

Pogled uporabnikov na zdravstveni sistem v Sloveniji

Sprejeto

14. 2. 2024

Izdano

22. 11. 2024

TADEJ OSTRC IN SAMO UHAN

pom. akad. asist. dr. Tadej Ostrc, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani; Stomatološka klinika, UKC Ljubljana, e-pošta: tadej.ostrc@gmail.com
prof. dr. Samo Uhan, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

DOPISNI AVTOR

tadej.ostrc@gmail.com

Povzetek Pri preučevanju odnosa ljudi do družbeno-političnih podsistemov, se raziskovalci osredotočajo na stopnjo legitimnosti političnih sistemov, ki se razlikuje glede na kulturne, zgodovinske in sociološke kontekste. Analiza političnega zaupanja se opira na občutek, da so lastni interesi upoštevani v političnem procesu. Zdravstveni sistem ima ključno vlogo pri doseganju najboljšega možnega zdravstvenega stanja prebivalstva, kar je osnovni cilj vsakega sistema zdravstvenega varstva. Vpliv spola na zadovoljstvo s storitvami v zdravstvu ni povsem jasen. Starejši pacienti običajno kažejo več zadovoljstva, delovno aktivni mlajši pa cenijo hitro dostopnost. Zadovoljni pacienti sodelujejo bolje pri zdravljenju, vendar resnejše zdravstvene težave lahko vplivajo na zadovoljstvo. Izobrazba, čustveno stanje in splošno zadovoljstvo vplivajo tudi na oceno storitev zdravstva. Nacionalni zdravstveni sistemi se soočajo s pritiski demografskih, gospodarskih in socialnih sprememb, kar zahteva nenehne prilagoditve in izboljšave v zagotavljanju kakovostnih zdravstvenih storitev pri čemer so odločevalcem lahko v pomoč izsledki standardiziranih raziskav kot je Mednarodna družboslovna anketa (ISSP) in rezultati nacionalne raziskave o izkušnjah pacientov z obravnavo v bolnišnici.

Ključne besede:

sistem zdravstvenega varstva, zadovoljstvo pacientov, kakovost, izkušnje pacienta, mednarodna družboslovna anketa



1 Uvod

Pri preučevanju odnosa ljudi do politike, še posebej do političnega sistema, velja predpostavka, da se stopnja njegove legitimnosti razlikuje glede na kulturnozgodovinske sisteme. To se odraža tudi v različnih ravneh zaupanja v konkretne politične ali institucionalne sisteme. V razvitih demokracijah predvidevamo visoko zaupanje v institucije, medtem ko pri t. i. novih demokracijah predpostavljamo naraščajoče zaupanje. Vendar gre za poenostavitev pri prikazu razlik v izražanju zaupanja v različnih sistemih. Pri analizi zaupanja v institucije se lahko sklicujemo tudi na Eastna (1975), ki politično zaupanje opredeljuje kot občutek, da so lastni interesi upoštevani v političnem procesu. Posameznik, ki zaupa določeni osebi ali instituciji, izraža pozitivna čustva do nje, ji pripisuje pozitivno vrednost, ocenjevanje pa praviloma sledi moralnim normam in vrednotnim merilom. Tisti, ki zaupa posameznim osebam (npr. nosilcem funkcij), še ne nujno zaupa v institucije; vendar kdor čuti zaupanje v demokracijo (kot difuzni predmet zaupanja), ne čuti nujno nezaupanja do vseh demokratičnih institucij. Običajno merjenje zaupanja lahko pokaže vrzeli na mnogih področjih, če je predmet zaupanja postavljen le kot objekt, ne pa tudi vključuje pričakovanj, meril vrednotenja in lastnosti vrednotenja. Izražanje zaupanja je tudi odvisno od kratkoročnih okoliščin; zaupanje se lahko omaje zaradi nezadostnih rezultatov, posebnih sprememb v institucijah in podobno.

Glavni namen zdravstvenega sistema je doseganje najboljšega možnega zdravstvenega stanja prebivalstva. Povezano je z različnimi področji človekove dejavnosti ter je tesno vpeto v gospodarski in socialni razvoj države. Zdravstveno stanje prebivalstva je namreč odvisno ne le od vrste zdravstvenega sistema in njegove zmogljivosti, temveč tudi od ekonomske moči države, ki vpliva na življenjske pogoje prebivalcev in s tem na ohranjanje zdravja ljudi. Zdravje predstavlja v državi temelj razvoja, pri čemer so možnosti izboljšanja odvisne od družbenega razvoja (Svetovna zdravstvena organizacija, 1992).

Nacionalni sistemi zdravstvenega varstva so se že pred epidemijo Covid-19 soočali s pritiski gospodarskih, demografskih in družbenih sprememb, pa tudi napredka v medicinskih metodah in postopkih (Svenšek in Wahl, 2007). Po vsem svetu se soočamo s povečanimi stroški zdravstva, ki izhajajo iz staranja prebivalstva, razvoja medicinske znanosti in opreme ter rastoče ozaveščenosti in zahtev ljudi. Na žalost pa večji stroški niso vedno povezani z večjo učinkovitostjo sistema in izboljšanim zdravstvenim stanjem prebivalstva. V večini držav je vprašanje zdravja ključen del socialne varnosti, saj je dobro zdravstveno stanje temelj za zaposlitev, zdravstveni sistem pa zagotavlja občutek varnosti v primeru bolezni ali poškodbe. Zdravstveno varstvo je ključni element družbene reprodukcije in pomemben pogoj za povečanje produktivnosti dela, saj vpliva na kakovost življenja delavcev in družbe kot celote. Prednostna naloga vsake razvojno pa tudi socialno naravnane politike mora biti tako vlaganje v zdravje prebivalstva.

Raziskava Eurobarometer, ki se izvaja v državah članicah EU, prinaša koristne informacije o stališčih državljanov do zdravstvenega varstva. Spremembe v teh stališčih vplivajo na priljubljenost določenih ukrepov in reform. Nezadovoljstvo ali zadovoljstvo z zdravstvenimi sistemi lahko služi kot posreden pokazatelj odobravanja ali ne sprejemanja javnih reform

(Mossialos, 1997). Nacionalne raziskave kot je PREMS (angl. Patient Reported Experience Measures) – izkušnje pacientov z obravnavo v specialističnih ambulantah so dragocen podatek o izkušnjah pacientov z zunajbolnišnično specialistično zdravstveno obravnavo v nekaterih specifičnih kliničnih dejavnostih (trenutno v Sloveniji na voljo za specialnosti kirurgije, gastroenterologije, otorinolaringologije, diabetologije, endokrinologije in presnovnih bolezni, dermatovenerologije in pulmologije) (Murko in sod., 2022).

2 Zdravstveno varstvo v Sloveniji

Zdravstveno varstvo predstavlja enega najbolj občutljivih družbenih podsistemov. Posameznik nosi odgovornost za svoje zdravje in kakovost življenja, medtem ko je naloga države zagotoviti svojim državljanom določeno raven socialne in zdravstvene varnosti. Kljub raznolikosti organizacije zdravstvenega varstva v različnih državah je skupna vizija osredotočena na zagotavljanje kakovostnih in učinkovitih sistemov zdravstvenega varstva, ki delujejo kot raznolike naložbe, spodbujajo gospodarsko rast in ohranjajo socialno kohezijo (Health Care in Europe 2001). Temeljni cilj vseh zdravstvenih sistemov je zagotoviti storitve, prilagojene potrebam pacientov, ter omogočiti prebivalstvu pravičen dostop do zdravstvenih pravic.

Zdravstveno varstvo se konceptualno opredeli kot sistem, ki vključuje ukrepe v primeru bolezni. Njegova funkcija obsega krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje različnih patologij, pomoč pri zdravljenju in rehabilitaciji ter zagotavljanje zdravstvene nege za zavarovance. Skratka, cilj zdravstvenega varstva je skrb za čim boljše zdravje posameznika in družbe kot celote. Skozi čas so se oblikovale tri vrste oziroma ravni dejavnosti zdravstvenega varstva: primarna, sekundarna in terciarna dejavnost. Najpomembnejša je primarna dejavnost oziroma primarno zdravstveno varstvo, ki vključuje zdravstvene domove, lekarniško dejavnost, patronažno dejavnost ter zasebno zdravstveno dejavnost. Sledita ji sekundarna dejavnost, ki vključuje splošne in specializirane bolnišnice ter specialistične ambulante in terciarna dejavnost, ki obsega klinike ter inštitute.

Obstajajo štiri osnovni modeli sistema zdravstvenega varstva (Toth in sod., 2003, 145–149):

- Bismarckov ali partnerski model zdravstvenega varstva;
- Beveridgeov ali državno vodeni model zdravstvenega varstva;
- Semaškov ali model socialističnega zdravstvenega varstva in
- tržni model zdravstvenega varstva.

V evropskem kontekstu lahko rečemo, da prevladujeta Bismarckov in Beveridgeov sistem.

V Sloveniji imamo vzpostavljen sistem socialne varnosti od leta 1992 naprej, ki temelji na načelih obveznega zdravstvenega zavarovanja in partnerstva. Poleg obveznega zdravstvenega zavarovanja je bil 1. januarja 1993 uveden zakon o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki je bil namenjen razbremenitvi javnega finančnega sektorja pri zagotavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in omogočanju ljudem izbiro glede lastnega zdravja. Z 31. decembrom 2023 je bilo prostovoljno dopolnilno zdravstveno zavarovanje ukinjeno in s 1. januarjem 2024 nadomeščeno z obveznim zdravstvenim prispevkom (Gov.si 2024). Financiranje zdravstva v Republiki Sloveniji poteka tako javno (iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in proračuna) kot tudi zasebno (prek premij prostovoljnega

zdravstvenega zavarovanja/kot obvezni zdravstveni prispevek). Glavni viri financiranja so prispevki delodajalcev, delojemalcev in drugih zavezancev, kot določa zakon.

Slovenski zdravstveni sistem v Sloveniji sestavljajo štiri ključni elementi: država z zdravstveno politiko, izvajalci v zdravstveni dejavnosti, plačniki tj. zdravstveno zavarovanje ter uporabniki. V sistem zdravstvenega varstva so vključene tudi službe in zavodi, katerih delo je na kakršenkoli način povezano z zdravjem, izobraževanjem in usposabljanjem zdravstvenih delavcev, medicinsko znanostjo in zdravstveno tehnologijo. Zdravstveni sistem naj bi oblikovala in usmerjala zdravstvena politika, izvajala pa bi ga javna zdravstvena mreža in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Največji vpliv na zdravstveni sistem Slovenije naj bi imela državna zdravstvena politika. Zdravstveno politiko določa Vlada Republike Slovenije v sodelovanju z Zdravstvenim svetom, Zdravniško in Lekarniško zbornico, Združenjem javnih zdravstvenih zavodov, Svetom za zdravje ter Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Gorup, 2006). Način vodenja, upravljanja, strategije ter načrti za nadaljnji razvoj celotnega sistema zdravstvenega varstva bi se morali prilagajati analizam obstoječega sistema, ocenam trenutnega in prihodnjega zdravstvenega stanja prebivalstva, potrebam po zdravstvenih storitvah ter zmogljivostim (predvsem finančne in kadrovske), ki so potrebne za učinkovito delovanje celotnega sistema.

V okviru zdravstvenega sistema v Sloveniji deluje javna zdravstvena služba, ki izvaja zdravstveno dejavnost v skladu s pravicami, zagotovljenimi prek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ključnega pomena za učinkovito delovanje javnega zdravstvenega sistema je usklajenost in dobra organizacija vseh treh ravni. Zdravstvena dejavnost primarne ravni zajema osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost, ki jo izvajajo zdravstveni domovi, zasebniki s koncesijo in lekarne. Sekundarna raven javne zdravstvene službe se ukvarja s kompleksnejšimi zdravstvenimi primeri, ki zahtevajo napotitev k specialistom, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni v okviru splošnih in specialnih bolnišnic, ki nudijo storitve specialističnih ambulant, bolnišnično zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego. Terciarna raven javne zdravstvene službe je namenjena obravnavi najtežjih in najkompleksnejših zdravstvenih primerov in posegov. Klinike in inštituti na terciarni ravni opravljajo najzahtevnejše zdravstvene posege, ki jih ni mogoče izvesti na nižjih ravneh javne zdravstvene službe, hkrati pa tudi izvajajo znanstveno-raziskovalno in izobraževalno delo za dodiplomski in podiplomski študij zdravstvenih delavcev (Gorup, 2006). Dejansko je upravljanje zdravstvenega varstva v Sloveniji tripartitno. To pomeni, da pri njegovem upravljanju sodelujejo država, Zdravniška zbornica, ki zastopa izvajalce zdravstvenih storitev, ter ZZZS, ki naj bi predstavljal vse uporabnike zdravstvenih storitev (Gorup, 2006). Osnovna značilnost sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji je partnerski pristop k določanju obsega, vsebine programa in cen zdravstvenih storitev. Država postavi pravila, ki jih nato izvajajo partnerji, pri čemer imajo ti določene pristojnosti in vlogo pri odločanju. Njihova odgovornost je tudi v izvajanju nacionalnih programov. Sistem je sicer zasnovan kot partnerski, vključuje pa tri različne partnerje z različnimi cilji in interesi. To so zavarovane osebe, ki si prizadevajo za ohranjanje zdravja in v primeru bolezni pričakujejo ustrezno medicinsko pomoč. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije jim ob plačilu prispevkov zagotavlja zdravstveno varstvo. Zdravniki in drugi zaposleni v zdravstvu, želijo svoje delo opravljajo v ugodnih delovnih pogojih in

za to prejemati primerno plačilo. Država zastopa družbene interese in naj bi imela nadrejen položaj med partnerji. Njena vloga vključuje tudi izvajanje arbitraže v primeru morebitnih težav, ki bi lahko ovirale delovanje sistema (Oder 2008).

3 Pogled uporabnikov zdravstvenih storitev

Zadovoljstvo je kompleksen psihološki pojem, ki ga je težko natančno opredeliti, saj je povezano z izkušnjami posameznika v zvezi z zdravstvom in s pričakovanji, ki jih oblikuje glede na informacije o določeni zdravstveni organizaciji. Pacienti postajajo vse bolj ozaveščeni preko različnih informacijskih virov, kar jih spodbuja k aktivnemu sodelovanju v lastnem zdravstvenem procesu. V preteklosti izvajalci zdravstvenih storitev niso bili zavezani k sistematičnemu zagotavljanju zadovoljstva pacientov, saj so slednji prihajali ne glede na to. V današnjem času, ko imajo pacienti več možnosti izbire, vpliva tudi sama organizacija zdravstvenega sistema na njihovo odločanje. Pacienti lahko sami izbirajo zdravstvene ustanove, ki naj bi nudile najbolj kakovostne storitve in ki jim zaupajo. Zato je ključno za poslovanje in ugled zdravstvenih ustanov, da ohranjajo zaupanje svojih sedanjih in bodočih pacientov.

Zadovoljstvo pacientov predstavlja eno od meril kakovosti v zdravstvenem sistemu, zlasti v kontekstu subjektivne kakovosti. Ugotovitve kažejo, da zadovoljni pacienti bolj zvesto upoštevajo zdravniška navodila, redkeje menjajo zdravnika, zgodaj poiščejo zdravniško pomoč ter se na splošno bolj proaktivno in učinkovito vključujejo v proces zdravljenja (Braunsberger in Gates 2002). Zadovoljni pacienti imajo tudi večje možnosti za pozitivno prognozo med procesom zdravljenja.

Zadovoljstvo pacientov predstavlja kumulacijo njihove pozitivne ocene različnih vidikov zdravstvenih storitev (Kolodinsky 1999). Vsak posamezen vidik (npr. dostop, zaupnost osebnih podatkov, komunikacija itd.) lahko vpliva na zadovoljstvo pacientov. Nemedicinski dejavniki, kot je spoštljiv odnos zdravstvenega osebja ali ustrezna komunikacija s pacienti pogosto bolj vplivajo na zadovoljstvo pacientov v zdravstvu kot pa sama točnost in strokovnost zdravstvenega procesa.

Sledenje zadovoljstva in stališč pacientov mora bistveno prispevati k oblikovanju delovanja interaktivnega zdravstvenega sistema temelječega na posameznikih. Takšen sistem lahko prepozna in se odziva na potrebe posameznikov ter sodeluje z njimi pri sprejemanju odločitev za izboljšanje njihovega zdravja. Tako bi morale imeti povratne informacije in stališča pacientov vpliv na splošne izboljšave kakovosti v zdravstvu in omogočati nadaljnji razvoj. Vse večji stroški v zdravstvu in potreba po učinkovitejši uporabi razpoložljivih sredstev so dodaten razlog za pregled zadovoljstva pacientov. Vrednotenje izkušenj bolnikov tako predstavlja način vključevanja pacientov v proces zdravljenja.

3.1 Dejavniki, ki vplivajo na pogled uporabnikov

Vpliv spola pacienta na zadovoljstvo s storitvami v zdravstvu v celoti ni povsem razjasnjen. Določene študije so pokazale, da ni opaznih razlik med spoloma (Choi in sod.

2005), medtem ko druge raziskave kažejo, da ženske izražajo nekoliko večje nezadovoljstvo (Cohen 1996). Obstaja tudi pozitivna povezava med naklonjenostjo zdravnika do pacienta in zadovoljstvom obeh - tako pacienta kot zdravnika (Hall 2003).

Starejši pacienti kažejo večje zadovoljstvo v primerjavi z mlajšimi (Kinnersley in sod. 1996). Razlogi za to so predvsem izkustveni: pri ocenjevanju zdravstvenih storitev starejši namreč primerjajo sedanje razmere s časom, ko je bila medicina manj razvita, zdravstvene ustanove so bile manj dostopne, primerni pripomočki in zdravila pa niso bili na voljo. Zato imajo nižja pričakovanja, ki so lažje uresničljiva. Starejši ljudje so običajno tudi bolj tolerantni in manj nagnjeni k izražanju nezadovoljstva. Različna področja zdravstvenih storitev so za določeno starostno skupino različno pomembna. Starejšim pacientom pa je pomembno, da jih vsakokrat obravnava isti zdravnik, medtem ko mlajši bolj želijo tehnično dovršenost zdravstvenih storitev (Choi in sod. 2005). Delovno aktivni mlajši posamezniki po drugi strani najbolj cenijo hiter dostop do zdravstvenih storitev (Jogan 2002, 194).

Nekateri študije nakazujejo, da obstaja povezava med zadovoljstvom pacientov in izboljšanjem njihovega fizičnega zdravstvenega stanja (Braunsberger in Gates 2002). Ugotovljeno je, da zadovoljni pacienti bolj aktivno in učinkovito sodelujejo v procesu zdravljenja. Posamezniki z resnejšimi zdravstvenimi težavami pogosto doživljajo stres, kar lahko vpliva na njihov odnos z zdravstvenim osebjem. Pacienti, ki se soočajo s slabšim zdravstvenim stanjem, pa naj bi bili po nekaterih raziskavah manj zadovoljni (Cohen 1996). Fizično zdravje posameznika namreč vpliva na njegovo vedenje in način komuniciranja (Hall, Milburn in Epstein 1993). Tisti, ki se soočajo z resnejšimi zdravstvenimi izzivi, kažejo večjo nagnjenost k negativni komunikaciji (Hall in sod. 1996).

Bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami so pacienti z nižjo izobrazbo v primerjavi s tistimi, ki imajo višjo izobrazbo. Višje izobraženi postavljajo predvsem višje standarde in imajo večja pričakovanja glede zdravstvenih storitev, zato so bolj razočarani, če storitve ne izpolnjujejo njihovih pričakovanj (Hall in Dornan 1990). Kritičnejši ocenjevalci odnosa zdravstvenega osebja niso nujno najbolj izobraženi, temveč tisti s strokovno izobrazbo, medtem ko so najmanj kritični ocenjevalci tisti z osnovnošolsko izobrazbo ali manj (Malnar 2002, 197). Višje izobraženi posamezniki tudi lažje prepoznajo svoje zdravstvene potrebe in si zagotovijo lažji dostop do zdravstvenih storitev v primerjavi s tistimi, ki so manj izobraženi. Manj izobraženi ljudje so bolj verjetno manj seznanjeni z možnostmi, ki so jim na voljo, in morda ne poznajo svojega položaja in pravic v zdravstvu (Malnar 2002, 194).

Znano je, da prejšnje čustveno stanje pacienta vpliva na stopnjo zadovoljstva (Newsome in Wright 1999). Bolj verjetno je, da bodo pacienti s psihosocialno disfunkcijo (npr. depresijo) izrazili nezadovoljstvo, če se njihova pričakovanja ne uresničijo (Costello in sod. 2008).

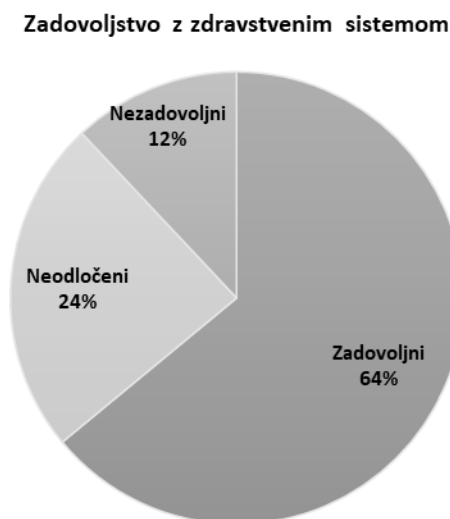
Splošno zadovoljstvo pacientov je povezano s splošnim zadovoljstvom v življenju (Roberts, Pascoe in Attkisson 1983). Tisti, ki dobro ocenjujejo svoje življenje, pozitivno ocenjujejo tudi zdravstvene storitve, kar pomeni, da so bolj tolerantni in manj zahtevni tudi pri zdravstvenih storitvah.

Leta 2016 je bilo ugotovljeno, da je v Republiki Sloveniji odnos do zdravstvenega sistema povezan s pacientovimi prejšnjimi izkušnjami z medicinsko oskrbo ter s pričakovanji, ki jih oblikuje na podlagi informacij, ki jih sliši o določeni zdravstveni ustanovi ali sistemu (Ostrc 2016). Poleg tega tudi zdravstveno stanje, starost, spol in družbenoekonomske okoliščine vplivajo na stališča do učinkovitosti sistema, potrebo po spremembah v zdravstvenem sistemu ter na splošno zadovoljstvo s sistemom (Ostrc 2016).

3.2 Mednarodna družboslovna anketa - Stališča do zdravja in zdravstvenega varstva

Mednarodna družboslovna anketa (an. International Social Survey Programme - ISSP) predstavlja kontinuiran program mednarodnega sodelovanja v letnih anketah, ki obravnavajo ključne teme za družboslovno znanstveno raziskovanje. Ta program združuje obstoječe družbeno-znanstvene projekte, usklajuje raziskovalne cilje in dodaja mednarodni in medkulturni vidik posameznim nacionalnim raziskavam. Vsaka raziskava vsebuje vprašanja o posameznikovem odnosu do različnih družbenih tem, kot so pravni sistem, spol in gospodarstvo. Poglobljeno obravnavane teme zajemajo okolje, vlogo vlade, družbeno neenakost, socialno podporo, vlogo družine in spola, delovno usmeritev, vpliv religije, vedenja ter verovanj na družbene in politične preference ter nacionalno identiteto. Sodelujoče države se razlikujejo od enega do drugega tematskega modula. Prva raziskava je potekala v letih 1985/86 v šestih državah, danes pa ISSP združuje 40 držav članic po vsem svetu. Raziskave potekajo letno, njihove vsebine so različne in se ponavljajo na nekajletni ravni. Anketiranje se izvaja osebno na terenu s standardiziranim vprašalnikom, ki vsebuje večino vprašanj zaprtega tipa. Leta 2011 je bil izveden tematski modul z naslovom »Slovensko javno mnenje 2011, zdravje in zdravstveno varstvo« (Health, ISSP 2011), ki ga je izvedel Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij na FDV. Obsežnejša primerjava dveh držav – Slovenije in Združenih držav Amerike je bila na podlagi odgovorov iz te raziskave razdelana v magistrski nalogi iz leta 2016 (Ostrc 2016).

Splošno zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom je v letu 2011 kazalo na precejšnje zadovoljstvo, saj je skoraj dve tretjini anketiranih bilo zadovoljnih z zdravstvenim sistemom v Sloveniji (Slika 1). Nezadovoljnih z zdravstvenim sistemom je bilo le 12% anketiranih.

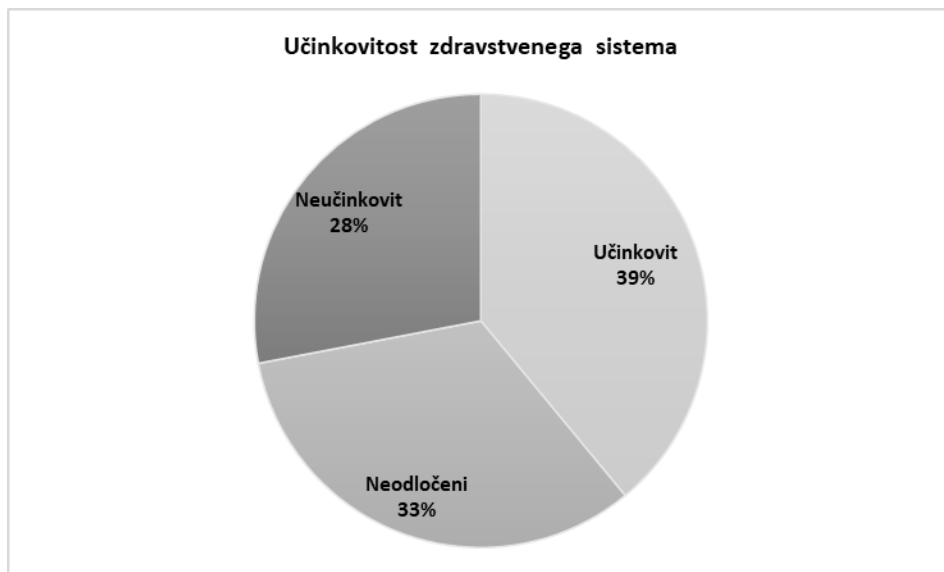


Slika 1: Porazdelitev odgovorov na vprašanje št. 22 (ISSP 2011) - Kako ste nasploh zadovoljni ali nezadovoljni s sistemom zdravstvenega varstva v Sloveniji?



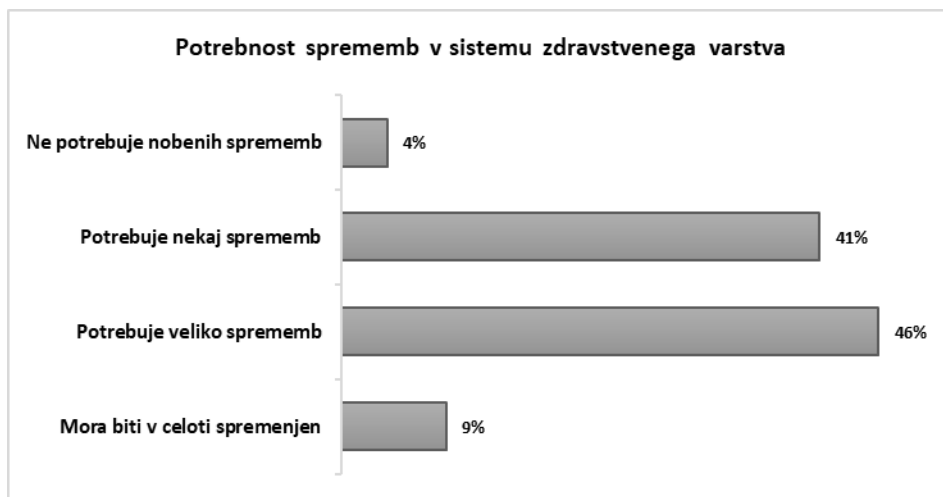
Slika 2: Porazdelitev odgovorov na vprašanje št. 23a (ISSP 2011) - *Kako ste bili zadovoljni ali nezadovoljni s tem, kako so vas obravnavali, ko ste nazadnje obiskali zdravnika?*

Bolj ciljano vprašanje je vprašanje 23a, kjer anketiranec poda svoje zadovoljstvo z obravnavo pri zadnjem obisku zdravnika. V letu 2011 je bilo zadovoljnih z obravnavo pri obisku zdravnika kar 85% anketirancev (Slika 2). Tak rezultat kaže na zadovoljnost s samo obravnavo kot tudi na pozitiven odnos do izbrane terapije ter najverjetneje tudi izida zdravljenja.



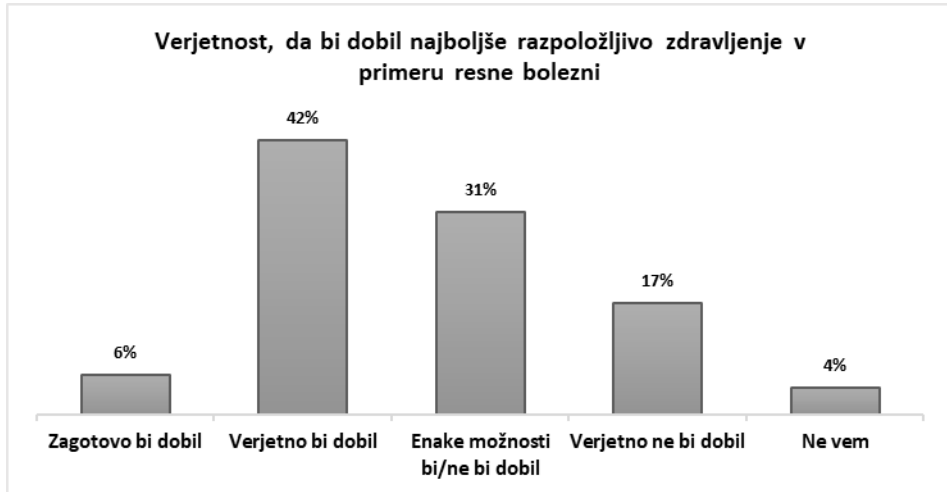
Slika 3: Porazdelitev odgovorov na vprašanje št. 6d (ISSP 2011) - *V celoti gledano je zdravstveni sistem v Sloveniji neučinkovit.*

Iz prejšnjega vprašanja izhaja logično nadaljevanje, tj. vprašanje glede potrebnosti sprememb zdravstvenega sistema. Leta 2011 je več kot polovica anketirancev menilo, da sistem potrebuje veliko sprememb ali mora biti v celoti spremenjen (Slika 4). Da sistem ne potrebuje sprememb je menilo le 4% vprašanih, kar je že pred 12 leti kazalo na veliko potrebo po zdravstveni reformi. Ko pogledamo starostno strukturo pri tem vprašanju je povprečje odgovorov najvišje pri starostni strukturi 61 let in več (3,18), do čimer je pri strukturi 31 do 45 let in 46 do 60 let skoraj podobno (2,99 in 2,97) kar kaže na to, da starejša populacija meni, da je sistem bolj učinkovit kot mlajši (Ostrc 2016). Ko pri enakem vprašanju pogledamo izobrazbeno strukturo vidimo, da mnenje o potrebnosti sprememb narašča linearno z izobrazbeno strukturo (Ostrc 2016).



Slika 4: Porazdelitev odgovorov na vprašanje št. 3 (ISSP 2011) - *Kaj bi nasploh rekli za zdravstveni sistem v Sloveniji? Ali menite, da...?*

Najbolj osebno vprašanje, ki posredno kaže na dostopnost in tudi zaupanje v zdravstveni sistem, pa je vprašanje »Kakšna je verjetnost, da bi dobili ali ne bi dobili najboljše razpoložljivo zdravljenje v primeru, da bi resno zboleli?«. Skoraj polovica anketirancev meni, da bi najboljše razpoložljivo zdravljenje v primeru resne bolezni zagotovo oz. verjetno tudi dobili (Slika 5). Izobrazbena struktura pri tem vprašanju kaže na trend, da bolj izobraženi bolj izražajo verjetnost, da bi dobili najboljše razpoložljivo zdravljenje v primeru resne bolezni (Ostrc 2016). Pri starostni strukturi trenda ni zaznati, saj so povprečja odgovorov zelo podobna pri vseh starostnih skupinah.



Slika 5: Porazdelitev odgovorov na vprašanje št. 21a (ISSP 2011) - *V primeru, da bi resno zboleli, kakšna je verjetnost, da bi dobili ali ne bi dobili najboljše razpoložljivo zdravljenje v Sloveniji?*

3.3 PREMs - Moja izkušnja, naše zdravstvo

Meritve izkušenj, o katerih poročajo pacienti (Patient-reported experience measures - PREMs), so orodja in instrumenti, ki poročajo o ocenah zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami in so splošna orodja, ki se pogosto uporabljajo za zajem celotne izkušnje pacientov z zdravstveno oskrbo (Weldring in Smith 2013). PREM se pogosto uporabljajo pri širši populaciji in v nespecifičnih okoljih, kot je ambulanta. Orodja za ugotavljanje izkušenj bolnikov se na primer lahko uporabljajo za spremljanje povratnih informacij bolnikov in se osredotočajo na splošne izkušnje, kot je storitev za stranke, in ne na izkušnje, povezane z določeno boleznijo. Ti instrumenti ali orodja so razkrili pozitivne povezave med zadovoljstvom bolnikov in varnostjo ter so zanesljivo merilo, kako dobro je bolnišnica sposobna zagotavljati kakovostne storitve z vidika bolnika (Doyle in sod. 2013). Na mednarodni ravni se PREM uporabljajo za ocenjevanje zdravstvenega varstva z vidika klinične učinkovitosti in ekonomske uspešnosti.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je med 8. majem in 23. junijem 2023 izvajal četrti val nacionalne raziskave o izkušnjah pacientov z obravnavo v bolnišnicah. Raziskava je zajela 22 slovenskih bolnišnic in 55 bolnišničnih oddelkov, kjer so izvajali zdravstvene dejavnosti v splošni kirurgiji ali drugih kirurških strokah, interni medicini ali drugih internističnih strokah, ginekologiji ali porodništvu, ortopediji ter onkologiji. Sodelovali so pacienti, ki so bili hospitalizirani vsaj eno noč in so po odpustu prejeli povabilo k sodelovanju v raziskavi. Vprašalnik so lahko izpolnili bodisi na papirju bodisi preko spletne ankete. Raziskavo je uspešno izpolnilo 3.367 pacientov, od tega 37,0% na kirurškem oddelku, 22,5% v interni, 19,6% v ginekološkem, 15,5% v ortopedskem ter 5,4% v onkološkem oddelku (NIJZ, 2023). Anketa je vsebovala 3 demografske kazalnike (spol, starost in izobrazba), samooceno zdravja, prisotnost kronične bolezni ter način sprejema v bolnišnico (načrtovani ali nujni sprejem oz. premestitev iz druge bolnišnice)

in 37 osebnih kazalnikov (npr. percepcija primernosti obravnave, pojasnilne dolžnosti, pomoč bolnišničnega osebja, itd.), ki se merijo z odstotki pozitivnih odgovorov. V tabeli 1 je opisanih 37 kazalnikov z rezultati v odstotkih.

Št.	Opis kazalnika	Rezultat (%)
K1	V bolnišnici so spremenili datum sprejema na kasnejši čas	16,3
K2	Čas od mojega prihoda v bolnišnico do pridobitve postelje na oddelku je trajal manj kot 1 uro	71,6
K3	Menim, da sem čakal dolgo časa, da sem dobil svojo posteljo na oddelku	11,5
K4	Zdravniki so se mi predstavili ob prvem stiku	90,7
K5	Zdravniki so me obravnavali vljudno in spoštljivo	90,4
K6	Na vprašanja, ki sem jih zastavil zdravniku, sem dobil odgovore na meni razumljiv	83,0
K7	Če me je kaj skrbelo ali če sem se česa bal, sem se o tem lahko pogovoril z zdravnikom	75,9
K8	V bolnišnici so mi predstavili načrt poteka oskrbe/zdravljenja	74,4
K9	Zdravnik mi je pred posegi ali preiskavami na razumljiv način razložil potek in možne zaplete	79,7
K10	Zdravnik mi je po posegih ali preiskavah na razumljiv način razložil, kako je potekal poseg ali preiskava	72,6
K11	Bil sem vključen v odločitve glede mojega zdravljenja v tolikšni meri, kot sem želel	77,4
K12	Zdravniki so kdaj pred mano govorili o meni, kot da me ni	6,9
K13	Med. sestre so me obravnavale vljudno in spoštljivo	90,0
K14	Na vprašanja, ki sem jih zastavil med. sestri, sem dobil odgovore na meni razumljiv način	88,2
K15	Ko sem potreboval in prosil za pomoč med. sestro, je trajalo do 5 minut, da je prišla	88,3
K16	Če me je kaj skrbelo ali če sem se česa bal, sem se o tem lahko pogovoril z med. sestro	81,2
K17	Zgodilo se mi je, da je nek zdravnik ali med. sestra o moji bolezni rekla eno, drug zdravnik ali med. sestra pa čisto nekaj drugega	5,7
K18	Dobil sem pomoč med. sester ali drugega osebja, ko sem šel na stranišče	88,0
K19	Če je želel član moje družine ali oseba, ki mi je blizu, govoriti z zdravnikom, je bilo dovolj priložnosti za to	74,1
K20	Pojasnili so mi razloge za jemanje na novo predpisanih zdravil	94,0
K21	Pojasnili so mi možne neželene učinke na novo predpisanih zdravil	68,5
K22	Zdravstveno osebje je storilo vse za zmanjšanje bolečin	88,0
K23	Bolnišnično osebje je pri izvedbi moje oskrbe dobro sodelovalo med seboj	88,2
K24	V bolnišnici so mi zagotovili dovolj zasebnosti	73,1
K25	Bolniška soba oz. oddelek, na katerem sem bil nameščen, je bil zelo čist	80,2
K26	Stranišča in kopalnice, ki sem jih uporabljal v bolnišnici, so bili zelo čisti	70,3
K27	Menim, da je bila bolnišnična oprema (postelje, vzmetnice, omarice itd.) v dobrem stanju	77,4
K28	Vedno so mi ponudili hrano v skladu z mojimi posebnimi prehranskimi zahtevami (npr. brez mleka, vegetarijansko, vegansko, itd.)	80,6
K29	Bolnišnično prehrano bi ocenil kot dobro	79,8
K30	Ponoči me je motil hrup, ki ga je povzročalo zdravstveno osebje	11,9
K31	Ponoči me je motil hrup, ki so ga povzročali drugi pacienti	27,5
K32	Ob odpustu sem prejel potrebne informacije o tem, kako se bo nadaljevalo moje zdravljenje oz. oskrba	80,6
K33	Ob odpustu sem dobil informacije o tem, katera zdravila moram jemati in kako	97,4
K34	Razumel sem, kako jemati zdravila po odpustu iz bolnišnice	98,1
K35	Zdravstveno osebje mi je povedalo, na katere opozorilne znake moram biti pozoren v zvezi z mojo boleznijo	90,7
K36	V bolnišnici sem bil seznanjen z možnostjo pritožbe in pohvale	75,7
K37	Splošna ocena bolnišnične obravnave - povprečje na lestvici od 0 do 10	9,08

Tabela 1: Opis 37 osebnih kazalnikov ankete PREMS v bolnišnicah z rezultati

Iz Tabele 1 je razvidno, da je v letu 2023 bila povprečna ocena obravnave v slovenskih bolnišnicah kar 9,08 od 10 možnih točk, pri čemer 10 pomeni najboljšo oceno, 0 pa najslabšo oceno. Tudi pri ostalih kazalnikih je zadovoljstvo visoko – povprečje pozitivnih korelacij je kar 83,22 %. Najnižji odstotek se je pojavljal pri percepciji čistoče sanitarij - 70,3% anketiranih je ocenilo, da so sanitarije čiste. Podoben odstotek (71,6%) je bil zaznan tudi pri času pridobitve postelje od sprejema v bolnišnico (ta proces je trajal manj kot eno uro).

4 Razprava

V članku smo predstavili dva pristopa oziroma podatke dveh raziskav. Najprej je predstavljena mednarodna družboslovna anketa - Stališča do zdravja in zdravstvenega varstva iz leta 2011. Izsledki so del obsežne obdobjne raziskave, ki vsebuje vprašanja o posameznikovem odnosu do različnih družbenih tem ne samo o zdravstvu in je tako z vidika posamezne inštitucije nespecifična. Tudi podatki so stari več kot 12 let in izhajajo iz obdobja pred epidemijo covid-19, ko je bila kondicija vseh zdravstvenih sistemov v veliko boljši kondiciji, tako z vidika pritiska na ustanove kot razpoložljivosti zdravstvenega osebja. Drugi predstavljen pristop so meritve izkušenj pacientov v posameznih ustanovah (ti. PREM) iz slovenskega prostora iz leta 2023. PREM zbirajo informacije o stališčih bolnikov o njihovih izkušnjah pri prejemanju oskrbe. So kazalnik kakovosti oskrbe pacientov, čeprav je ne merijo neposredno. Tudi PREM so najpogosteje v obliki vprašalnikov. Pri raziskavah PREM se ne preučujejo izidi oskrbe, temveč vpliv procesa oskrbe na pacientovo izkušnjo, npr. komunikacija in pravočasnost pomoči. Od anket o zadovoljstvu se razlikujejo po tem, da poročajo o objektivnih izkušnjah bolnikov in tako odpravljajo možnost poročanja o subjektivnih stališčih (Kingsley in Patel 2017).

Omejitve in izzive pri vrednotenju izkušenj pacientov je treba upoštevati tudi pri oblikovanju politik, ki temeljijo na izkušnjah pacientov in PREM. V ZDA Centri za storitve Medicare in Medicaid ter zasebne zavarovalnice metode povračila stroškov velikokrat utemeljujejo na ocenah zadovoljstva pacientov. Vendar je potrebno opozoriti, da sta lahko zanesljivost in ustreznost takšnih politik, ki se zanašajo na ocene zadovoljstva pacientov kot metrike brez upoštevanja konteksta, v nekaterih okoliščinah, kot je kirurgija, vprašljivi. Ugotovili so, da je zadovoljstvo bolnikov neodvisno od skladnosti bolnišnice s strokovnimi ukrepi za kirurške procese oskrbe (Liu in sod. 2021). Na primer, anestezirani bolnik ne more komentirati kakovosti kirurških ali varnostnih postopkov v operacijski dvorani. Lahko pa bi se navezal na postopke zdravstvene oskrbe zunaj operacijske dvorane, ki so mu znani (npr. sprejemni postopki, čistoča na oddelku, postopki odpuščanja), kar bi bilo koristno za izboljšanje splošne kakovosti oskrbe. Kar pa pri primerjavi rezultatov obeh pristopov razberemo pa je še vedno velik delež zaupanja v zdravstveni sistem kar je v luči aktualnih razmer po eni strani nenavadno po drugi strani pa zelo dobra osnova za gradnjo bodočih sistemskih rešitev.

Vsekakor je za načrtovanje politik smiselno uporabljati širše družboslovne raziskave kot je ISSP, a je v današnjem času več kot desetletno obdobje enostavno predolga doba aktualizacijo podatkov, zato si velja pomagati tudi z raziskavami temelječimi na PREM.

5 Sklepi

V svetu so se razvili različni modeli zdravstvenega varstva, ki so odvisni od zgodovine, kulture, vrednot ter ekonomske in politične usmerjenosti posamezne države. Zdravstvena oskrba je ključni del družbene organizacije in pomemben dejavnik za dvig produktivnosti dela, saj vpliva na kakovost življenja delavcev in celotne družbe. Država je zato v določeni meri odgovorna za zagotavljanje zdravstvene oskrbe prebivalstva. Po vsem svetu se že vrsto let soočajo s povečanimi stroški zdravstvenega varstva zaradi staranja populacije, napredka v medicinski znanosti in tehnologiji, ter večje ozaveščenosti in pričakovani ljudi. Žal pa večji stroški ne zagotavljajo nujno boljše učinkovitosti sistema ali izboljšanja zdravstvenega stanja prebivalstva. Slovenija se, tako kot mnoge druge države, sooča z naraščajočim pritiskom za povečanje sredstev za zdravstveno varstvo in izgubo javnih finančnih virov za zdravstvo, kar je povzročilo prizadevanja za spremembe v zdravstvenem sistemu. Epidemija covid-19 in pa dolgoživa družba sta te potrebe le še povečala. Iz odgovorov v prispevku je razbrati, da so uporabniki že pred 12 leti kazali veliko potrebo po zdravstveni reformi po drugi strani pa je zaupanje v sam proces zdravljenja in v sistem še vedno visoko.

Odločevalcem bi morale družboslovne raziskave biti vodilo pri načrtovanju in izvedbi strukturnih sprememb zdravstvenega sistema, saj so odličen smerokaz v katero smer je potrebno reformo izpeljati. Smotno bi bilo tudi obdobje ponavljati anketo z istim naborom vprašanj, saj je tako možno zaznati populacijske trende pri zaupanju v zdravstveni sistem.

Literatura

- Braunsberger, K., & Gates, R. H. (2002). Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of consumer marketing*, 19(7), 575-590.
- Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of services marketing*, 19(3), 140-149.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social science & medicine*, 42(7), 1085-1093.
- Costello, B. A., McLeod, T. G., Locke, G. R., Dierkhising, R. A., Offord, K. P., & Colligan, R. C. (2008). Pessimism and hostility scores as predictors of patient satisfaction ratings by medical out-patients. *International journal of health care quality assurance*, 21(1), 39-49.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1), e001570.
- Easton, D. (1975). A re-assessment of the concept of political support. *British Journal of Political Science*, 5(4), 435-457.
- Hall, J. A. (2003). Some observations on provider-patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 9-12.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., & Epstein, A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical care*, 84-94.
- Health Care in Europe. (2001). Retrieved from <http://stats.oecd.org/wbos/ViewHTML.aspx?Hide-TopMenu=yes&OpenMetadata=on> (Accessed January 25, 2024).
- Gov.si. (n.d.). Z novim letom prihaja obvezni zdravstveni prispevek. Retrieved February 14, 2024, from <https://www.gov.si/novice/2023-12-29-z-novim-letom-prihaja-obvezni-zdravstveni-prispevek/>
- Gorup, L. (2006). *Management v zdravstvu Republike Slovenije : diplomsko delo univerzitetnega študi-*

- ja [Diplomsko delo, Univerza v Mariboru]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&cid=8155>
- Jogan, M. (2003). Niko Toš, Brina Malnar (ur.): Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva : FDV-IDV, Ljubljana 2002, str. 239 [Recenzija, prikaz knjige, kritika]. *Teorija in praksa : revija za družbena vprašanja*, 40(3), 576–579. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <http://dk.fdv.uni-lj.si/tip/tip20033jogan.pdf>
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I., & Hackett, P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice*, 13(1), 41-51.
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *Bja Education*, 17(4), 137-144.
- Kolodinsky, J. (1999). Consumer satisfaction with a managed health care plan. *Journal of Consumer Affairs*, 33(2), 223-236.
- Liu, L., Gauri, D. K., & Jindal, R. P. (2021). The Role of Patient Satisfaction in Hospitals' Medicare Reimbursements. *Journal of Public Policy & Marketing*, 40(4), 558-570.
- Murko, E., Kralj, M., Ropret, N., & Zaletel, M. (2022). PREMS-Moja izkušnja, naše zdravstvo: Raziskave o izkušnjah pacientov z zdravstvenimi obravnavami. Retrieved from https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/prems_-_dokument_o_spremembah_vprasanikov_mz_24.5._mk.pdf (Accessed April 4, 2024).
- Mossialos, E. (1997). Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, 6(2), 109–116.
- Newsome, P. R. H., & Wright, G. H. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal*, 186(4), 161-165.
- NIJZ (2023). PREMS – odrasli (18+ let). Retrieved April 11, 2024, from <https://nijz.si/podatki/prems-odrasli-18/>
- Oder, M. (2008). *Primerjava sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in izbranimi evropskimi državami : magistrsko delo* [Magistrsko delo, M. Oder]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/oder3542.pdf>
- Ostrc, T. (2016). *Primerjava stališč uporabnikov zdravstvenih sistemov v Sloveniji in ZDA : magistrsko delo* [Magistrsko delo, T. Ostrc]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_ostrc-tadej.pdf
- Roberts, R. E., Pascoe, G. C., & Attkisson, C. C. (1983). Relationship of service satisfaction to life satisfaction and perceived well-being. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 373-383.
- Svenšek, R., & Wahl, J. (2007). Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev / Financing system of health care services. *Bilten: Ekonomika, Organizacija in Informatika v Zdravstvu*, 23(1), 5–20.
- Toth, M., Kramberger, B., Premik, M., Kalčič, M., Kidrič, D., & Košir, F. (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Weldring, T., & Smith, S. M. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, 61–68.
- World Health Organization. (1992). *Health dimensions of economic reform*. World Health Organization.