

A portrait of Igor Gregorič, a middle-aged man with grey hair and a beard, wearing glasses, a light blue shirt, a patterned tie, and a black leather jacket. He is looking slightly to the right of the camera. The background is a blurred indoor setting with warm lighting and a window with curtains.

**»Ljudem je  
treba povedati,  
kam gre denar«**

**Igor Gregorič, slovenski zdravnik v Teksasu**

*Andreja Lončar, foto: Barbara Reya*

## Slovenske bolnišnice morajo okrepiti merjenje in javno objavo podatkov o kakovosti in varnosti storitev, kot je to v navadi drugje po Evropi ter v ZDA, meni zdravnik Igor Gregorič, ki že 34 let živi in dela v ameriški zvezni državi Teksas.

Igor Gregorič je predstojnik kirurškega oddelka centra za napredovalo srčno popuščanje na univerzitetni kliniki Memorial Hermann Hospital v Houstonu.

Na vprašanje, zakaj se aktivno vključuje v debato o našem zdravstvenem sistemu, ki je pred pomembno reformo, je odgovoril: »Slovenija je in bo moja domovina. Delujem v drugem zdravstvenem sistemu, ki deluje in iz katerega bi nekaj ukrepov lahko prenesli tudi v slovenski prostor. Slovenska javnost pa s temi alternativami po mojem mnenju ni ustrezno seznanjena.«

Zadnje dni se je mudil na več dogodkih, med drugim na kongresu o prihodnosti zdravstva v Portorožu, kjer je predaval o alternativah trenutno veljavnemu sistemu in tudi tistemu, ki bi ga z reformo uvedla ministrica za zdravje Milojka Kolar Celarc.

### **Kateri so alternativni ukrepi, o katerih te dni predavate po Sloveniji?**

Nedvomno je treba začeti pri vzpostavljanju konkurenčnosti med zavarovalnicami. Čeprav zagovorniki današnjega sistema, v katerem ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) monopol, radi kot primer podobnega sistema dajejo Veliko Britanijo ali Kanado, je v vseh teh državah zagotovljena tudi konkurenca zasebnih zavarovalnic. Tudi v ZDA se 60 odstotkov dejavnosti financira iz državnega zavarovanja.

Drugi ukrep je sprostitev zasebnega zdravstva in ukinitev koncesij, kar bi pomenilo, da bi lahko tudi zdravniki v zasebnem zdravstvu zdravili bolnike iz javnega zdravstva. To bi izboljšalo konkurenčnost in posledično dvignilo kakovost zdravstva. Sam mislim, da bi morale državne ostati velike bolnišnice s terciarnim zdravstvom, torej specialistično dejavnostjo.

Posebno poglavje, ki ga je treba nasloviti, je strogo izvajanje meritev kakovosti in varnosti v zdravstvu ter javna objava podatkov o rezultatih teh meritev. V ZDA in Evropi je to stalna praksa. Pri nas ne, vsaj ne takšni meri.

Na kongresu je bilo veliko govora tudi o vodenju, učinkovitosti, finančni odgovornosti zdravstvenih ustanov, ki so nedvomno dobri v zasebnem zdravstvu, na drugi strani pa skoraj neodgovorni v javnem zdravstvu. Tu ni povratnih informacij, ni vzvodov in mehanizmov, ki javne bolnišnice prisilijo, da se ravnajo po tržnih zakonitostih.

**Če vas prav razumem, se vam, vsaj kar zadeva zavarovalnice, današnji sistem zdi boljši kot tisti, ki**

**ga želi z reformo uvesti Kolar Celarčeva in bi ukinil dopolnilno zavarovanje?**

Menim, da je tudi trenutni sistem preokoren, poznavajoč nek drug, ameriški sistem, ki deluje. Bolnik v Sloveniji ne more odločiti, kam bo šel njegov denar.

**Med ljudmi ideje o uvedbi konkurence med zavarovalnicami sprožajo strahove, da bi to vodilo v neko stanje, kjer bi bili »samo številka«, kjer bi tekma za dobički poslabšala kakovost storitev. Ameriški zdravstveni sistem v Sloveniji ne velja ravno za primer dobre prakse.**

Negativen odnos do ameriškega zdravstvenega sistema obstaja že 70 let, od leta 1945 dalje. A nekaj je teorija, nekaj strah, ki ima vedno velike oči, nekaj pa realnost.

Zmotno je na primer mišljenje, da so v ZDA ljudje, ki nimajo dostopa do zdravstvenega sistema. Drži sicer, da je 35 milijonov ljudi tudi po uvedbi zdravstvene reforme Baracka Obame brez zavarovanja. Od tega jih je 20 milijonov ilegalnih priseljencev, ki jih ne moreš zavarovati, ostalo pa so taki, ki menijo, da zavarovanja ne potrebujejo. A če ta človek zbolí, ga urgentni center prav tako mora sprejeti. Pri ambulantni obravnavi obstajajo bolnišnice prav za bolnike brez zavarovanja, kjer pa so čakalne vrste.

Sicer pa ni treba gledati čez lužo, lahko samo čez mejo. V Evropi obstajajo zdravstveni sistemi, kjer obstaja konkurenca državnega in zasebnega, pa sistem dobro deluje. Bojim se, da je z vidika

**Bolnik v Sloveniji ne more odločiti, kam bo šel njegov denar.**





onemogočanja vstopa zasebnega Slovenija nekakšen unikat.

Da ne bo pomote, sam ne zagovarjam tega, da bi morali v Sloveniji uvesti ameriški sistem. Menim pa, da obstajajo dobre prakse v tujini, ki bi jih lahko posvojili. Zakaj odkrivamo toplo vodo? Zakaj ne poiščemo dobre prakse v tujini in je posvojimo?

**Kaj je tisto, kar bolnišnice v ZDA »sili« v stremljenje h kakovosti in učinkovitosti?**

V ZDA mora bolnišnica obvezno javno objaviti parametre kakovosti. Naše delo lahko nadzoruje državna zavarovalnica, ki ima svoje revizorje in meri, ali smo v sprejemljivem intervalu, ki ga določijo na podlagi državnega povprečja. Če nismo, nam lahko dajo opomin. Če odstopanj ne popravimo, nam lahko zaprejo oddelek in prepovedo opravljanje dejavnosti. Strog nadzor je nujen za ohranjanje kakovosti.

Pa seveda tudi javna objava podatkov: v mojem primeru gre za podatke o poteku posega, ki ga opravi, njegovi (ne)uspešnosti, podatki o uspešnosti mehanične srčne podpore, finančnem poslovanju oddelka. Vse je objavljeno.

Na podlagi tega se rangira zdravnike in bolnišnice. Če je bolnišnica dobra, ima boljše izhodišče v pogajanjih z zavarovalnicami, večjo izbiro delovne sile, ker želijo vsi delati tam, ter več povpraševanja s strani bolnikov. Če je slaba, dobi manjše plačilo za opravljanje storitev.

**Pri napakah je ključno tudi, da se bolniku to odkrito pove. Bolniki ne prenašajo tega, da jim nekdo poskuša nekaj prikriti.**

**Nekdanji direktor Onkološkega inštituta Janez Remškar pogosto opozori, da v zdravstvenem sistemu nimamo sistema za evidentiranje napak - namesto, da bi se te beležilo in poskušalo odpraviti vzroke, se jih skriva. Kako je to urejeno pri vas?**

Napake so v vsakem sistemu. Vprašanje je, kako se uredi sistem njihovega reševanja. Če nastane zaplet, se pri nas o tem odprto pogovorimo. Tedensko imamo sestanke na to temo - imenujejo se morbidity and mortality conference -, na katerih sodelujejo zdravniki in drugo osebje. Ugotovi se, do kakšne napake je prišlo, kaj je vzrok in kako napako popraviti. Ne kaže se s prstom na tistega, ki se mu je to zgodilo, temveč se oblikuje protokole in smernice, da se napaka ne ponovi. Razen, če nekdo to stori namenoma; v tem primeru seveda sledi kazenski pregon.

**Če se postavite v kožo bolnika, katere so največje težave slovenskega zdravstvenega sistema?**

Če govorim o javnem zdravstvu - v zasebnem so po mojem mnenju večinoma zelo dobro organizirani -, bi izpostavil težave pri naročanju in čakalne vrste. Prostori so zastareli, prav tako tehnologija.

Od 40 let nazaj, ko sem sam opravljal specializacijo v ljubljanskem kliničnem centru, se prostori niso bistveno spremenili. Vsak bolnik bi moral imeti svojo sobo, to je standard v tujini, kjer je prostor tudi za družinske člane. V Sloveniji je v isti sobi tudi po šest bolnikov.

Bolnišnice morajo biti odprte, omogočati, da so svojci ves čas zraven bolnika, hkrati morajo biti prijazne in čiste, imeti morajo sodobno tehnologijo.

**Kako in kje bi vi začeli popravljati današnje stanje?**

Treba je združiti moči in z dobro voljo pristopiti k spremembam. Potrebno je prestrukturiranje financiranja, sprostitev zasebnega zdravstva ter eliminacija korupcije. Sam vidim priložnost tudi v medicinskem turizmu.

Če se izkaže, da je to potrebno, pa je treba tudi povečati izdatke za zdravstvo. Ekonomist Maks Tajnikar je na nekem predavanju dejal, da zdravstvo potrebuje dodatno milijardo evrov letno. Mislim, da se jo z omenjenimi ukrepi lahko dobi, treba pa je tudi optimizirati procese.

Dodatni denar bi lahko v zdravstvo dajali le ob pogoju, da se ljudem jasno pove, zakaj je dodaten denar potreben, za kaj se bo porabil in kako bodo učinke čutili oni. Ne pa da izgine in nihče ne vem, kam.

**Bi se vam zdelo smiselno v Sloveniji uvesti manjše doplačilo za recept ali storitev pri zdravniku?**

Participacija je delikatno vprašanje, a mislim, da je smiselna. Ne poznam Slovenca, ki si ne bi mogel privoščiti skodelice kave, ki stane evro ali dva. Če bi moral prispevati evro ali dva za recept, je to velik prispevek v zdravstveno blagajno. Spet pa poudarjam, da je treba ljudem pojasniti, za kaj gre denar. Morajo videti premike - krajše čakalne vrste, novo bolnišnico, morda boljše aparature.



V ZDA imaš lahko maksimalno zavarovanje, pa moraš vseeno za recept doplačati, enako tudi pri osebнем zdravniku.

**Ali bi več denarja v sistemu odpravilo anomalije ali bi bilo to zlivanje vode v škaf, ki pušča?**

Če je denar pravilno porabljen, torej da izboljša pogoje, ne more povečevati anomalij. Ob predpostavki, da se izboljšajo sistemi merjenja kakovosti in varnosti.

**Kako optimizirati procese?**

Eden od možnih prihrankov pri procesih, ki ga vidim, je eliminiranje ponavljanja postopkov v zdravstvenem domu in nato bolnišnici. Pri nas imamo v 12 bolnišnicah skupen elektronski sistem, zato lahko kot specialist kirurg vidim vse preiskave, ki jih je bolnik že opravil - to pa pomeni, da jih meni zelo verjetno ni treba ponoviti. Če je bolnik iz druge bolnišnice z drugim IT sistemom, prinese v papirni obliki ali na zgoščenki, tudi tu se postopki ne ponavljajo. Elektronski sistem je po mojem mnenju dolgoročno gledano naložba za boljši jutri.

**Memorial Hermann Hospital ima 12 bolnišnic v Houstonu, velikost mreže pa je po vaših navedbah primerljiva s slovenskim sistemom. Pri nas - z izjemo zapletenih specialističnih posegov - vse bolnišnice delajo vse, je to optimalno?**

Ne, vse bolnišnice ne morejo delati vsega. V našem podjetju se vsaka bolnišnica subspecializira za eno vejo, recimo za ortopedska obolenja. Vse bolnike za to področje iz ostalih 11 bolnišnic pošiljamo tja.

**A v Sloveniji reorganizaciji mreže nasprotuje tudi javnost. Spomnim se, ko je eden od ministrov želel reorganizirati mrežo porodnišnic in nujne medicinske pomoči. Ljudje so se uprli.**

Ljudi je treba osvestiti, izobraževati, jim pojasniti, zakaj je to optimalno. Da je določeno število posegov pogoj za strokovnost in kakovostno delo zdravnika.

Mislím, da je tega v Sloveniji premalo. Premalo je izobraževanja, nihče javnosti ne pojasni, zakaj je potrebno nekaj narediti. Ko sem sam delal kot zdravnik, tudi nisem razumel, zakaj neka bolnišnica ne more delati vsega, a sčasoma vidiš, da je to pogoj za uspeh. Moraš imeti podatke, potem razumeš.

**Koliko ste vpleteni v nabavne procese?**

Zadnjih pet let delam kot predstojnik kirurškega oddelka centra za napredovalo srčno popuščanje in vodim 130 ljudi. Kot zdravniki nismo vključeni v nabavne procese, smo pa vključeni v debato, katere materiale želimo, ali obstajajo alternativni materiali in drugo.

Oddelek mora tudi pri nabavi materiala poslovati ekonomično. Če sta dva enake kvalitete, izberemo cenejšega. Tako je z relativno poceni sanitetnim materialom in na drugi strani s srčnimi črpalkami, ki stanejo po 100 tisoč dolarjev.



O ceni se ne pogajamo mi, temveč nabavna služba, ki pokriva vseh 12 bolnišnic. Če se oni slabo izpogajajo, je to slabo zanje. Jaz sicer lahko dam pobudo, da bi uporabili določen material. A potem se poskuša material na nivoju mreže poenotiti.

**Se pri vas kdaj oglasijo dobavitelji?**

Vsak dan.

**Vas poskušajo prepričati, da jim uredite ugodnejše pogoje sodelovanje z bolnišnico?**

Ne, ni poskusov vplivanja, ker jim ne morem pomagati. Oni mi sicer lahko predstavijo materiale. Tistim, ki so v redu, rečem, da sem z izdelkom zadovoljen, nato pa jih napotim, da naj se izpogajajo z bolnišnico. Jaz se pogovarjam o stroki, o tem, ali želim njihov izdelek ali ne.

Nimam pa nobenega vpliva na nabavni proces in pogajanja o ceni. Na tem nivoju bolnišnica deluje kot podjetje in velja tržna logika. Nabavniki ves čas primerjajo, koliko plačujejo konkurenčna podjetja, kolikšna je poštena tržna vrednost.

**Kaj pa farmacevtske donacije zdravnikom?**

Tu v osnovi ne vidim nič spornega, morajo pa donacije iti na institucijo, ta pa naj nato razpolaga ter pošilja ljudi na izpopolnjevanja. Ne vem, kako postopek poteka v Sloveniji, a v ZDA in po Evropi so donacije v zdravnikov žep protizakonite.<sup>gg</sup>

**Premalo je izobraževanja, nihče javnosti ne pojasni, zakaj je treba nekaj narediti.**