sliki 5.7.

Slika 5.7: Poglavitni problemi oziroma tveganja pri nakupih medicinske opreme

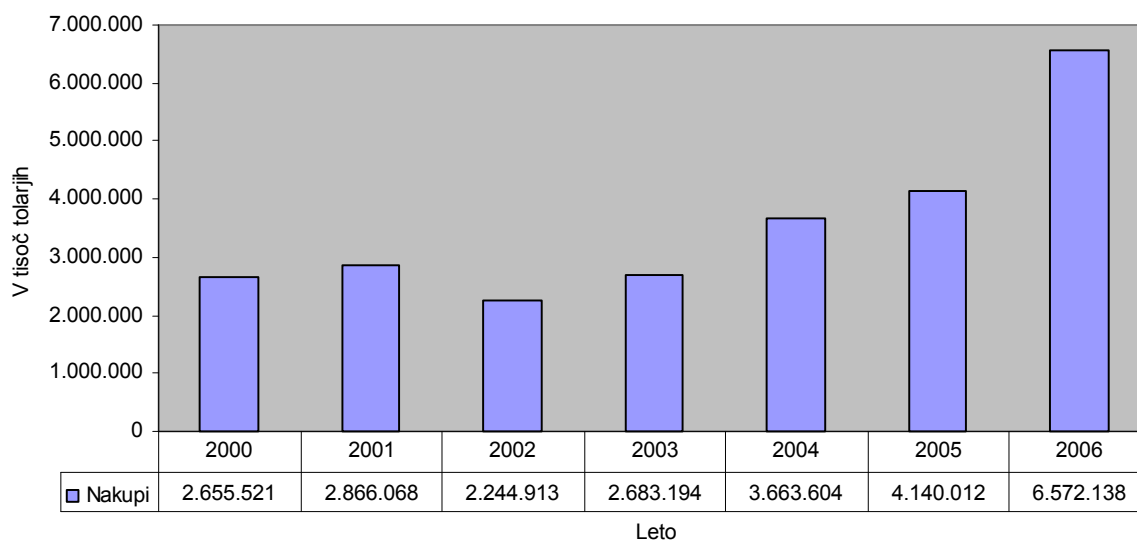


Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Gre za fazo upravljanja z medicinsko opremo, v kateri kupec pride v stik s ponudniki na trgu in na podlagi predpisanih postopkov izvede nakup. Prav zaradi stika s trgom, konkurence med ponudniki in nasprotnih interesov kupcev in prodajalcev, je faza nakupa še posebej tvegana faza v procesu upravljanja.

Vrednost nakupov medicinske opreme v bolnišnicah se v zadnjih letih povečuje. Najbolj se je povečala v letu 2006, in sicer za 37,0 odstotkov glede na leto 2005. Skupaj so bolnišnice v letih 2000 do vključno 2006 namenile nakupom medicinske opreme 24.825.449 tisoč tolarjev (103.594.763 evrov). Razporeditev vrednosti nakupov medicinske opreme po letih v revidiranem obdobju prikazuje Slika 5.8.

Slika 5.8: Nakupi medicinske opreme v bolnišnicah od leta 2000 do vključno 2006



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

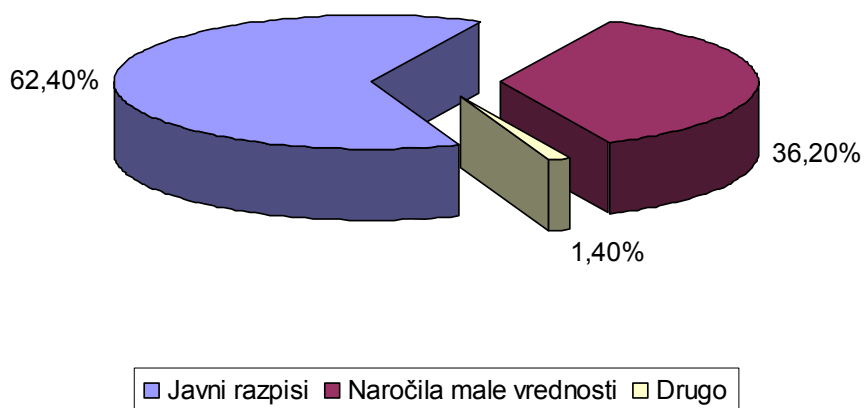
Faza nakupa v procesu upravljanja z medicinsko opremo pomeni celoten postopek od odločitve za nakup do prevzema medicinske opreme.

Medicinska oprema, ki jo nabavljajo bolnišnice, obsega različne vrste pripomočkov in naprav, ki so velikokrat kompleksne in občutljive. Nekateri kosi medicinske opreme so zelo dragi, vendar jih bolnišnice ne potrebujejo v velikem številu, drugi so cenejši, a jih potrebujejo v večjem številu. Tudi zaradi različnosti medicinske opreme, ki jo potrebujejo, se bolnišnice odločajo za različne vrste nakupov.

Bolnišnice nabavljajo medicinsko opremo predvsem z javnimi razpisi in naročili male vrednosti.

Po vrednosti so bolnišnice v letih 2000 do vključno 2006 izvedle največ nakupov medicinske opreme z javnimi razpisi, po številu nakupov pa z naročili male vrednosti, kar je prikazano na Slikah 5.9 in 5.10.

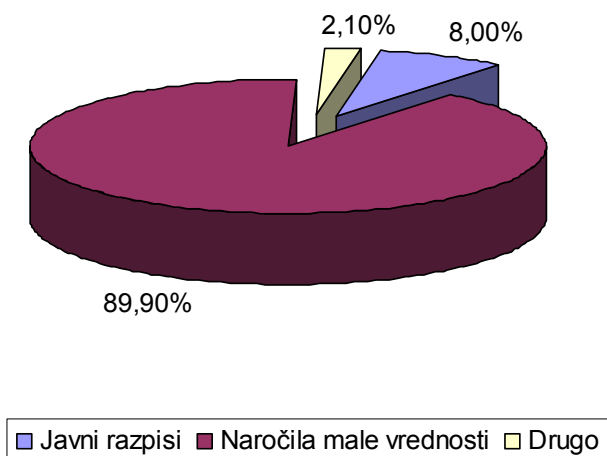
Slika 5.9: Struktura po vrednosti nakupov v letih 2000 do vključno 2006



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Med nakupi z naročili male vrednosti predstavljajo nakupi z naročilnico 34,8 odstotka vrednosti nakupov.

Slika 5.10: Struktura po številu nakupov v letih 2000 do vključno 2006



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Med nakupi z naročili male vrednosti predstavljajo nakupi z naročilnico 56,1 odstotka števila nakupov.

V reviziji ocenjujejo, da poleg tveganj pri nakupih medicinske opreme z javnimi razpisi, obstaja tveganje tudi pri naročilih male vrednosti. Razlog takšne ocene je predvsem v tem, ker so naročila male vrednosti manj transparentna in je zato nadzor omejen ter dopuščajo možnost nakupov pri vnaprej izbranem dobavitelju. Takšni nakupi po vrednosti predstavljajo 36,2 odstotka vseh nakupov, po številu nakupov pa kar 89,9 odstotka.

Trg medicinske opreme je specifičen, saj je glede na število ponudnikov razmeroma majhen. Ker vstop na trg medicinske opreme, predvsem zaradi tehnoloških lastnosti proizvodov, ni preprost, je tudi večanje števila ponudnikov omejeno. Razmeroma majhno je tudi število nakupov medicinske opreme, ki predstavljajo velike vrednosti. Zaradi tega imajo obstoječi ponudniki interes pridobiti čim več naročil medicinske opreme, vendar obstaja tveganje, da bi ponudniki sklepali dogovore med seboj in zavlačevali postopke z vlaganjem zahtevkov za revizijo, kar še povečuje tveganje pri nakupu medicinske opreme.

Petindvajset bolnišnic določi skrbnike pogodb o nakupu, ki so odgovorni za njihovo izvajanje. Poleg tega so bolnišnice ocenile, da se je njihovo upravljanje z medicinsko opremo izboljšalo predvsem zaradi boljših pogodb, v katerih so določeni skrbniki pogodb, vzdrževanje opreme in zavarovanje pogodbenih obveznosti.

Primer odgovora bolnišnice na vprašanje, kateri so poglobitni problemi (tveganja) pri nakupih medicinske opreme:

»- *Za najnižjo ceno dobimo najslabšo kvaliteto.*

- *Vzdrževanje opreme, z ali brez vzdrževalne pogodbe.*

- *Navezanost zdravstvenih delavcev na določene dobavitelje.*« (RS 2007)

Pri javnih naročilih se zelo pogosto kot merilo oziroma kriterij izbire ponudnika uporablja cena medicinske opreme, ki poleg nabavne vrednosti opreme navadno zajema tudi stroške, ki nastanejo do začetka njene uporabe. Vendar pa najnižja nabavna cena medicinske opreme ne pomeni nujno tudi, da je nakup najbolj gospodaren.

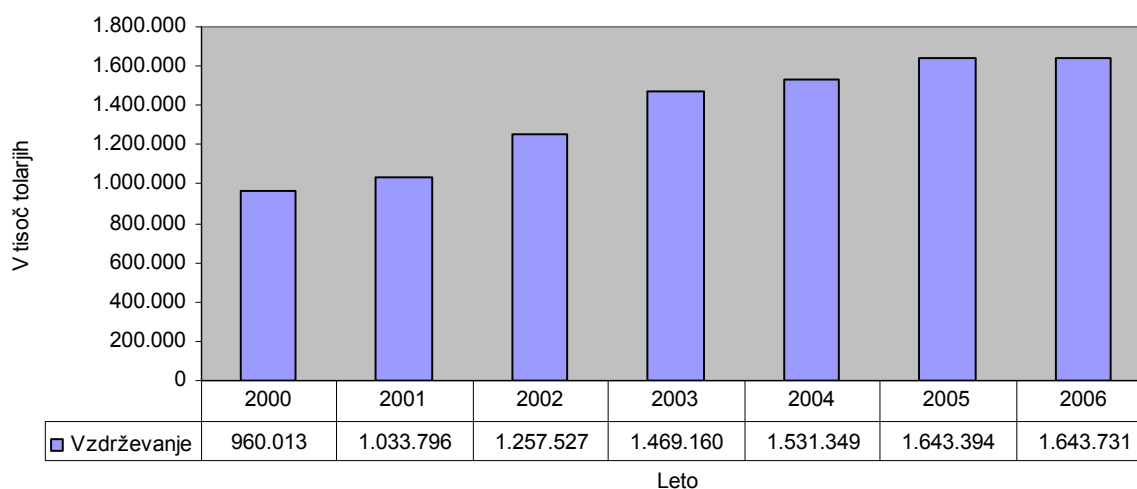
Za zagotovitev optimalne gospodarnosti nakupa medicinske opreme je potrebno kot merilo upoštevati celotne stroške lastništva medicinske opreme. Celotni stroški lastništva ne odražajo le samih stroškov nakupa, ampak tudi druge stroške vzdrževanja v celotni življenjski dobi, stroške izobraževanja uporabnikov, stroške potrošnega materiala, stroške načrtovanih in nenačrtovanih izpadov delovanja, stroške zaposlenih in vse ostale stroške, povezane z lastništvom.

Zaključek faze nakupa predstavljata sklenjena pogodba in dobava medicinske opreme.

5.2.1.4 Uporaba

Po zaključeni fazi nakupa se medicinska oprema začne uporabljati. Ker gre pri medicinski opremi predvsem za drage in kompleksne naprave, je še posebej pomembno, da bolnišnice ravnajo z njimi kot dober gospodar in jim s tem podaljšujejo življenjsko dobo in ustrezno izkoriščenost. Da ostane medicinska oprema varna in uporabna, je potrebno, da jo uporabniki uporabljajo skrbno in v skladu z navodili proizvajalca, redno pregledujejo in tudi redno izvajajo preventivno vzdrževanje z ustrezno usposobljenimi vzdrževalci. Pri tem je pomembno, da se uporabniki oziroma odgovorni za upravljanje odločijo za najprimernejšo strategijo za popravila in vzdrževanje. Bolnišnice so v letih 2000 do vključno 2006 skupaj namenile vzdrževanju medicinske opreme 9.538.670 tisoč tolarjev (39.804.164 evrov), kar je 38,4 odstotka vrednosti vseh nabav v tem obdobju in 3,7 odstotka vrednosti medicinske opreme.

Slika 5.11: Stroški vzdrževanja medicinske opreme v letih od 2000 do vključno 2006



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

S Slike 5.11 je razvidno, da so se stroški vzdrževanja medicinske opreme v bolnišnicah v letih od 2000 do vključno 2006 povečali za 71,2 odstotka, v zadnjih dveh letih pa se je stopnja rasti teh stroškov umirila.

V desetih bolnišnicah skrbijo za vzdrževanje medicinske opreme pretežno samo zunanji izvajalci, v petih pa imajo bolnišnice vzdrževanje dogovorjeno v pogodbah o nakupu. V ostalih bolnišnicah kombinirajo vse tri načine vzdrževanja, poleg že navedenih še vzdrževanje z notranjimi vzdrževalci.

V Tabelah 5.2 in 5.3 navajamo prednosti in slabosti različnih načinov vzdrževanja medicinske opreme.

Tabela 5.2: Prednosti in slabosti vzdrževanja: zunanji vzdrževalci – notranji vzdrževalci

Vzdrževanje/ kdo ga izvaja	Potencialne prednosti	Potencialne slabosti
Zunanji	<ul style="list-style-type: none"> • predvidljivi stroški • odzivni čas je mogoče predvideti • mogoče je predvideti čas, ko bo oprema neuporabna 	<ul style="list-style-type: none"> • oteženo zagotavljanje hitre odzivnosti za nujno opremo • možnost, da bo potrebno opremo dostaviti • potrebna je izposoja opreme • stalni stroški
	<ul style="list-style-type: none"> • krajši odzivni čas • popravila na mestu zagotavljajo krajše časovno obdobje neuporabnosti opreme • pogosto cenejše za določen nivo izvajanja storitev 	<ul style="list-style-type: none"> • težko je vzdrževati primerno količino rezervnih delov • posebna orodja in testiranje opreme niso dostopni • visoki stroški izobraževanja • notranji vzdrževalci so načeloma splošni strokovnjaki in ne specialisti

Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

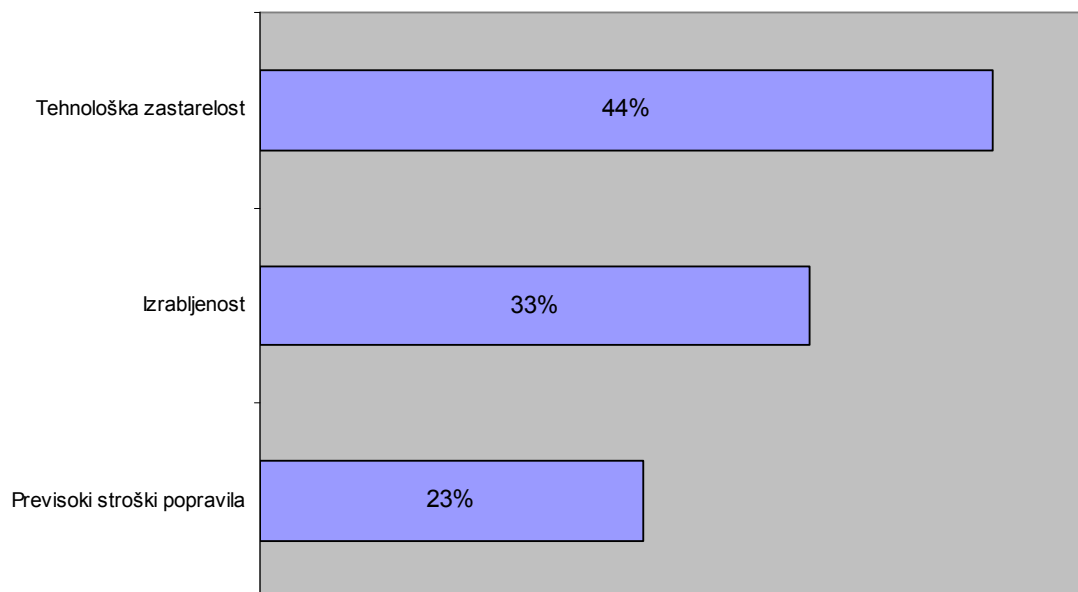
Tabela 5.3: Prednosti in slabosti vzdrževanja: proizvajalec – notranji izvajalci

Vzdrževanje/kdo ga izvaja	Potencialne prednosti	Potencialne slabosti
Proizvajalec	<ul style="list-style-type: none"> • pri vzdrževanju uporabljeni taki standardi kot pri izdelavi, možne modifikacije in nadgraditve • zagotovljen dostop do rezervnih delov • možnost razpoložljive oddaljene diagnostike prek računalniške mreže • ni težav z garancijo • izobraževanje za končne uporabnike 	<ul style="list-style-type: none"> • sklenjene morajo biti pogodbe z več proizvajalci medicinske opreme • nadzor kvalitete se spremlja • daljši odzivni časi, odvisno od pogodbe • uporabniki potrebujejo več telefonskih števil za pomoč
Notranji	<ul style="list-style-type: none"> • pogosto cenejše • možnost zagotavljanja notranjih storitev vzdrževanja • manj zunanjih institucij 	<ul style="list-style-type: none"> • uporabno le za omejen nabor naprav • proizvajalec ni naklonjen izobraževanju • možne težave pri opredelitvi Odgovornosti

Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

Največ bolnišnic medicinsko opremo, ki jo izločijo iz uporabe, uniči. Na vprašanje, kdaj lahko zamenjajo medicinsko opremo, so bolnišnice odgovorile podobno. Odgovori, ki so jih razporedili v tri skupine, so prikazani na Sliki 5.12.

Slika 5.12: Trije najpogostejši razlogi, zaradi katerih bolnišnice zamenjajo medicinsko opremo



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

V UKC vzdržujejo medicinsko opremo z zunanjimi in notranjimi vzdrževalci. V avgustu 2006 so sprejeli Protokol servisiranja opreme in naprav (v nadaljevanju: protokol), ki so ga posredovali vsem svojim izvajalcem servisnih storitev. V protokolu so določena pravila in postopki glede garancijskih popravil, rednega servisiranja in urgentnih popravil.

Po pojasnilu UKC so v zadnjem obdobju področje upravljanja z opremo sistematično uredili. Organizirano imajo posebno organizacijsko enoto - Preventivni pregledi, ki skrbi za stalno izvajanje preventivnih pregledov medicinske opreme in sistemov, v skladu z navodili proizvajalcev in skladno z zahtevami varnosti pri delu, tako za uporabnike kot tudi za paciente.

V letu 2007 so z reorganizacijo Tehnično vzdrževalnih služb vzpostavili organizacijsko enoto Gospodarjenje s premoženjem, katere sestavni del je tudi Služba za zavarovalništvo in popis. Naloga službe je celovit notranji nadzor nad premoženjem UKC, za področje zavarovalništva, zavarovanja nepremičnin in opreme. Pri popisovanju služba skrbi, da se na podlagi različnih poslovnih dogodkov pripravijo pravilni dokumenti na različnih ravneh organizacijske sheme UKC, na

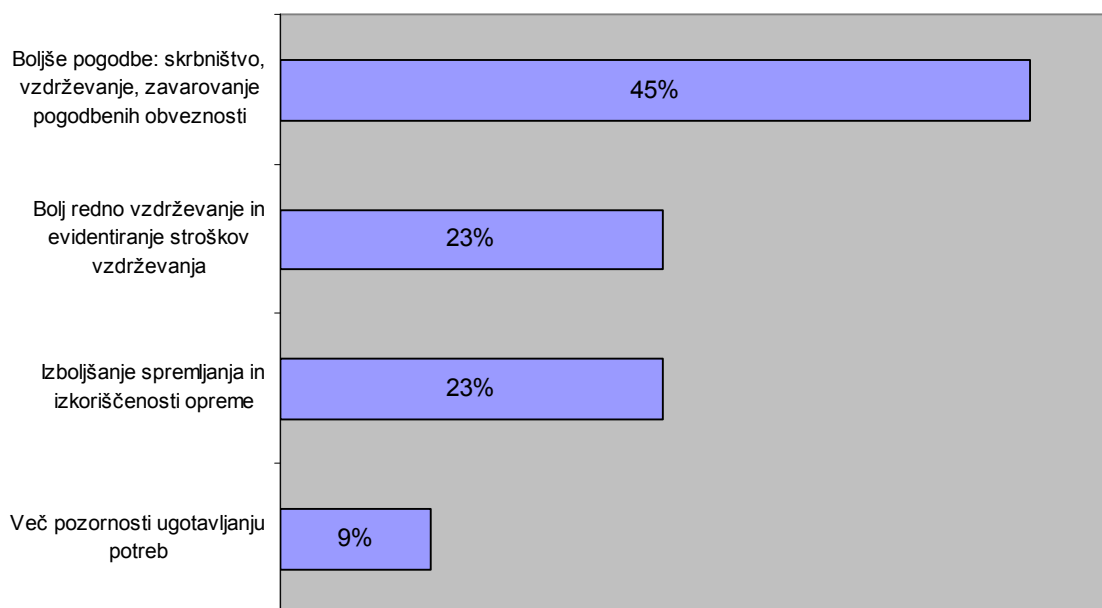
podlagi katerih se poslovni dogodki v računovodski službi evidentirajo v poslovne knjige (analitično knjigovodstvo osnovnih sredstev).

V vseh organizacijskih enotah UKC so bili imenovani skrbniki opreme.

5.2.1.5 Izkušnje bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo

Na vprašanje, ali menijo, da se je od leta 2000 dalje upravljanje z medicinsko opremo v njihovih bolnišnicah izboljšalo, dve bolnišnici nista odgovorili, tri bolnišnice pa ocenjujejo, da se upravljanje ni izboljšalo. V 21 bolnišnicah ocenjujejo, da se je od leta 2000 dalje njihovo upravljanje z medicinsko opremo izboljšalo. Najpogostejše odgovore o tem, kako so izboljšale upravljanje, smo razporedili v štiri skupine, ki jih prikazujemo na Sliki 5.13.

Slika 5.13: Izboljšanje upravljanja



Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

RS je v vprašalniku namenjen bolnišnicam med drugim zastavilo tudi vprašanje o prednostih in slabostih skupnih in samostojnih javnih naročil. Najbolj pogosti odgovori so predstavljeni v Tabeli 5.4.

Tabela 5.4: Prednosti in slabosti skupnih in samostojnih javnih naročil

Izvedba javnega naročila	Prednosti	Slabosti
Skupna	<ul style="list-style-type: none"> • ugodnejša cena • standardizacija tehničnih specifikacij • prihranek pri stroških postopka 	<ul style="list-style-type: none"> • dolgotrajnost postopkov • časovna neusklajenost • tehnične specifikacije ne ustrezajo potrebam
Samostojna	<ul style="list-style-type: none"> • krajši postopki • tehnične specifikacije so bolj prilagojene potrebam • upoštevanje referenc 	<ul style="list-style-type: none"> • priprava tehnične specifikacije • slabši pogajalski položaj • pomanjkanje kadrov

Vir: Revizijsko poročilo Računskega sodišča Republike Slovenije

UKC ocenjuje, da so v letih od leta 2000 najbolj vplivali na izboljšanje upravljanja s tem, ko so:

- začeli opredeljevati in potrjevati dveletne načrte nabave opreme,
- začeli spremljati stopnje izkoriščenosti opreme,
- začeli spremljati stopnje izrabljenosti opreme,
- sprejeli Poslovník o delu z opredmetenimi in neopredmetenimi sredstvi,
- imenovali skrbnike pogodb in
- s pogodbo uredili vzdrževalne in servisne aktivnosti pri zunanjih izvajalcih.

V UKC so leta 2003 imenovali strokovno skupino za analizo izkoriščenosti opreme in pripravo predloga izboljšanja. Naloge strokovne skupine so ugotoviti in analizirati stanje izkoriščenosti opreme, pripraviti predlog boljše izkoriščenosti in podati mnenje oziroma pripombe k načrtom nabav.

6. SKLEP

Glede na ugotovitve, ki izhajajo iz naloge, ki temeljijo na posnetku stanja na področju nabav medicinske opreme v Sloveniji, lahko prikrimamo tistim, ki trdijo, da pri nabavah bolnišnic niso vzpostavljeni standardi, ki bi opredeljevali, kdo, kdaj in v kakšnem obsegu je upravičen nabaviti določeno vrsto medicinske opreme. Zaradi tega lahko pritrdimo domnevi iz uvoda tega dela, da je političnost odločitev pri nabavi medicinske opreme izredno velika.

Kateri faktorji in konkretno v kolikšni meri vplivajo na nabave medicinske opreme, je težko ali nemogoče natančneje determinirati. Dejstvo je, da se je v Sloveniji od leta 1992 do leta 2008 zamenjalo pet ministrov za zdravje, ki, razen zadnjih dveh, pripadajo različnim političnim strankam. Prav tako je šlo v tem obdobju za precej veliko fluktuacijo vodilnih v bolnišnicah. Ne glede na ti dve ugotovitvi, bi težko trdili, da gre vedno ali pogosto le za politične odločitve. Upoštevati je potrebno, da če ni pravil igre, prevlada pri odločitvah za nabavo marsikaj, pa naj bo to strankarski interes, medijska pojavnost posamezne bolnišnice, uveljavljenost zdravnikov zaradi uspešnih medicinskih posegov, gospodarska ali politična prevlada določenega okolja ali drugi objektivni in subjektivni razlogi. Zaradi vsega naštetega in ob pomanjkanju oziroma odsotnosti standardov, ki bi natančneje opredeljevali postopke nabav, bo vse do njihove opredelitve mogoče špekulirati, da ne gre vedno za potrebne in racionalne nabave opreme. Prav tako pa ne bo mogoče izpodbijati ali nasprotovati vsem tistim bolnišnicam, ki bodo dokazovale, da niso dovolj dobro opremljene.

Slovensko zdravstvo se, tako kot drugod, sooča s ti. Baumolovo boleznijo. To pa pomeni, da se sooča z naraščanjem stroškov zaradi tehnološkega napredka v medicini (Poročilo o človekovem razvoju: 69).

V Sloveniji je za nakup nove medicinske opreme za bolnišnice odgovorno Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Po mnenju Računskega sodišča MZ pri izvajanju nalog, povezanih z upravljanjem z medicinsko opremo, ni učinkovito. Revizorji Računskega sodišča so ugotovili, da MZ nima ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Podatki, ki

obstajajo na MZ, so parcialni in se vodijo v posameznih organizacijskih enotah, med katerimi ni zadostnega sodelovanja in zadostnega pretoka informacij.

MZ nastopa le kot izvajalec postopkov oddaje javnega naročanja in nima zadostnega pregleda nad dejanskim stanjem potreb v bolnišnicah, bolnišnice pa ne vodijo ustreznih seznamov osnovnih sredstev, ki bi omogočali sprotni pregled stanja (uporabnosti) medicinske opreme, kar lahko predstavlja tveganje pri pripravi načrtov nabav (kratkoročnih in dolgoročnih), posledično pa tudi pri nabavah.

Na podlagi podatkov, ki smo jih uporabili za potrebe tega diplomskega dela, prvo hipotezo, ki se glasi »Ministrstvo ima večjo vlogo pri upravljanju z medicinsko opremo kot bolnišnice«, zavrnamo, kljub temu da je Računsko sodišče omenjeno revizijsko poročilo pripravilo prav na podlagi domnev, da ima MZ največjo vlogo pri upravljanju z medicinsko opremo.

Na podlagi analize odgovorov vseh 26 bolnišnic, katerim je Računsko sodišče poslalo vprašalnik o upravljanju z medicinsko opremo, na Računskem sodišču ugotavljajo, da bolnišnice ne upravljajo z medicinsko opremo zadovoljivo oziroma dovolj učinkovito. Kriterij ocene je izvajanje nalog, ki so v posameznih fazah upravljanja nujne za dobro oziroma učinkovito upravljanje z medicinsko opremo.

Na Računskem sodišču ocenjujejo, da bolnišnice ne vodijo ustreznih evidenc, pomembnih za ugotavljanje potreb in pravočasno načrtovanje nakupov. Osem od 26 bolnišnic ne vodi podatkov o predvideni življenjski dobi opreme in razlogu odpisa, kar deset od 26 bolnišnic pa tudi ne vodi evidence o stroških vzdrževanja. Izkoriščenost medicinske opreme spremlja le 11 od 26 bolnišnic, med njimi pa ni vseh največjih bolnišnic, ki uporabljajo opremo, za katero je vodenje tovrstne evidence smiselno in tudi potrebno.

Tako lahko drugo hipotezo tega diplomskega dela sprejmemo, saj smo v njej trdili, da »Bolnišnice niso dobri upravljavci z medicinsko opremo«.

Ugotavljanje in zbiranje potreb bi moralo temeljiti na integrirani oziroma enoviti zbirki podatkov, ki bi omogočala spremljanje in s tem pravočasno ugotavljanje potreb ter

nadzor vodstva nad službami, ki so neposredno zadolžene za upravljanje z medicinsko opremo.

Kriterije za ugotavljanje prioritet nakupov medicinske opreme, ki so pomembni tako za kratkoročno kot dolgoročno načrtovanje, ima izdelane 17 od 26 bolnišnic.

Kratkoročne načrte nakupov medicinske opreme kot del finančnega načrta, ki je obvezen dokument, ima 24 od 26 bolnišnic. Kot zelo slabo pa so na RS ocenili stanje pri dolgoročnem načrtovanju nakupov medicinske opreme, saj ima za najmanj petletno obdobje načrte nakupov izdelano le sedem od 26 bolnišnic.

Revizorji so še ocenili, da obstaja tveganje, da je kratkoročno načrtovanje nakupov medicinske opreme v bolnišnicah sestavljeno predvsem iz interventnih nakupov, ker bolnišnice nimajo dolgoročnih načrtov za nakupe. To oceno potrjujejo tudi kriteriji za določanje prioritet, saj največ bolnišnic navaja izrabljenost opreme oziroma stroške vzdrževanja medicinske opreme, ki postanejo previsoki. To pa sta razloga, ki ju je mogoče z ustreznim spremljanjem stanja in dobrim načrtovanjem pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati.

Ocenili pa so tudi, da tveganja pri nakupih medicinske opreme ne obstajajo le pri javnih razpisih, ampak so večja pri naročilih male vrednosti, predvsem pri nakupih z naročilnicami, kjer so pravila manj natančno določena, nadzor pa je otežen. Tovrstni nakupi so v letih od 2000 do vključno 2006 po vrednosti predstavljali skupaj 36,2 odstotka vseh nakupov, po številu nakupov pa kar 89,9 odstotka.

Pri javnih naročilih se zelo pogosto kot merilo oziroma kriterij izbire ponudnika uporablja cena medicinske opreme, ki pa vedno ne zagotavlja, da je nakup tudi najbolj gospodaren. Pri nakupu medicinske opreme bi bilo poleg merila cene smiselno, glede na načelo gospodarnosti, upoštevati kot pogoj tudi celotne stroške v dobi lastništva medicinske opreme. Ti stroški ne zajemajo le stroškov nakupa, ampak tudi druge stroške vzdrževanja v celotni življenjski dobi opreme, stroške izobraževanja uporabnikov, stroške potrošnega materiala, stroške načrtovanih in nenačrtovanih izpadov delovanja, stroške zaposlenih in vse ostale stroške, povezane z lastništvom.

Pri upravljanju z medicinsko opremo pa na Računskem sodišču pozitivno ocenjujejo, da ima 25 od 26 bolnišnic za izvajanje pogodb o nakupu skrbnike, ki so odgovorni za njihovo izvajanje. To je tudi eden od kriterijev, ki ga navajajo bolnišnice pri oceni, da se je njihovo upravljanje v obdobju od leta 2000 izboljšalo, predvsem zaradi natančnejših določil pogodb o nakupih, v katerih so vključene določbe o skrbnikih pogodb, vzdrževanju opreme in zavarovanju pogodbenih obveznosti.

7. LITERATURA IN VIRI

7.1 PRIMARNI VIRI

1. Računsko sodišče Republike Slovenije (2007): *Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja*. Dostopno na [http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/KB6196439CDE1FD91C12573A200216A86/\\$file/MIZE_RSP_pov_zetek.doc](http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/KB6196439CDE1FD91C12573A200216A86/$file/MIZE_RSP_pov_zetek.doc) (12. februar 2008).

2. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2007): *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013: »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev.«* Sprejeta na seji Državnega zbora Republike Slovenije, 26. junija 2008. Dostopna na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/javna_razprava/javna_razprava_2008/nacionalni_plan_2008/Microsoft_Word_-_NPZV_javna_razprava_280108.pdf (24. avgust 2008).

7.2 SEKUNDARNI VIRI

1. Česen, Marjan (1998): *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

2. Doyal, Lesley (1985): *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Republiška konferenca ZSMS: Univerzitetna konferenca ZSMS.

3. Kapš, Peter (2001): *Zgodovina zdravstva. Oris svetovnega zdravstva, zdravstva na Slovenskem in zgodovina zdravstvenega doma Novo mesto*. Novo mesto: Erro.

4. Malnar, Brina, Mirjana Ule, Jana S. Javornik, ur., Valerija Korošec, ur., Tanja Rener in Anton Kramberger (2003): *Poročilo o človekovem razvoju – Slovenija 2002/2003. Človekov razvoj in zdravje*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj.

5. Pintar, Ivan (1950): *Kratka zgodovina medicine*. Ljubljana : Medicinska fakulteta, Komisija za učbenike in skripta.

6. Ule, Mirjana (2003): *Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

7. *Slovar slovenskega knjižnega jezika* (1994). Ljubljana: DZS.

7.3 OSTALI SEKUNDARNI VIRI

1. Hostnik, Majda (2008): Bolniki izrazito nezadovoljni s sprejemom v bolnišnico. *Dnevnik*, 18. 2., 2.

2. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2008a): *O ministrstvu*. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/ (18. marec 2008).

3. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2008b): *Delovna področja*. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/ (18. marec 2008).

4. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2008c): *Investicije v javno zdravstvo*. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstvena_ekonomika/investicije_v_javno_zdravstvo/ (18. marec 2008).

5. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2008d): *Ekonomika javnega zdravstva*. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstvena_ekonomika/ekonomika_javnega_zdravstva/ (18. marec 2008).

6. Ministrstvo Republike Slovenije za zdravje (2008e): *Javni zavodi, bolnišnice*. Dostopno na http://www.mz.gov.si/si/strokovne_institucije_koristne_povezave/javni_zavodi_bolnice (18. marec 2008).

7. Vestnik SZD (2002): 139. *Skupščina slovenskega zdravniškega društva: politika in zdravstvo*. Dostopno na <http://www.vestnik.szd.si/st3-2/st3-2-97-99.htm> (18. marec 2008).

8. 24ur.com (2004): *Simon Vrhunec o zastareli bolnišnični opremi*. Dostopno na <http://24ur.com/servisi/vizita/simon-vrhunec-o-zastareli-bolnisnicni-opremi.html> (18. marec 2008).

PRILOGA A: Seznam 26 slovenskih bolnišnic

1. Psihiatrična bolnišnica Begunje na Gorenjskem
2. Splošna bolnišnica Brežice
3. Splošna bolnišnica Celje
4. Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo
5. Psihiatrična bolnišnica Idrija
6. Splošna bolnišnica Izola
7. Splošna bolnišnica Jesenice
8. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
9. Klinični center Ljubljana
10. Onkološki inštitut Ljubljana
11. Psihiatrična klinika Ljubljana
12. Splošna bolnišnica Maribor
13. Splošna bolnišnica Murska Sobota
14. Splošna bolnišnica Novo Mesto
15. Psihiatrična bolnišnica Ormož
16. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna
17. Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj
18. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
19. Bolnica Stara Gora, oddelek za invalidno mladino
20. Splošna bolnišnica dr. Franceta Derganca, Šempeter pri Novi Gorici
21. Bolnišnica Topolšica
22. Splošna bolnišnica Trbovlje
23. Ortopedska bolnišnica Valdoltra
24. Psihiatrična bolnišnica Vojnik
25. Zavod za revmatične in srčne rekonvalescente dr. Marko Gerbec
26. Inštitut RS za rehabilitacijo (MZ 2008e)