

POSLANSTVO

Računsko sodišče pravočasno in objektivno obvešča javnosti o pomembnih razkritjih poslovanja državnih organov in drugih uporabnikov javnih sredstev ter svetuje, kako naj državni organi in drugi uporabniki javnih sredstev izboljšajo svoje poslovanje.



REPUBLIKA SLOVENIJA
RAČUNSKO SODIŠČE

Revizijsko poročilo

Čakalne dobe v Univerzitetnem kliničnem centru

Ljubljana

Številka: 320-7/2012/251

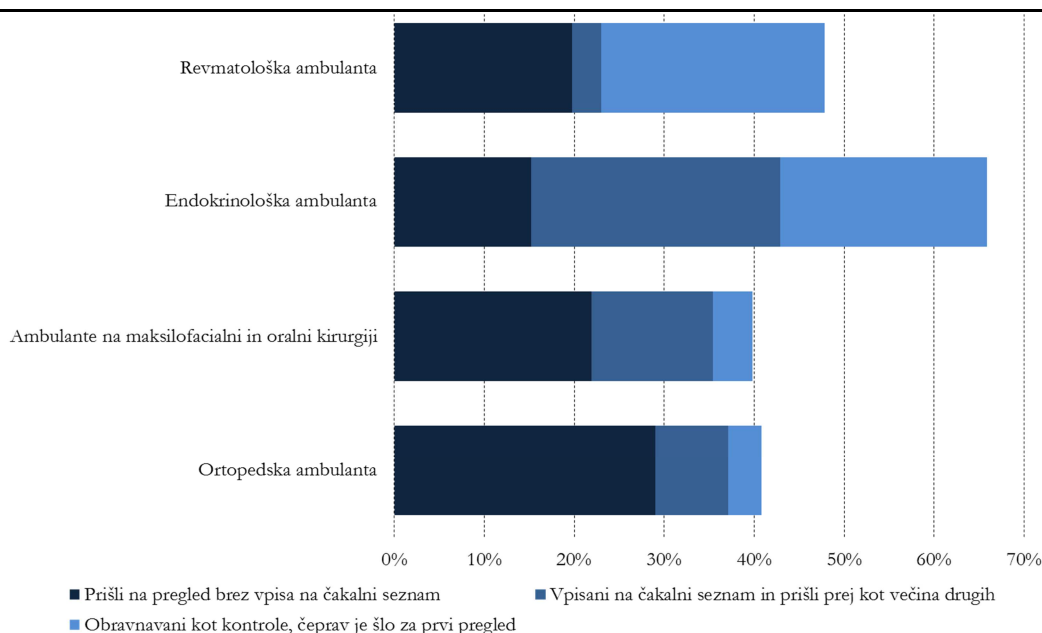
Ljubljana, 12. februarja 2014

Povzetek

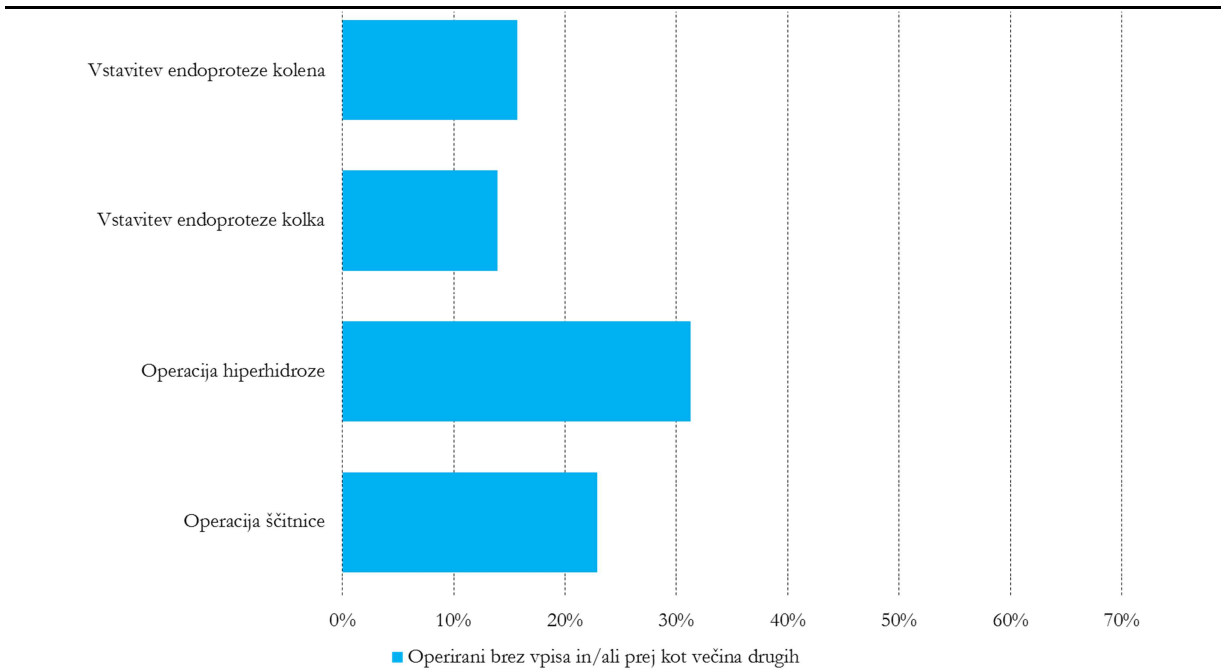
Računsko sodišče je v reviziji smotrnosti poslovanja ugotovilo, da Univerzitetni klinični center Ljubljana na področju čakalnih dob v letu 2012 *ni bil uspešen, saj ni zagotovil enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev.*

Pri pregledu poslovanja petih izbranih organizacijskih enot (klinik oziroma kliničnih oddelkov) je računsko sodišče pri vodenju čakalnih seznamov odkrilo pomembne nesmotrnosti in odstopanja od pravnih podlag, zaradi katerih so bili pacienti pri dostopu do zdravstvenih storitev neenakopravno obravnavani. Čakalni sezname v različnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana se vodijo na izrazito različne načine, pri čemer v nobeni pregledani organizacijski enoti ni bila v celoti zagotovljena sledljivost, kdo je spreminjal vrstni red pacientov, kdaj in iz kakšnih razlogov.

Računsko sodišče je ugotovilo, da je od 15,2 odstotka do 29 odstotkov nenujnih pacientov prišlo na specialistični pregled takoj (brez vpisa na čakalni seznam), od 3,2 odstotka do 27,7 odstotka pacientov je bilo vpisanih na čakalni seznam, a so prišli na vrsto prej, kot večina ostalih pacientov z isto stopnjo nujnosti. Dodatnih 3,7 odstotka do 24,8 odstotka pacientov pa so v pregledanih organizacijskih enotah obravnavali kot, da so prišli na kontrolni pregled, čeprav bi jih morali obravnavati kot paciente, ki čakajo na prvi specialistični pregled in jih vpisati na čakalni seznam. Delež pacientov, ki so bili prednostno obravnavani, se med posameznimi organizacijskimi enotami razlikuje in je predstavljen na sliki.



Pri operativnih posegih je računsko sodišče ugotovilo, da je od 13,9 odstotka do 31,3 odstotka nenujnih pacientov prišlo na operacijo brez predhodnega vpisa na čakalni seznam oziroma so bili na vrsti prej kot večina drugih pacientov. Delež pacientov, ki so bili prednostno operirani, je predstavljen na sliki.



Opomba: Na obeh slikah so predstavljeni deleži nenujnih pacientov, ki so bili prednostno obravnavani, glede na vse paciente, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam in obravnavani glede na datum vpisa.

Računsko sodišče je med drugim ugotovilo tudi, da v nobeni organizacijski enoti niso ustrezno obvladovali tveganj za morebitna koruptivna dejanja, saj niso preprečili možnosti, da bi pacient do zdravstvene storitve prišel neposredno po dogovoru z zdravnikom ali drugim zaposlenim, in so sprejemali tudi nenaročene paciente brez napotnice s stopnjo nujnosti nujno. Hkrati pa so v vseh pregledanih organizacijskih enotah pomemben del pacientov pregledali oziroma operirali brez upoštevanja čakalne dobe pacientov. Računsko sodišče je ocenilo, da informacijski sistemi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana niso v celoti podpirali vseh postopkov za uspešno in učinkovito vodenje čakalnih seznamov, prav tako tudi niso vsebovali učinkovitih kontrolnih mehanizmov, s katerimi bi zmanjšali dokazana tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev tako z vidika preprečevanja sprejema nenujnega pacienta, ki pred tem ni bil uvrščen na čakalni seznam, kot tudi z vidika nadzora nad morebitnimi odmiki.

Obenem je računsko sodišče ocenilo, da vodstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana ni bilo uspešno pri zastavljanju cilja, spremljanju in ukrepanju za zagotavljanje enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter pri nadzoru nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah. Ker vodstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana večine tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov ni zaznalo in tudi ni sistematično ukrepalo za njihovo obvladovanje, je računsko sodišče podalo tudi več *priporočil* in zahtevalo izvedbo *popravljalnih ukrepov*, ki so usmerjena predvsem v preprečevanje neenakopravne obravnave pacientov v prihodnje, in ustrezen nadzor nad morebitnimi odmiki.

KAZALO

1. PREDSTAVITEV REVIZIJE	7
1.1 OPREDELITEV REVIZIJE	7
1.2 UTEMELJITEV REVIZIJE	7
1.3 PREDSTAVITEV REVIDIRANCA.....	9
1.4 REVIZIJSKI PRISTOP	11
2. USPEŠNOST NAČRTOVANJA IN NADZORA	12
3. ENAKOPRAVNOST PRI VODENJU ČAKALNIH SEZNAMOV	15
3.1 PRAVNE PODLAGE ZA VODENJE ČAKALNIH SEZNAMOV.....	16
3.2 KLINIČNI ODDELEK ZA REVMA TOLOGIJO	19
3.3 KLINIČNI ODDELEK ZA ENDOKRINOLOGIJO, DIABETES IN BOLEZNI PRESNOVE	25
3.4 KLINIČNI ODDELEK ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO	30
3.5 ORTOPEDSKA KLINIKA.....	36
3.6 KLINIČNI ODDELEK ZA TORAKALNO KIRURGIJO	49
3.7 VLOGA INFORMACIJSKIH SISTEMOV PRI ZAGOTAVLJANJU ENAKOPRAVNOSTI PACIENTOV	55
3.8 POVZETEK UGOTOVITEV PREGLEDA ORGANIZACIJSKIH ENOT ZAVODA	56
4. USPEŠNOST DOSEGANJA CILJEV	60
5. MNENJE	61
6. PRIPOROČILA	63
7. ZAHTEVA ZA PREDLOŽITEV ODZIVNEGA POROČILA	64

1. PREDSTAVITEV REVIZIJE

Revizijo smo izvedli na podlagi Zakona o računskem sodišču¹ (v nadaljevanju: ZRacS-1) in Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije² ter v skladu z mednarodnimi revizijskimi standardi, ki jih določa Napotilo za izvajanje revizij³.

S sklepom o izvedbi revizije⁴ je bil za revidiranca določen Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, Ljubljana (v nadaljevanju: zavod).

1.1 Opredelitev revije

Revizija je bila opredeljena kot revizija smotrnosti poslovanja. Cilj revizije je bil *izrek mnenja o uspešnosti poslovanja zavoda na področju čakalnih dob v letu 2012* oziroma odgovoriti na vprašanje, *ali je v zavodu zagotovljena enakopravna dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev*. Z revizijo smo zajeli obdobje poslovanja od 1. 1. do 31. 12. 2012 (v nadaljevanju: obdobje, na katero se nanaša revizija). Pri posameznih vprašanjih smo poročali tudi o stanju in aktivnostih pred in po obdobju, na katero se nanaša revizija⁵, vendar to ni vplivalo na izrek mnenja.

Da smo lahko izrekli mnenje, smo si postavili naslednje podcilje:

- oceniti uspešnost zavoda pri zastavljanju ciljev, načrtovanju spremljanja in predvidenem ukrepanju pri zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter pri nadzoru nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah;
- oceniti uspešnost zavoda pri vodenju posameznih čakalnih seznamov in zagotavljanju enakopravne dostopnosti do zdravstvenih storitev po posameznih organizacijskih enotah;
- oceniti uspešnost zavoda pri doseganju zastavljenih ciljev na področju čakalnih dob z namenom preprečevanja neenakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev.

1.2 Utemeljitev revizije

Vodenje čakalnih seznamov in čakalne dobe pri izvajalcih zdravstvenih storitev določata Zakon o pacientovih pravicah⁶ (v nadaljevanju: ZPacP), ki je bil objavljen v začetku leta 2008, in Pravilnik o

¹ Uradni list RS, št. 11/01, 109/12.

² Uradni list RS, št. 91/01.

³ Uradni list RS, št. 43/13.

⁴ Št. 320-7/2012/3 z dne 22. 8. 2012.

⁵ Obdobje pred letom 2012 ter med 31. 12. 2012 in 19. 12. 2013.

⁶ Uradni list RS, št. 15/08.

najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov⁷ (v nadaljevanju: pravilnik) iz leta 2010. Minimalne standarde za zagotavljanje kakovostnega poslovanja izvajalcev zdravstvenih storitev s pacienti ureja še Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu⁸ (v nadaljevanju: uredba), ki jo je Vlada Republike Slovenije (v nadaljevanju: vlada) izdala leta 2008.

ZPacP določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev, med njimi tudi pravico do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi. V reviziji smo preverili predvsem, ali so bili pacienti z enako stopnjo nujnosti⁹ pri dostopu do zdravstvene storitve obravnavani enakopravno, se pravi po vrstnem redu tako, kot so bili vpisani na čakalni seznam.

Za izvedbo revizije smo se odločili, ker so čakalne dobe v zdravstvu zaradi omejenih kadrovskih in finančnih virov, prostorskih ter drugih materialnih zmogljivosti (na primer zasedenost medicinske opreme) že vrsto let resna težava. To se odraža na dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev in vpliva tudi na enakopravno obravnavo pacientov, ki čakajo na zdravstveno storitev. Ocenili smo, da obstajajo tveganja, ki smo jih razdelili na več vsebinskih sklopov:

- določanje ciljev: obstaja tveganje, da zavod nima določenih ciljev za zagotovitev enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev oziroma da cilji niso natančni, merljivi, dosegljivi, relevantni in časovno določeni;
- spremljanje, nadzor in ukrepanje: obstaja tveganje, da zavod ne spremlja doseganja ciljev na način, ki bi omogočil ustrezno in pravočasno ukrepanje za doseg ciljev, ter da ne izvaja nadzora nad vodenjem čakalnih seznamov oziroma je ta neučinkovit;
- vodenje čakalnih seznamov: obstaja tveganje, da zavod ne vodi čakalnih seznamov smotrno in skladno s pravnimi podlagami ter da informacijski sistemi, ki jih posamezne organizacijske enote zavoda uporabljajo, ne podpirajo vseh potrebnih postopkov za uspešno in učinkovito vodenje čakalnih seznamov;
- podatki o čakalnih dobah: obstaja tveganje, da podatki o čakalnih dobah niso pravilni, posodobljeni in popolni;
- zagotavljanje enakopravne dostopnosti do zdravstvenih storitev: obstaja tveganje, da zavod ne vodi čakalnih seznamov tako, da bi zagotavljal enakopraven dostop pacientov do zdravstvenih storitev in tudi nima vzpostavljenega sistema za ugotavljanje in obvladovanje tveganj, ki lahko prispevajo k neenakopravni obravnavi pacientov; zaradi tega obstaja tveganje, da je neenakopravna obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev v letu 2012 ostala na enaki ravni kot v predhodnih obdobjih oziroma, da se je stanje celo poslabšalo.

⁷ Uradni list RS, št. 63/10.

⁸ Uradni list RS, št. 98/08.

⁹ V skladu z drugim odstavkom 3. člena pravilnika so mogoče tri stopnje nujnosti: nujno, hitro in redno, pri čemer nujni pacienti niso predmet vpisa na čakalni seznam.

1.3 Predstavitev revidiranca

Za revidiranca smo določili Univerzitetni klinični center Ljubljana, kot največji javni zdravstveni zavod, ki ga je ustanovila Republika Slovenija. Temeljne dejavnosti zavoda so zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni, izobraževalna ter raziskovalna dejavnost¹⁰.

Upravljanje in vodenje zavoda urejajo Odlok o preoblikovanju javnega zdravstvenega zavoda Klinični center v javni zdravstveni zavod Univerzitetni klinični center, Statut Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana¹¹ (v nadaljevanju: statut) ter Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih¹². Organi upravljanja so: generalni direktor zavoda, strokovni direktor zavoda, svet zavoda in strokovni svet zavoda.

Svet zavoda je organ upravljanja, ki ima enajst članov, od katerih je šest predstavnikov ustanovitelja, trije predstavniki zaposlenih, predstavnik Mestne občine Ljubljana in predstavnik zavarovancev oziroma uporabnikov. Svet zavoda odloča o imenovanju generalnega in strokovnega direktorja zavoda, sprejema statut, programe dela, razvoja in nabav, investicij in naložb ter spremlja njihovo izvrševanje, sprejema tudi finančni načrt in odloča o razporejanju presežkov prihodkov nad odhodki ter o drugih stvareh, skladno s statutom zavoda.

Strokovni svet je kolegijski strokovni organ, ki načrtuje, obravnava in usmerja strokovno dejavnost zavoda. Sestavljajo ga strokovni direktor zavoda, strokovni direktorji klinik, dva predstavnika samostojnih klinik in kliničnih inštitutov ter glavna medicinska sestra zavoda. Vodi ga strokovni direktor zavoda.

Generalni direktor predstavlja in zastopa zavod ter organizira in vodi poslovanje zavoda. Za poslovni uspeh, uravnoteženje poslovnih in strokovnih interesov ter za zakonitost poslovanja odgovarja ustanovitelju ter predlaga temelje poslovne politike in načrte razvoja zavoda. Imenuje in razrešuje ga svet zavoda s soglasjem vlade, imenovan je za dobo štirih let.

Strokovni direktor zavoda vodi, usklajuje in odgovarja za strokovno zdravstveno dejavnost zavoda. Odgovoren je tudi za uresničevanje uravnoteženega strokovnega razvoja in strokovnega povezovanja z drugimi zdravstvenimi zavodi.

Tabela 1: Odgovorna oseba zavoda v obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije

Odgovorna oseba	Obdobje odgovornosti
mag. Simon Vrhunec, generalni direktor	od 11. 8. 2009 do 10. 8. 2013
mag. Simon Vrhunec, vršilec dolžnosti generalnega direktorja	od 11. 8. 2013

¹⁰ 1. in 4. člen Odloka o preoblikovanju javnega zdravstvenega zavoda Klinični center v javni zdravstveni zavod Univerzitetni klinični center (Uradni list RS, št. 138/06, 27/07).

¹¹ Statut Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana z dne 30. 7. 2007 in spremembe statuta z dne 27. 7. 2010, 23. 8. 2011 in 22. 1. 2013, [URL: <http://www.kclj.si/index.php?m=2&s=0&id=178&d=0>], februar 2014.

¹² Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana z dne 16. 3. 2009.

Delo v zavodu je na področju temeljne zdravstvene dejavnosti organizirano na klinikah, kliničnih inštitutih, kliničnih oddelkih, centrih in službah ter sektorjih. Skupaj v zavodu deluje 131 različnih organizacijskih enot, vsaka enota ima vodjo, ki jo zastopa in je odgovoren za organizacijo dela, izpolnjevanje načrtovanega dela, strokovni razvoj in uravnoteženost delovanja enote s finančnimi viri.

Nekatere klinike imajo v sestavi več notranjih organizacijskih enot (kliničnih oddelkov). To so: Interna klinika, Kirurška klinika, Nevrološka klinika, Ginekološka klinika, Pediatrična klinika in Stomatološka klinika, ki jih vodijo strokovni direktor, glavna medicinska sestra in poslovni direktor. Posamezne klinične oddelke vodijo predstojniki in glavne medicinske sestre. Predstojniki so odgovorni za poslovanje organizacijske enote pa tudi za smotrno organizacijo dela. Med njihove naloge sodijo načrtovanje, organiziranje, koordiniranje in nadziranje dela v organizacijski enoti, razpolaganje s kadrovskimi viri znotraj delovnega procesa organizacijske enote, odgovorni pa so tudi za uresničevanje načrtovanih nalog in ciljev, določenih v finančnem načrtu¹³.

Samostojne klinike in klinični inštituti so: Dermatovenerološka klinika, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Očesna klinika, Ortopedska klinika, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Inštitut za medicinsko rehabilitacijo ter Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Te enote imajo skupno poslovno upravljanje, posamezne enote pa vodijo predstojniki in glavne medicinske sestre. Samostojno deluje tudi Negovalna bolnišnica, ki po končani akutni bolnišnični obravnavi oskrbuje paciente, ki potrebujejo zdravstveno nego, zdravstveno vzgojo ali rehabilitacijo oziroma čakajo na rešitev socialnega problema.

Kot samostojne diagnostične enote delujejo Klinika za nuklearno medicino, Klinični inštitut za radiologijo ter Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo, ki imajo skupno poslovno upravljanje, posamezne enote pa vodijo predstojniki.

Za posamezna strokovna področja so znotraj klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov oblikovani centri in službe, ki jih vodijo vodje¹⁴.

Na dan 31. 12. 2011 je 49.615 pacientov čakalo, da v zavodu opravijo določeno zdravstveno storitev¹⁵. Na prvi ambulantni pregled je čakalo 32.731 pacientov (66 odstotkov vseh čakajočih), na bolnišnični poseg 9.512 pacientov (19,2 odstotka vseh čakajočih), na diagnostični poseg pa 7.372 pacientov (14,8 odstotka vseh čakajočih). Skupno število čakajočih nad dopustno čakalno dobo¹⁶ je bilo 4.217 pacientov, kar je 8,5 odstotka čakajočih¹⁷.

¹³ Povzeto po 14. in 15. členu Pravilnika o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana z dne 16. 3. 2009.

¹⁴ Letno poročilo 2012, [URL: http://www.kclj.si/dokumenti/000005c3-0000053d-ukc_poslovno_porocilo_2012_inside_final.pdf], februar 2014 (v nadaljevanju: letno poročilo 2012), str. 14.

¹⁵ Skupno število vseh čakajočih, pri čemer je lahko posamezen pacient štet večkrat, če je čakal na več različnih zdravstvenih storitev.

¹⁶ Najdaljše pričakovano obdobje od vpisa na čakalni seznam do dejanskega začetka zdravljenja pacienta glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve.

¹⁷ Letno poročilo 2011, str. 29.

Na dan 31. 12. 2012 je bilo v zavodu 7.713 zaposlenih, od tega 1.197 zdravnikov in 3.693 medicinskih sester, skupno število bolniških postelj v zavodu pa je bilo 2.178. V letu 2012 so opravili 761.824 specialističnih ambulantnih pregledov, v bolnišnični obravnavi se je zdravilo 101.631 pacientov¹⁸.

1.4 Revizijski pristop

Revizijo smo izvedli tako, da smo zbirali, pregledovali in proučevali revizijske dokaze, povezane z zagotavljanjem enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev pri vodenju posameznih čakalnih seznamov v zavodu. Pri tem smo uporabili predvsem naslednje kvalitativne in kvantitativne metode ter tehnike revidiranja:

- proučevanje pravnih podlag s področja revizije;
- zbiranje in analiza podatkov o gibanju števila čakajočih pacientov, predvidenih in realiziranih čakalnih dobah ter opravljenih zdravstvenih storitvah;
- pregled objav o čakalnih dobah v čakalnicah izbranih organizacijskih enot zavoda, na spletnih straneh zavoda in poročil, posredovanih zunanjim institucijam (predvsem Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije¹⁹; v nadaljevanju: IVZ, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije; v nadaljevanju: ZZZS in Ministrstvu za zdravje; v nadaljevanju: ministrstvo);
- ogled čakalnic in drugih prostorov v zavodu;
- pregled delovanja posameznih informacijskih sistemov, ki jih zavod uporablja za vodenje čakalnih seznamov;
- proučevanje podatkov in informacij o vsebini in poteku dosedanjih aktivnosti zavoda z uporabo metode zbiranja in pregleda dokumentacije, proučevanje dokumentacije, pridobljene na podlagi pisnega (vprašalnik, zahteva za predložitev listin, pojasnila) ali ustnega zaprosila (intervju, razgovor) in metode analize vprašanj;
- proučevanje drugih javno dostopnih podatkov s področja revizije.

Podrobno metodologijo nadzora, ki smo jo uporabili v zavodu pri preverjanju enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, smo že med izvajanjem revizije predstavili tudi Službi za pogodbene odnose z ZZZS, ki se v zavodu ukvarja s čakalnimi dobami, in Službi za notranjo revizijo, ki je pristojna za preverjanje sistemov poslovanja in notranjih kontrol ter svetovanje poslovodstvu za izboljšanje učinkovitosti poslovanja zavoda.

¹⁸ Letno poročilo 2012, str. 12.

¹⁹ Za izvajanje nalog na področju javnega zdravja, ki jih je v letu 2012 opravljal Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, je v skladu z Zakonom o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 14/13) pristojen Nacionalni inštitut za javno zdravje.

2. USPEŠNOST NAČRTOVANJA IN NADZORA

V reviziji smo preverili, ali in kakšne cilje si je vodstvo zavoda zastavilo za zagotovitev enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev, ali in kako spremlja doseganje ciljev in izvaja nadzor nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah ter po potrebi ukrepa.

Ugotovili smo, da je bila zagotovitev enake dostopnosti do zdravstvene oskrbe vsem pacientom eden od strateških ciljev zavoda za obdobje med letoma 2008 in 2013²⁰. V strategiji razvoja je bilo predvideno, da bo zavod posebno pozornost posvetil skrajševanju čakalnih dob, načrtovali so širitev programov ter notranje prestrukturiranje prostorov in kadrov med posameznimi organizacijskimi enotami, s čimer bi uravnavali povečan dotok zahtevnih pacientov in hkrati zagotavljali ustrezen standard obravnave pacientov.

Ocenjujemo, da naveden cilj ni bil natančen, saj ni vseboval izhodiščnega ter želenega končnega stanja na področju enakopravnega dostopa pacientov do zdravstvenih storitev. Prav tako cilj tudi ni bil časovno določen in merljiv, saj ni imel predvidenega roka, v katerem naj bi ga dosegli, obenem pa niso bila določena merila in kazalci, s katerimi bi lahko merili uspešnost njegovega doseganja. Po naši oceni so bile aktivnosti za doseg cilja pomanjkljivo opredeljene, predvsem ker ni bilo jasne povezave, kako bi izvedba aktivnosti prispevala k doseganju zastavljenega cilja.

V Programu dela in finančnem načrtu za leto 2012²¹ (v nadaljevanju: program dela) so v zavodu oblikovali deset ključnih letnih ciljev (eden je bil tudi za področje obvladovanja čakalnih dob). Med njimi ni bilo cilja, ki bi bil neposredno povezan z zagotovitvijo enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev.

V reviziji smo želeli preveriti, ali in kako vodstvo zavoda spremlja doseganje cilja zagotovitve enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev in – v primeru odstopanj – po potrebi tudi ukrepa za doseg tega cilja. Pri tem smo ugotovili, da vodstvo nima izdelanih meril in kazalcev za spremljanje enakopravne dostopnosti pacientov. Zavod v obdobju, na katero se nanaša revizija, tudi ni izvajal sistematičnega nadzora nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah, s katerim bi preverili spoštovanje enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev²².

²⁰ Strategija razvoja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana za obdobje 2008–2013, Ljubljana, december 2008, str. 22, 23, 40 in 41.

²¹ Program dela in finančni načrt za leto 2012, str. 10, [URL: http://www.kclj.si/dokumenti/000004e0-00000431-fn12_20120104.pdf], februar 2014.

²² V zavodu so v letu 2012 obravnavali 12 pritožb pacientov, ki niso bili zadovoljni z načinom obravnave pri postopku naročanja oziroma so menili, da predolgo čakajo na termin za zdravstveno storitev. Pritožbe pacientov so v zavodu obravnavali individualno.

V zavodu so v obdobju, na katero se nanaša revizija, skladno z letnim ciljem obvladovanja čakalnih dob redno spremljali zgolj dolžino čakalnih dob. Podatke o dolžini čakalnih dob in številu čakajočih pacientov so vodile posamezne organizacijske enote zavoda in jih mesečno posredovale Službi za pogodbene odnose z ZZZS, ki deluje znotraj področja za izvajanje poslovno administrativne dejavnosti zavoda. Ta služba je pripravljala zbirna poročila in jih po potrebi posredovala zunanjim institucijam ter mesečno objavljala na spletnih straneh zavoda²³. Pri tem smo ugotovili, da pri objavi podatkov na spletni strani zavoda prihaja do zamika, saj podatke za pretekli mesec objavljajo do desetega dne v mesecu in ne prvega, kot to določa 9. člen pravilnika. Ugotovili smo tudi, da zavod nima urejene dnevne oziroma stalne izmenjave podatkov o čakalnih dobah z IVZ, kot to določata 16. člen ZPacP in 10. člen uredbe.

Pojasnilo zavoda

Za vodenje čakalnih seznamov zavod še nima izdelane ustrezne programske izmenjave in obdelave podatkov iz različnih računalniških sistemov. Podatki se zbirajo po elektronski pošti na predpisanem obrazcu. Pridobljeni podatki se preverijo in pripravijo za objavo na spletni strani zavoda in za IVZ. Po usmeritvah IVZ se podatki vnesejo v njihovo aplikacijo od prvega do petega dne v mesecu in tega roka zavod do zdaj ni prekorščil. Dnevne oziroma stalne izmenjave podatkov o čakalnih dobah z IVZ ni, ker je IVZ ne zahteva in ne uporablja. Podatke s čakalnih seznamov je mogoče pridobiti katerikoli dan v mesecu.

Na podlagi pregleda razpoložljive dokumentacije smo ugotovili, da je bil nadzor nad pravilnostjo prejetih podatkov pomanjkljiv, saj so v Službi za pogodbene odnose z ZZZS ukrepali le, kadar je prišlo do očitnih logičnih odstopanj. V teh primerih so pristojno organizacijsko enoto zaprosili, da preveri podatke in poda morebitno pojasnilo. V obdobju, na katero se nanaša revizija, so v Službi za pogodbene odnose z ZZZS izvedli tri nadzore²⁴ na posameznih organizacijskih enotah in opravili razgovore s predstavniki organizacijskih enot, ki vodijo čakalne sezname, pri katerih so z metodo intervjuja²⁵ preverili nekatere vidike pravilnosti vodenja čakalnih seznamov. Na podlagi pregleda zapisnikov teh nadzorov²⁶ smo ocenili, da so bili ti maloštevilni nadzori pomanjkljivi, saj niso zajeli celotnega poslovanja organizacijskih enot, ki se nanaša na vodenje čakalnih seznamov, obenem pa so bili nadzori – predvsem zaradi premajhnega števila in omejitve zgolj na intervju – neučinkoviti in niso zaznali velike večine nepravilnosti in tveganj za enakopravno obravnavo pacientov pri vodenju čakalnih seznamov. Nadzorov, ki bi preverjali tudi dejansko enakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, na zavodu niso izvajali, prav tako vodstvo zavoda na podlagi ugotovitev izvedenih nadzorov ni sprejemalo ukrepov z namenom izboljšanja stanja²⁷.

²³ Čakalne dobe, [URL: <http://www.kclj.si/index.php?m=21&cs=0>], februar 2014.

²⁴ Kar je bistveno manj kot v letu 2011, ko so jih opravili 31.

²⁵ Ob upoštevanju vprašalnika, ki so ga povzeli po vzorcu zapisnikov nadzorov Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije.

²⁶ Zapisnik o internem nadzoru vodenja čakalnih seznamov na Kliničnem oddelku za hipertenzijo z dne 7. 6. 2012, Zapisnik o internem nadzoru vodenja čakalnih seznamov na Kliničnem oddelku za žilne bolezni z dne 13. 6. 2012, Zapisnik o internem nadzoru vodenja čakalnih seznamov na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo z dne 20. 12. 2012.

²⁷ Služba za notranjo revizijo zavoda je v treh notranjih revizijah, ki so jih zaključili med letoma 2011 in 2013, med drugim preverila tudi pravilnost naročanja nekaterih pacientov in pravilnost vodenja posameznih čakalnih seznamov.

Tako smo ugotovili, da vodstvo ni razpolagalo s podatki o enakopravni obravnavi pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, temveč zgolj s podatki o dolžini čakalnih dob in številu čakajočih. Glede slednjih smo ocenili, da so bili posodobljeni (organizacijske enote so o njih poročale vsak mesec), smo pa v reviziji ugotovili tveganja glede pravilnosti teh podatkov, ki jih podrobneje predstavljamo v nadaljevanju (povezava s točko 3 tega poročila). Na podlagi ugotovitev in ocene o neučinkovitosti nadzora smo ocenili, da zavod ne obvladuje tveganj glede kakovosti podatkov, na katere se vodstvo v celoti zanaša in jih tudi posreduje zunanjim institucijam (IVZ, ZZZS in ministrstvu) ter mesečno objavlja na svoji spletni strani.

Na podlagi predstavljenih ugotovitev ocenjujemo, da zavod v obdobju, na katero se nanaša revizija, *ni bil uspešen* pri zastavljanju cilja, načrtovanem spremljanju in predvidenem ukrepanju pri zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter nadzoru nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah.

Priporočilo

Zavod naj oblikuje natančen, merljiv, dosegljiv, relevanten in časovno določen cilj za zagotavljanje enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter pri tem navede želeno ciljno stanje in natančno opredeli aktivnosti za doseg cilja. Zavod naj tudi zagotovi ustrezen sistem za spremljanje doseganja cilja, ki bo omogočil, da bo pri odstopanjih lahko pravočasno ukrepal za uspešno doseganje cilja.

3. ENAKOPRAVNOST PRI VODENJU ČAKALNIH SEZNAMOV

Za oceno enakopravne obravnave pacientov v obdobju, na katero se nanaša revizija, smo preverili uspešnost zavoda pri vodenju posameznih čakalnih seznamov in zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev po posameznih izbranih organizacijskih enotah. Za njihovo poslovanje ter uresničevanje načrtovanih nalog in ciljev, določenih v finančnem načrtu, je odgovoren predstojnik organizacijske enote²⁸. Revizija je obsegala podroben pregled desetih čakalnih seznamov na petih organizacijskih enotah v zavodu, ki so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Seznam organizacijskih enot in čakalnih seznamov, ki so bili predmet revizijskega pregleda

Naziv organizacijske enote	Čakalni seznam
Klinični oddelek za revmatologijo (Interna klinika)	Revmatološka ambulanta
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove (Interna klinika)	Endokrinološka ambulanta
Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo (Kirurška klinika)	Ambulanta za ekstrakcije
	Maksilofacialna ambulanta
	Ambulanta za operacije
Ortopedska klinika (samostojna klinika)	Ortopedska ambulanta
	Vstavitev endoproteze kolka
	Vstavitev endoproteze kolena
Klinični oddelek za torakalno kirurgijo (Kirurška klinika)	Operacija hiperhidroze
	Operacija ščitnice

Organizacijske enote in posamezne čakalne sezname, ki jih vodijo, smo izbrali na podlagi naslednjih meril:

- število čakajočih in dolžina predvidene čakalne dobe za izvedbo zdravstvene storitve;
- trend skrajševanja oziroma podaljševanja čakalne dobe za zdravstveno storitev;

²⁸ Tako kot opomba 13.

- uravnotežena razporejenost podrobno pregledanih čakalnih seznamov po klinikah glede na število pregledanih oziroma operiranih pacientov in glede na uporabo različnih bolnišničnih informacijskih sistemov za vodenje čakalnih seznamov;
- zaznana tveganja pri vodenju posameznega čakalnega seznama.

Poslovanje smo preverili glede na pravne podlage²⁹, ki predpisujejo načine naročanja na zdravstveno storitev, postopek uvrstitve pacienta na čakalni seznam, vodenje in upravljanje čakalnega seznama vključno s podatki, ki morajo biti na čakalnem seznamu. Poleg tega pravne podlage določajo tudi najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve in informacije, s katerimi morajo biti seznanjeni pacienti, vključno z načinom njihove objave.

3.1 Pravne podlage za vodenje čakalnih seznamov

Čakalni seznam³⁰ se vodi za tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče opraviti takoj. Pacient lahko pride na operativni poseg ali k zdravniku specialistu na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: specialist) na prvi ali kontrolni pregled. Prvi pregled je namenjen opredelitvi novo nastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja. Kontrolni pregled je namenjen preverjanju učinkov začete zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela s prvim pregledom, ter ni vezan na posamezno koledarsko leto³¹.

ZPacP določa³² nabor podatkov, ki se vodijo na čakalnem seznamu za vsako zdravstveno storitev posebej. Pravilnik pa določa³³, da se čakalni seznam vodi za tiste zdravstvene storitve, ki jih izvajalec opravlja na podlagi pogodbe, sklenjene z ZZZS. Čakalni seznama za samoplačniške zdravstvene storitve se vodijo ločeno³⁴.

Vsebina čakalnega seznama, kot jo določata ZPacP in pravilnik³⁵:

- zaporedna številka vpisa,
- datum in ura vpisa,
- osebno ime pacienta,
- naslov in kontaktni podatki pacienta,
- enotna matična številka občana (EMŠO),
- ZZZS številka zavarovane osebe,
- predviden datum izvedbe zdravstvene storitve,
- datum izvedene zdravstvene storitve,
- šifra programa oziroma zdravstvene storitve,

²⁹ ZPacP, pravilnik in uredba.

³⁰ Čakalni seznam je zbirka podatkov o vrstnem redu zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na zdravljenje oziroma uveljavitev pravice do zdravstvene storitve, za katere se pojavi čakalna doba (2. člen ZPacP).

³¹ 2. člen pravilnika.

³² 15. člen ZPacP.

³³ 7., 10., 13. in 14. člen pravilnika.

³⁴ 10. člen pravilnika.

³⁵ 15. člen ZPacP in 2. člen pravilnika.

- stopnja nujnosti,
- izvajalec, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam,
- izvajalec, ki je zdravstveno storitev opravil,
- oznaka prvega pregleda na čakalnem seznamu s črko "P" in kontrolnega s "K".

ZPacP poleg tega določa še obvezno hrambo podatkov na čakalnem seznamu vključno z morebitnim spreminjanjem vrstnega reda – skupaj z obrazložitvijo okoliščin, zaradi katerih je prišlo do sprememb – vsaj šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi³⁶.

Pacient se na zdravstveno storitev lahko naroči³⁷ osebno, prek telefona³⁸, elektronske pošte³⁹ ali drugih telekomunikacijskih sredstev (v nadaljevanju: rezervacija termina). V roku petih delovnih dni mora predložiti še izvornik napotnice, ki ga zadrži izvajalec zdravstvene storitve. Izvornik je podlaga za potrditev termina in uradno uvrstitev na čakalni seznam. Naročanje na zdravstvene storitve mora potekati sistematično⁴⁰, kar pomeni na določeno uro v okviru ordinacijskega časa.

Na določitev termina za pregled pri specialistu oziroma za operacijo vpliva stopnja nujnosti zdravstvene storitve, ki je označena na napotnici. Pravilnik določa tri stopnje nujnosti, strokovne kriterije razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti pa so morali do 1. 4. 2011 pripraviti posamezni razširjeni strokovni kolegiji na področju zdravstvenega varstva⁴¹. Po podatkih ministrstva so razširjeni strokovni kolegiji sprejeli kriterije za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti, vendar v nekaterih primerih ti niso skladni z določili pravilnika. Posamezni razširjeni strokovni kolegiji pri svojih odločitvah namreč niso upoštevali omejitev, ki jih določa pravilnik, in so določili dodatne stopnje nujnosti⁴².

Zdravstvena storitev, ki je na napotnici označena s stopnjo nujnosti nujno, se izvede takoj oziroma najpozneje v 24 urah. Za drugi dve stopnji nujnosti pravilnik določa, da se morata izvesti najpozneje v treh mesecih (hitro) oziroma v šestih mesecih (redno), pri čemer pravilnik določa izjeme, za katere veljajo drugačni roki⁴³.

³⁶ Tretji odstavek 15. člena ZPacP.

³⁷ Vrste naročanja določajo 14. člen ZPacP, 10. člen pravilnika in 5. člen uredbe.

³⁸ Telefonsko naročanje se zagotovi v okviru ordinacijskega časa, in sicer najmanj 4 ure dnevno, v preostalem ordinacijskem času in izven ordinacijskega časa pa z obveščanjem o terminu za naročanje in o ostalih načinih naročanja prek avtomatskega telefonskega odzivnika (5. člen uredbe).

³⁹ Elektronsko naročanje poteka neprekinjeno, s takojšnjo informacijo o sprejemu sporočila, povratna informacija pa se pacientu posreduje najpozneje naslednji delovni dan (5. člen uredbe).

⁴⁰ 5. člen uredbe.

⁴¹ 3. in 4. člen pravilnika. Razširjeni strokovni kolegij je najvišje in avtonomno strokovno telo določene stroke na področju zdravstvenega varstva. Ustanovitev in ukinitve posameznega razširjenega strokovnega kolegija, ki oblikuje tudi strokovne smernice za posamezno področje delovanja, je v pristojnosti ministrstva – 3. člen Pravilnika o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev, Uradni list RS, št. 30/02 (34/02 popr., 94/02 popr.), št. 82/04, 38/06 (51/06 popr.), 52/11.

⁴² Na primer: zelo nujno, urgentno nujno, zelo hitro, hitra obravnava s prednostjo (štirje tedni).

⁴³ To so: maligna obolenja (najdaljša dopustna čakalna doba je en mesec), ortopedski operativni posegi in izdelava protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja (najdaljša dopustna čakalna doba je 12 mesecev) ter ortodontsko zdravljenje (najdaljša dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro je 12 mesecev, za stopnjo nujnosti redno pa 18 mesecev) – 3. člen pravilnika.

Stopnjo nujnosti določi in označi na napotnici zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev. Specialist, h kateremu je pacient napoten, lahko spremeni stopnjo nujnosti, o tem pa mora obvestiti zdravnika, ki je pacienta napotil⁴⁴. Takšno odločitev mora skupaj z obrazložitvijo ustrezno dokumentirati, saj vpliva na vrstni red pacientov na čakalnem seznamu.

Pri določanju termina za zdravstveno storitev se morajo ob enaki stopnji nujnosti upoštevati tudi prednostni kriteriji, pri čemer ZPacP in pravilnik ne določata, kako naj se prednostni kriteriji uporabljajo v praksi. Prednostni kriteriji, ki se upoštevajo pri uvrščanju pacienta na čakalni seznam⁴⁵, so:

- nosečnost,
- dojenje,
- preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, ki izhaja iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se pacienta uvršča na čakalni seznam,
- začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, kadar je razlog zanjo povezan s potrebo po pregledu⁴⁶,
- ponovni vpis na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve.

Odgovorna oseba za vodenje čakalnega seznama pacientu določi termin (natančen datum in uro) za pregled oziroma poseg, tako da ga uvrsti na prvo prosto zaporedno mesto na čakalnem seznamu, pri čemer mora upoštevati označeno stopnjo nujnosti in morebitne prednostne kriterije. Pri tem mora odgovorna oseba skrbeti za⁴⁷:

- enako obravnavo vseh pacientov,
- varstvo osebnih podatkov pacientov,
- sprotno upravljanje čakalnega seznama,
- spoštovanje vrstnega reda pacientov, ki so vpisani na čakalni seznam, in
- uveljavljanje pravic pacientov do seznanitve s čakalnim seznamom.

V primeru preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe mora odgovorna oseba pacientu predlagati, da izvede zdravstveno storitev pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo. Če pacient to možnost odkloni, ga uvrsti na čakalni seznam in posebej označi, da želi opraviti zdravstveno storitev pri tem izvajalcu⁴⁸. Če ni drugega izvajalca s še dopustno čakalno dobo, mora odgovorna oseba pacienta seznaniti s terminom pregleda, na katerem se preveri stopnja nujnosti⁴⁹.

Pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve mora odgovorna oseba vzpostaviti stik s pacientom, in sicer najmanj tri delovne dni pred načrtovano izvedbo operativnega posega oziroma najmanj teden dni pred izvedbo ostalih zdravstvenih storitev⁵⁰.

⁴⁴ 5. člen pravilnika.

⁴⁵ 6. člen pravilnika.

⁴⁶ Kriterije iz prve, druge, tretje in četrte alineje zdravnik, ki pacienta napoti, upošteva zgolj v okviru napotitve, povezane s tem stanjem.

⁴⁷ 9. člen pravilnika.

⁴⁸ 11. člen pravilnika.

⁴⁹ 11. člen pravilnika.

⁵⁰ 9. člen pravilnika in 8. člen uredbe.

Če se pacient odloči, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne bo prišel, mora o tem obvestiti izvajalca (še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve), izvajalec pa pacienta nemudoma izbriše s čakalnega seznama⁵¹. Če pacient ne pride na izvedbo zdravstvene storitve in svojo odsotnost opraviči⁵², mu odgovorna oseba dodeli čim bližji prosti termin za izbrano zdravstveno storitev. Če pa pacient ne pride in svoje odsotnosti ne opraviči, ga črta⁵³ s čakalnega seznama (15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve) in o tem naredi zaznamek v zdravstveni dokumentaciji⁵⁴.

Septembra 2012 je zavod sprejel interni predpis⁵⁵, ki vsebuje navodila za vodenje čakalnih seznamov in določa, da se morajo vsi čakalni sezname voditi elektronsko. Interni predpis določa še, da če predstojnik organizacijske enote ne predlaga odgovorne osebe za vodenje čakalnega seznama, je odgovorna oseba predstojnik. Sicer pa v pretežni meri povzema določbe pravilnika, ki je v uporabi od leta 2010.

3.2 Klinični oddelek za revmatologijo

Klinični oddelek za revmatologijo, kjer zdravijo paciente z različnimi revmatičnimi težavami in boleznimi, ki prizadenejo kosti, sklepe, mišice, vezi in kite (brez predhodne poškodbe ali rakaste bolezni), pogosto pa tudi notranje organe (srce, ledvice in pljuča) in kožo, je del Interne klinike zavoda. V revmatološki ambulanti so v letu 2012 pregledali več kot 14.000 pacientov⁵⁶.

Za podrobnejši pregled tega oddelka smo se odločili zaradi ene najdaljših čakalnih dob za specialistični ambulantni pregled in predvidevanj, da se bo glede na staranje prebivalstva število ljudi, ki bodo potrebovali pregled in zdravljenje pri revmatologu, v prihodnje še povečevalo. Po podatkih zavoda je konec leta 2011 na prvi pregled pri specialistu revmatologu čakalo 1.742 pacientov, do konca leta 2012 se je število zmanjšalo, še vedno pa so na prvi pregled čakali 1.503 pacienti. Pričakovana čakalna doba ob koncu leta 2012 za stopnjo nujnosti redno je bila 339 dni, za stopnjo nujnosti hitro pa 320 dni⁵⁷, pri čemer se je pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro, glede na stanje ob koncu leta 2011, več kot podvojila in je znašala skoraj toliko kot za stopnjo nujnosti redno. Na sliki 1 je prikazano gibanje dolžine predvidene čakalne dobe za prvi pregled pri revmatologu v letu 2012.

⁵¹ 12. člen pravilnika.

⁵² 12. člen pravilnika določa, da mora pacient svojo odsotnost pisno ali ustno opravičiti v 14 dneh od dneva načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Odsotnost je opravičena, če gre za nepredvidljiv in neodložljiv dogodek, ki je pacientu fizično onemogočil prihod na izvedbo zdravstvene storitve.

⁵³ Šesti odstavek 14. člena ZPacP določa, da izvajalec takega pacienta črta s čakalnega seznama, četrti odstavek 12. člena pravilnika pa določa, da ga izbriše s čakalnega seznama.

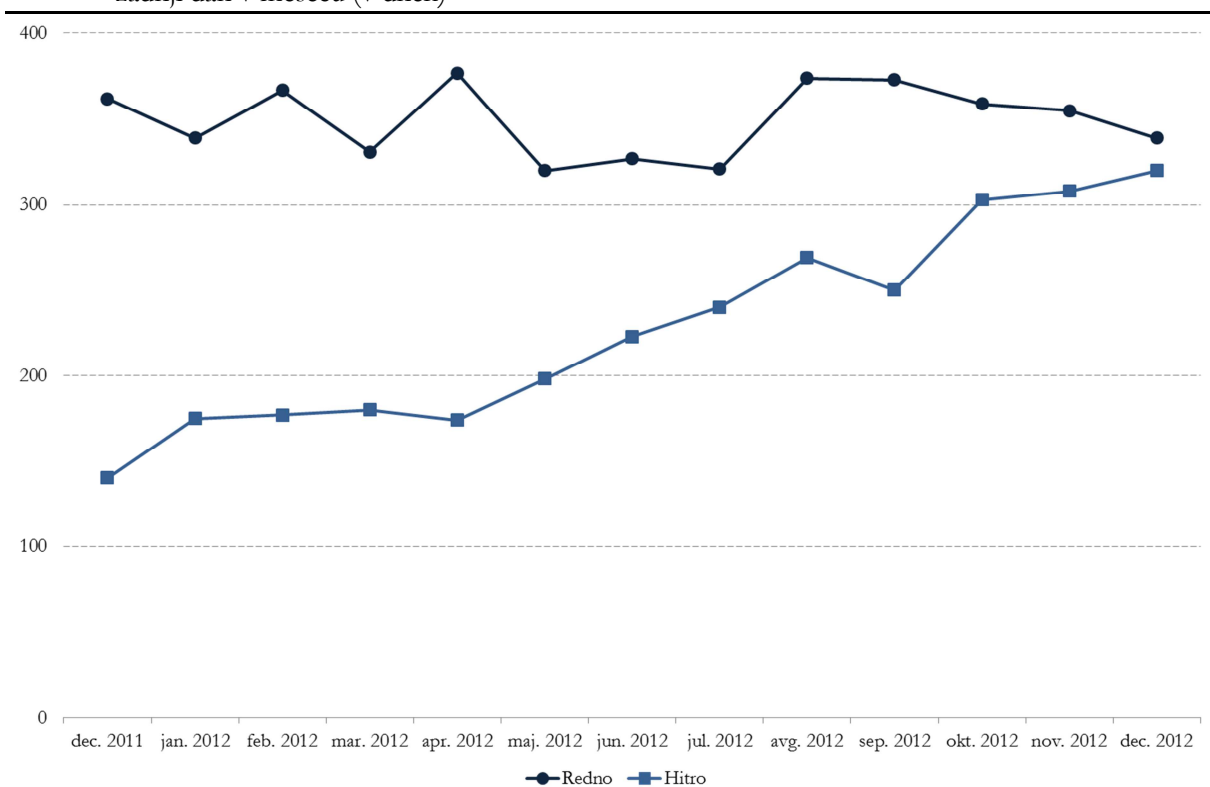
⁵⁴ 14. člen ZPacP in 12. člen pravilnika.

⁵⁵ Interno navodilo za vodenje čakalnih seznamov v UKC Ljubljana (v nadaljevanju: interno navodilo), 4. 9. 2012.

⁵⁶ Strokovno poročilo 2012, Univerzitetni Klinični center Ljubljana, [URL: http://www.kclj.si/dokumenti/000005c5-0000053f-strokovno_porocilo_ukc_2012.pdf], februar 2014 (v nadaljevanju: strokovno poročilo 2012), str. 82.

⁵⁷ Dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je bila tako presežena za 159 dni, za stopnjo nujnosti hitro pa za 230 dni.

Slika 1: Gibanje predvidene čakalne dobe za prvi specialistični ambulantni pregled pri revmatologu na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Ob pregledu poslovanja Kliničnega oddelka za revmatologijo v delu, ki se nanaša na vodenje čakalnih seznamov, smo ugotovili, da za naročanje na specialistični pregled ob začetku izvajanja revizije niso uporabljali vseh predvidenih načinov. Tako niso izvajali rezervacij termina, pacienti pa so uvrstili na čakalni seznam izključno na podlagi izvirnika napotnice, ki ga je prinesel osebno oziroma poslal po pošti. Med izvajanjem revizije novembra 2012 so pričeli uporabljati vse predvidene načine naročanja in uvedli možnost rezervacije termina po telefonu ali elektronski pošti.

Za naročanje na pregled pri specialistu uporabljajo bolnišnični informacijski sistem Hipokrat, ki omogoča elektronsko vodenje čakalnega seznama. Znotraj tega ločeno uporabljajo čakalni seznam (evidenca vseh čakajočih na prvi pregled z zaporedno številko vpisa in drugimi podatki, vključno z možnostjo vpisa točnega termina pregleda) ter urnik dela (v katerem je za posameznega zdravnika navedeno, katerega pacienta bo – na prvem ali kontrolnem pregledu – pregledal ob določeni uri). Ugotovili smo, da navedena seznama nista popolna, saj ne vključujeta vseh pacientov, ki so na določen dan naročeni za pregled. Zdravniki namreč poleg pacientov, evidentiranih v bolnišničnem informacijskem sistemu, pregledajo tudi druge paciente, ki jih na seznamu ni (večina med njimi je izrednih oziroma nujnih kontrolnih pregledov⁵⁸, nekaj pa je bilo tudi prvih pregledov). Takšni pacienti so v urniku dela včasih dopisani, vendar ne pri vseh zdravnikih, saj nekateri takšne dodatne vpise vodijo v (osebni) ročni evidenci. V reviziji zato zgolj

⁵⁸ Revmatološki pacienti, ki po telefonu ali elektronski pošti obvestijo zdravnika o spremembi njihovega zdravstvenega stanja (praviloma gre za poslabšanje), nato pa zdravnik presodi, ali pacient potrebuje pregled prej, kot je bilo predvideno.

s pregledom podatkov o naročenih pacientih ni bilo mogoče ugotoviti točnega števila pacientov, ki so bili na posamezen dan naročeni na prvi oziroma kontrolni pregled, saj v bolnišničnem informacijskem sistemu niso bili evidentirani vsi naročeni pacienti.

Paciente, ki imajo napotnico s stopnjo nujnosti nujno, pregledajo isti dan v nujni ambulanti, izjemoma⁵⁹ paciente napotijo na internistično prvo pomoč⁶⁰ ali jim naročijo, naj pridejo na pregled naslednji dan dopoldne, tako da jih še vedno pregledajo v predvidenem roku 24 ur.

Zdravnik, vodja ambulantne dejavnosti, praviloma enkrat tedensko opravi pregled prejetih napotnic⁶¹ ter presodi, ali mora pacient glede na napotno diagnozo in druge informacije, ki so navedene na napotnici, opraviti pregled prej, kot bi prišel na vrsto. V takšnih primerih zdravnik ni vedno spremenil stopnje nujnosti, ampak je občasno zgolj določil rok, v katerem naj pacient pride na pregled. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je zdravnik svojo odločitev za prednostno obravnavo pacienta zgolj ustno sporočil pooblaščenim osebam za vnos na čakalni seznam⁶². Za prednostno obravnavo posameznih pacientov znotraj iste stopnje nujnosti se odloči na podlagi presoje podatkov o zdravstvenem stanju pacienta na napotnici. Po navedbah vodje ambulantne dejavnosti sum na določene diagnoze obravnavajo prednostno, saj želijo zagotoviti časovno ustrezno obravnavo pacienta v revmatološki ambulanti. Običajno ni potrebe po nujni obravnavi pacienta, primeren čas za obravnavo pa je največkrat do tri mesece, kar pa je občutno manj kot čaka večina pacientov s stopnjo nujnosti hitro.

Specialist sme spremeniti stopnjo nujnosti, ki jo je določil zdravnik, ki je pacienta napotil, vendar pri tem ne sme prednostno obravnavati posameznih pacientov glede na ostale paciente v okviru na novo določene stopnje nujnosti. Zdravnik mora spremembo stopnje nujnosti tudi ustrezno dokumentirati in skupaj z obrazložitvijo okoliščin, zaradi katerih se je spremenil vrstni red, hraniti vsaj šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi, da se tako zagotovi sledljivost in omogoči nadzor nad enakopravno obravnavo pacientov⁶³. Ob pregledu smo ugotovili, da v obdobju, na katero se nanaša revizija, na oddelku ni bilo doslednega dokumentiranja, ki bi omogočalo sledljivost odločitve zdravnika, da naj pacient pride na pregled prej, kot bi bil sicer na vrsti. Na podlagi predstavljenih ugotovitev po opravljenem podrobnem pregledu poslovanja oddelka so pri vseh pacientih, ki so jih obravnavali prednostno, na čakalni seznam pričeli zapisovati še obrazložitev razlogov, ki so vplivali na odločitev zdravnika o prednostni obravnavi pacienta. O spremembi stopnje nujnosti mora specialist obvestiti tudi zdravnika, ki je pacienta napotil na zdravstveno storitev, česar na oddelku ob začetku revizije niso izvajali. Ob zaključku podrobnega pregleda so pripravili dopis, s katerim napotne zdravnike obveščajo, kadar spremenijo stopnjo nujnosti iz hitro v redno.

Pooblaščenca oseba za vnos na čakalni seznam evidentira prejete napotnice v bolnišnični informacijski sistem. Pacienti s stopnjo nujnosti redno dobijo ob vpisu na čakalni seznam točen termin pregleda, medtem ko ostali pacienti (napoteni pod hitro in tisti, za katere je zdravnik ob pregledu napotnice določil prednostno obravnavo) ob vpisu na čakalni seznam dobijo zgolj zaporedno številko in obvestilo, kdaj

⁵⁹ Če je število nujnih pacientov v enem dnevu večje od deset.

⁶⁰ Samostojna organizacijska enota v okviru zavoda, ki na drugi lokaciji sprejema vse nujne internistične paciente.

⁶¹ Zdravnik pregleda napotno diagnozo in morebitne druge informacije, ki so zapisane na hrbtni strani napotnice.

⁶² Oseba, ki je zadolžena za vnos pacientov na čakalni seznam, ni pa nujno, da je tudi odgovorna za njegovo vodenje.

⁶³ Tretji odstavek 15. člena ZPacP.

bodo predvidoma na vrsti (kateri mesec). Natančen datum in uro pregleda prejmejo približno en mesec pred pregledom, kar ni v skladu s pravnimi podlagami, saj mora pacient ob vpisu na čakalni seznam prejeti točen termin pregleda⁶⁴.

O preseganju najdaljše dopustne čakalne dobe pacienta ustrezno seznanijo, v podpis prejme tudi izjavo, da se strinja, da bo čakal dlje, kot znaša najdaljša dopustna čakalna doba. Ob zaključku podrobnega pregleda poslovanja oddelka so pripravili dopis, s katerim paciente obveščajo o možnosti opravljanja pregleda pri drugih izvajalcih, kjer čakalne dobe ne presegajo še dopustnih, in njihovimi kontaktnimi podatki.

Pacienti z revmatičnimi obolenji so lahko tudi bolnišnično obravnavani, običajno tako, da jih sprejmejo neposredno iz nujne revmatološke ambulante. V obdobju, na katero se nanaša revizija, so čakalni seznam za sprejem pacientov v bolnišnično obravnavo vodili v ročni evidenci, v katero so osebe, ki delajo na bolniškem oddelku, vpisovale paciente. Podlaga za vpis na čakalni seznam je bilo osebno naročilo zdravnika, telefonski klic iz ambulante ali pa izvid, v katerem je bilo napisano, da je treba pacienta bolnišnično obravnavati. Pacienti, ki so čakali na sprejem, so prišli na vrsto, ko se je sprostilo mesto na oddelku. Ugotovili smo, da čakalni seznam za bolnišnično dejavnost ni vseboval vseh predpisanih podatkov⁶⁵. Vodenje čakalnega seznama je potekalo tako, da so pacienta, ki je prišel na vrsto za sprejem, prečrtali. Ko so imeli prosto mesto za sprejem, so pregledali čakalni seznam in klicali paciente s seznama. Kot so nam zagotovili, so pri tem upoštevali vrstni red čakajočih, stopnjo nujnosti, ki je (če je) bila napisana, pa tudi izbiro zdravnika. Ob pregledu čakalnega seznama te trditve nismo mogli potrditi, saj dokumentiranje ni bilo ustrezno. Po opravljenem podrobnem pregledu so pričeli z elektronskim vodenjem čakalnega seznama.

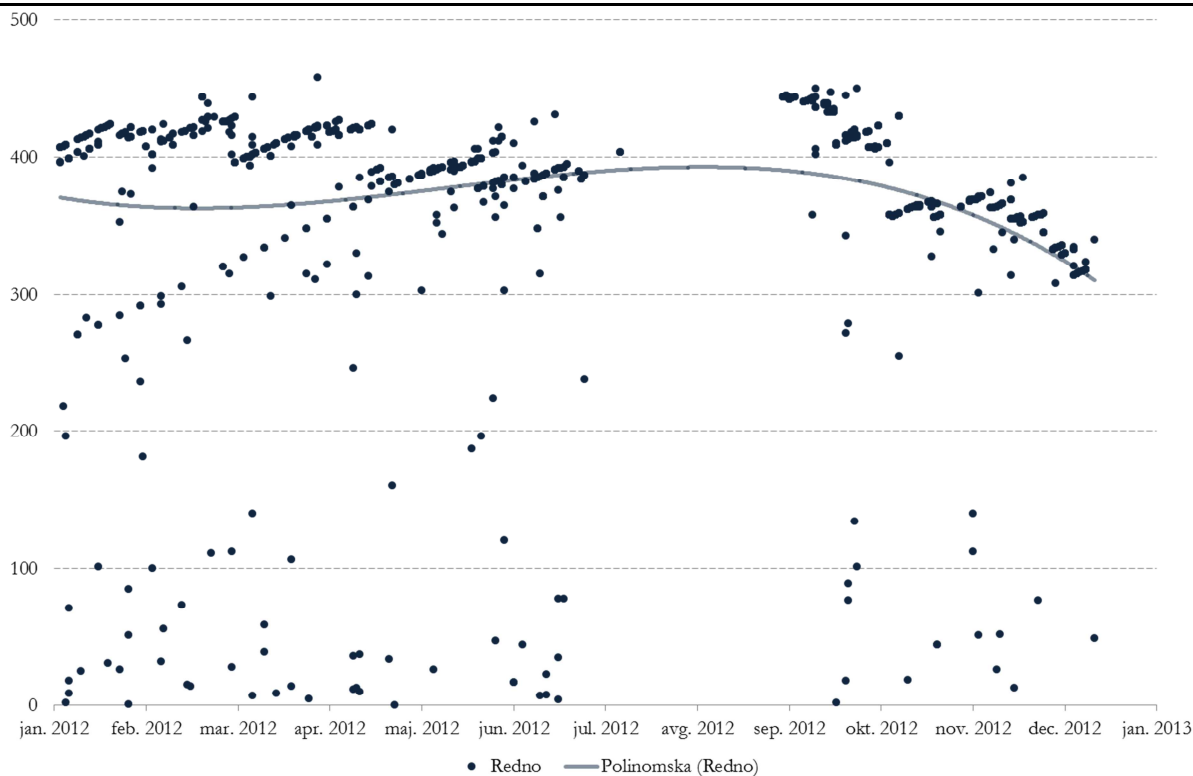
Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pri dostopu pacientov do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti odražajo v poslovanju oddelka, smo podrobneje pregledali celotno razpoložljivo dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili v letu 2012 obravnavani v revmatološki ambulanti.

Na podlagi izpisa iz bolnišničnega informacijskega sistema za vodenje čakalnega seznama smo preverili, koliko časa je minilo od dne, ko so bili posamezni pacienti vpisani na čakalni seznam za prvi pregled, do dne, ko je bil pregled opravljen. Prejeti podatki so predstavljeni na sliki 2 za stopnjo nujnosti redno in na sliki 3 za stopnjo nujnosti hitro.

⁶⁴ Prvi odstavek 15. člena ZPacP v povezavi s prvim odstavkom 5. člena uredbe.

⁶⁵ Na čakalni seznam so do 22. 10. 2012 ob prejemu naročila za bolnišnično obravnavo vpisali naslednje podatke: datum, ime in priimek pacienta, številko kartona, telefon, diagnozo, namen sprejema in napotnega zdravnika. Nekateri pacienti so imeli dopisano še oznako NUJNO. Po tem datumu so spremenili zahtevana polja na čakalnem seznamu, in sicer datum, ime in priimek, naslov/telefon, napotni zdravnik, datum klicanja, opombe, vendar tudi spremenjen čakalni seznam ni bil popoln.

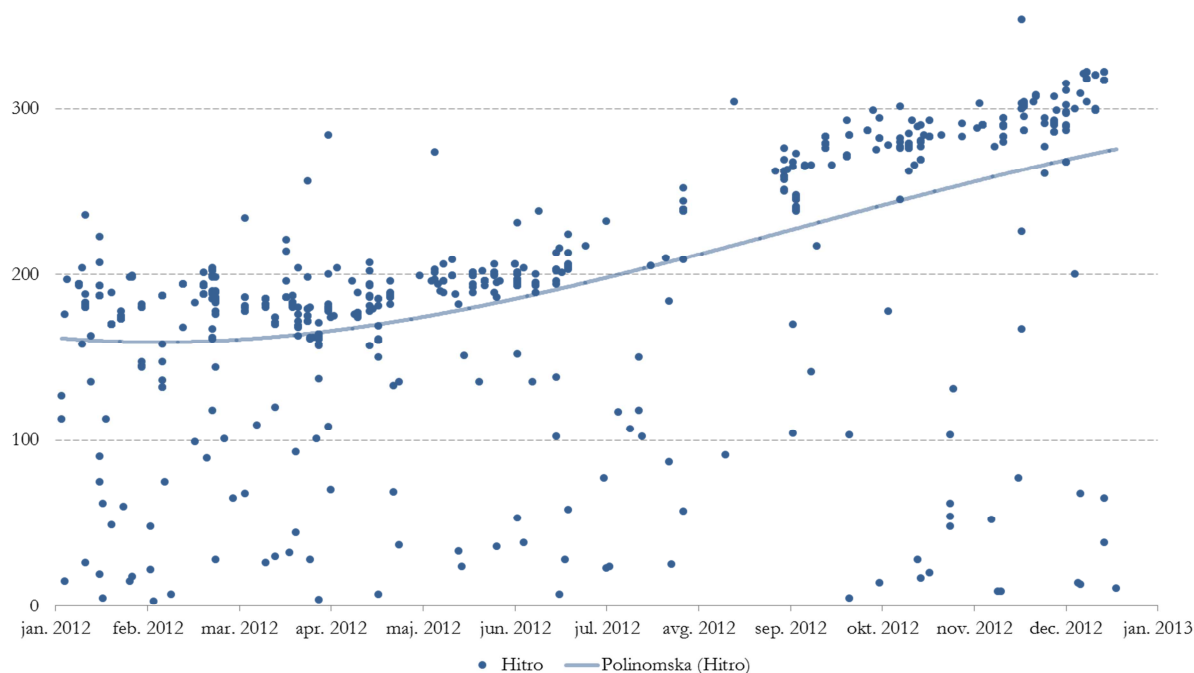
Slika 2: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do prvega pregleda pri specialistu revmatologu za stopnjo nujnosti redno v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum obiska pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y).

Vir: zavod.

Slika 3: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do prvega pregleda pri specialistu revmatologu za stopnjo nujnosti hitro v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum obiska pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y).

Vir: zavod.

S slik 2 in 3 je razvidno, da je večina pacientov s stopnjo nujnosti redno v letu 2012 na pregled čakala približno 400 dni, proti koncu leta pa se je ta čas skrajšal na dobrih 300 dni. Nasprotno pa se je čakalna doba za večino pacientov s stopnjo nujnosti hitro od začetka leta, ko je znašala manj kot 200 dni, do konca leta ves čas podaljševala in je na koncu znašala približno 300 dni.

Preverili smo dokumentacijo tistih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so bili naročeni na pregled prej kot večina drugih z isto stopnjo nujnosti. Poleg tega smo opravili še pregled dokumentacije vzorca vseh pacientov, ki so tudi dejansko prišli na pregled. S tem smo preverili vse paciente; tiste, ki so prišli na kontrolni pregled, in paciente s stopnjo nujnosti nujno (tako eni kot drugi niso predmet vpisa na čakalni seznam) pa tudi tiste, ki so bili morda sprejeti na prvi pregled in niso imeli napotnice s stopnjo nujnosti nujno ter pred tem niso bili vpisani na čakalni seznam.

Na podlagi ugotovitev za vsakega posameznega pacienta posebej in ob primerjanju z vsemi pacienti, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da je bilo 3,2 odstotka takšnih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih pacientov z isto stopnjo nujnosti. Glavna razloga za to sta, da nekateri pacienti dobijo datum pregleda prej na podlagi neposrednega dogovora z zdravnikom in zaradi prednostne obravnave pacientov s sumom na določene diagnoze.

Za nadaljnjih 19,8 odstotka pacientov smo ugotovili, da so prišli na prvi pregled, čeprav niso bili nikoli vpisani na čakalni seznam, pa bi morali biti. Za večino teh pacientov smo na podlagi pregleda dokumentacije in pojasnil zdravnikov ugotovili, da so prišli na prvi pregled po dogovoru z zdravnikom – na podlagi predhodnega klica pacienta, njegovega svojca, družinskega zdravnika, drugega specialista ali tretje osebe. Občasno so zaradi vztrajnosti pacienta v nujni ambulanti pregledali tudi kakšnega pacienta, pri katerem ni šlo za nujno zdravstveno stanje.

Pri 24,8 odstotka tistih pacientov, ki bi morali biti uvrščeni na čakalni seznam, smo ugotovili, da so bili obravnavani kot kontrolni pregledi, čeprav bi morali biti po določbah pravilnika obravnavani kot prvi pregledi⁶⁶. To pomeni, da ti pacienti niso bili uvrščeni na čakalni seznam za prvi pregled in so prejeli datum prej kot ostali pacienti, ki so čakali na prvi pregled in so bili pravilno vpisani na čakalni seznam. Na oddelku so se, ne glede na določbe pravilnika, odločili, da kot kontrolni pregled obravnavajo vsak pregled pacienta, ki je bil obravnavan po letu 2005 (ne glede na to ali gre pri pacientu za akutno poslabšanje kroničnega zdravstvenega stanja ali pa za novo težavo), saj tako za pacienta porabijo le 15 minut in ne 30 minut, kot je predvideno za prvi pregled. Po oceni predstojnika oddelka diagnoze na napotnici nikakor ne morejo odločati o tem, ali gre pri pacientu za prvi ali kontrolni pregled. Delo na oddelku poskušajo organizirati v skladu z doktrino medicinske stroke in na način, ki je najbolj racionalen in po njegovi oceni tudi dobro uveljavljen, zato tudi v prihodnje ne bodo spremenili načina obravnave pacientov.

Ob pregledu smo ugotovili, da nekateri zdravniki iz oddelka delajo tudi izven zavoda v lastnih ali tujih samoplačniških ambulantah oziroma pri koncesionarjih in da so nekatere paciente, ki so jih pregledali izven zavoda, naročili na dodatno diagnostiko oziroma nadaljnje kontrole, ki so jih opravili z napotnico v zavodu. Tovrstni pacienti praviloma niso bili uvrščeni na čakalni seznam, temveč so prišli na pregled neposredno po dogovoru z zdravnikom ali pa so bili uvrščeni med kontrolne preglede, čeprav v zavodu še niso opravili prvega pregleda.

Ugotavljamo, da vodenje čakalnega seznama v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bilo v skladu s pravnimi podlagami, vodstvo oddelka pa se tudi zaveda, da so bili posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev ter predstavljenih vzrokov za to. V reviziji smo ugotovili, da so na oddelku pričeli z izvajanjem nekaterih ukrepov za doseganje skladnosti poslovanja s predpisi. Ocenjujemo, da z izvedenimi ukrepi Klinični oddelek za revmatologijo še vedno ne bo obvladoval tveganj neenakopravne obravnave pacientov, saj bodo še vedno posamezne paciente (praviloma zaradi medicinskih razlogov) obravnavali prednostno oziroma kot kontrolne paciente, obstajala pa bo možnost sprejema pacienta (brez nujne napotnice) v ambulanto mimo vrste.

3.3 Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, ki je del Interne klinike zavoda, je organizacijsko razdeljen na več enot. V reviziji smo preverili poslovanje tistega dela oddelka, ki se ukvarja z diagnostiko ter zdravljenjem bolezni žlez z notranjim izločanjem. Pri tem smo se osredotočili na paciente z endokrinološkimi boleznimi (z izjemo pacientov, ki imajo težave z delovanjem ščitnice in jih obravnava

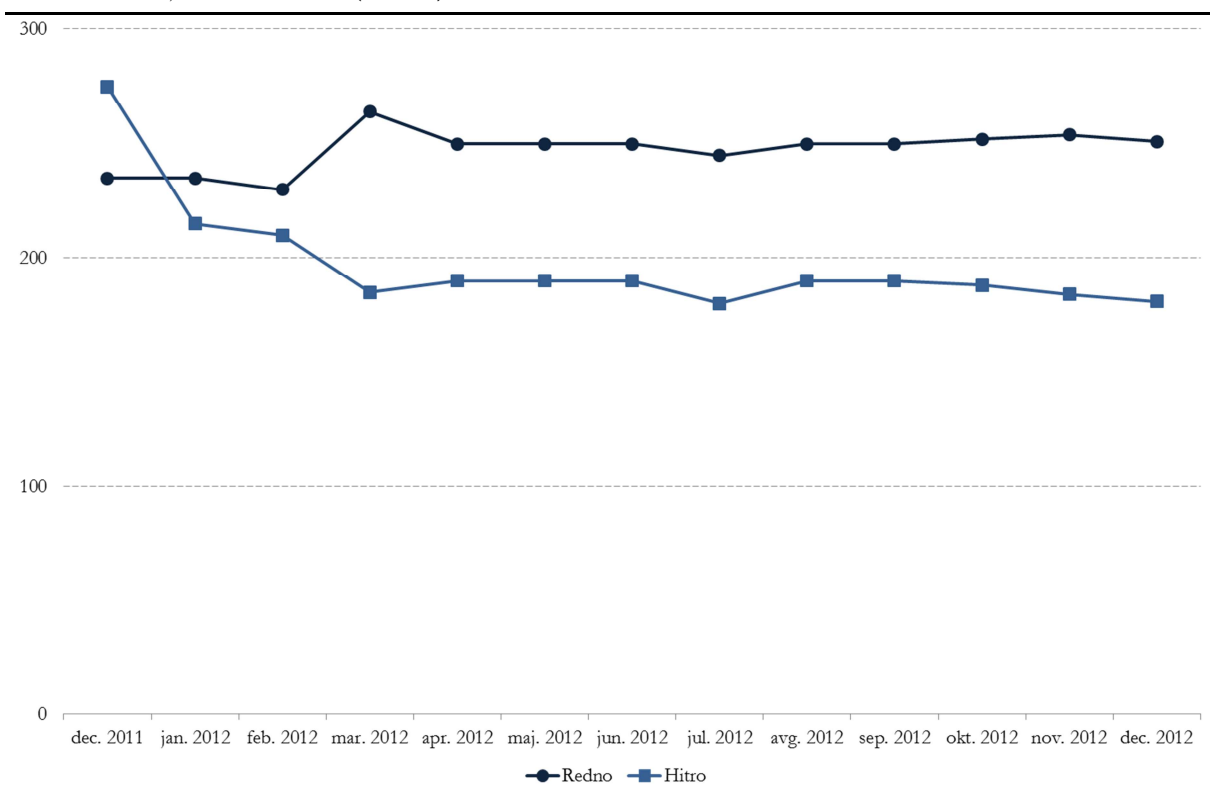
⁶⁶ Po drugem odstavku 2. člena pravilnika je na prvi pregled k specialistu pacient napoten zaradi novo nastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja.

drug oddelek zavoda), ki so bili v letu 2012 obravnavani v endokrinološki ambulanti, kjer povprečno pregledajo okoli 6.000 pacientov na leto⁶⁷.

Za podrobnejši pregled endokrinološke ambulante smo se odločili zaradi dolge čakalne dobe za prvi pregled pri specialistu. Konec leta 2011 je po podatkih zavoda na prvi pregled pri specialistu endokrinologu čakalo 787 pacientov, najkrajša pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je bila 235 dni, za stopnjo nujnosti hitro pa celo več, 275 dni⁶⁸. Do konca leta 2012 se je število čakajočih pacientov povečalo na 852, čakalna doba pa se je spremenila; za stopnjo nujnosti redno se je podaljšala in je bila 251 dni, za hitro pa se je skrajšala na 181 dni.

Na sliki 4 je prikazano gibanje dolžine predvidene čakalne dobe za prvi pregled pri endokrinologu v letu 2012.

Slika 4: Gibanje predvidene čakalne dobe za prvi specialistični ambulantni pregled pri endokrinologu na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

⁶⁷ V letu 2010 so na endokrinološkem oddelku ambulantno obravnavali 5.805 pacientov, leto kasneje 6.118 pacientov. Za leto 2012 je v strokovnem poročilu 2012 naveden le podatek o skupnem številu pregledanih pacientov na endokrinološkem in diabetološkem oddelku, ki je obsegal 28.893 pregledanih pacientov (strokovno poročilo 2012, str. 78).

⁶⁸ Dopustna čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je bila presežena za 55 dni, za stopnjo nujnosti hitro pa za 185 dni.

Ob pričetku pregleda smo ugotovili, da so imeli na oddelku v čakalnici objavljene drugačne podatke o čakalni dobi od tistih, ki so bili objavljeni na spletni strani zavoda in so predstavljeni tudi na sliki 4. Za pregled pri specialistu endokrinologu je bilo po podatkih, objavljenih v čakalnici, novembra 2012 treba čakati med 431 in 461 dni, odvisno od zdravnika, pri katerem je bil pacient naročen. V enakem obdobju je zavod na svojih spletnih straneh objavil podatek, da je čakalna doba za stopnjo nujnosti redno 254 dni, za stopnjo nujnosti hitro pa 184 dni. V reviziji smo ugotovili, da je bil pravilen podatek objavljen v čakalnici, saj so pacienti s stopnjo nujnosti redno datum za pregled prejeli čez več kot 400 dni (kar je bilo več kot dvakrat več, kot je dopustna čakalna doba).

Pri pregledu poslovanja oddelka v delu, ki se nanaša na vodenje čakalnih seznamov, smo ugotovili, da za naročanje na specialistični pregled v obdobju, na katero se nanaša revizija, na oddelku niso uporabljali vseh predvidenih načinov. Tako so pacienta uvrstili na čakalni seznam izključno na podlagi izvirnika napotnice, ki ga je prinesel osebno oziroma poslal po pošti. Obenem tudi niso izvajali rezervacij termina.

Za naročanje na oddelku uporabljajo bolnišnični informacijski sistem Hipokrat, znotraj katerega ločeno uporabljajo čakalni seznam in urnik dela. V urnik dela so – enako kot na Kliničnem oddelku za revmatologijo – vpisani vsi naročeni pacienti, medtem ko so na čakalni seznam uvrščeni samo pacienti, ki čakajo na prvi pregled pri specialistu.

Pacient, ki ima napotnico s stopnjo nujnosti nujno, je pregledan še isti dan⁶⁹. Če pacient po oceni zdravnika specialista ne potrebuje takojšnjega pregleda, mu določijo redni termin za pregled. Naročanje pacientov je v obdobju, na katero se nanaša revizija, potekalo tako, da je vse prejete napotnice enkrat na teden pregledal vodja endokrinološke ambulante oziroma v njegovi odsotnosti drug zdravnik. Ne glede na označeno stopnjo nujnosti (redno ali hitro) in prednostne kriterije je zdravnik določil okvirni termin za pregled tako, da je upošteval napotno diagnozo in morebitne dodatne informacije, napisane na napotnici, oziroma priložene izvide. Na podlagi tega je odločil, ali naj pacient pride na pregled čez en teden, en mesec, tri mesece, do šest mesecev, oziroma je odločil, da pacient dobi redni datum. Kot je pojasnil vodja endokrinološke ambulante, so se glede na dolžino čakalne dobe prilagodili razmeram in pri določanju termina za pregled upoštevali strokovne kriterije⁷⁰ in ne administrativnih polj na napotnici⁷¹. Na podlagi odločitve zdravnika pacientu točen termin za prvi pregled določi administrativno osebje, ki v urniku zdravnikov ne zapolni vseh prostih terminov, temveč nekaj mest ostane nezasedenih za paciente, ki bodo po presoji zdravnika prišli prej na vrsto. Zdravnik pri razvrščanju pacientov ne upošteva stopenj nujnosti, kot jih določa pravilnik, hkrati pa zaradi načina dodeljevanja terminov za pregled pacienti z enako stopnjo nujnosti tudi niso enakopravno obravnavani.

⁶⁹ Na oddelku v ambulanti obravnavajo zelo malo nujnih pacientov, ki jih pregledajo v ordinacijskem času med naročenimi pacienti oziroma po zaključeni obravnavi vseh naročenih pacientov (odvisno od diagnoze in ocene zdravstvenega stanja pacienta).

⁷⁰ Strokovni kriteriji, ki jih upoštevali pri določanju termina za pregled, so podrobneje zapisani v dveh dokumentih. Prvi je bil leta 2007 predstavljen na srečanju zdravnikov družinske medicine in internistov (Stopnje nujnosti in kaj je potrebno opraviti pred napotitvijo pacienta na specialistični pregled k endokrinologu, T. Kocjan, 49. Tavčarjevi dnevi, 2007) in se uporablja kot praktičen pripomoček za lažje sodelovanje s specialisti endokrinologi. Drugi dokument pa so strokovni kriteriji za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti, ki jih je sprejel razširjeni strokovni kolegij leta 2011.

⁷¹ Označena stopnja nujnosti na napotnici, po pojasnilih vodje endokrinološke ambulante, predstavlja zgolj administrativno zahtevo in je pri dodeljevanju terminov pacientom ne upoštevali.

V letu 2012 je zdravnik svojo odločitev o tem, kako hitro naj bo posamezen pacient na vrsti, po navedbah odgovornih na oddelku označil na posebnem listu⁷², česar pa v reviziji ni bilo mogoče preveriti, saj te dokumentacije na oddelku niso več hranili. Po prvem pregledu pacienta so ta dokument zavrgli, čeprav bi morali⁷³ vsak dokument, na podlagi katerega je prišlo do spremembe vrstnega reda, hraniti najmanj šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi. Praviloma so pacienta vpisali na elektronski čakalni seznam s stopnjo nujnosti, ki je bila označena na napotnici, pod opombe pa so pogosto napisali odločitev zdravnika, kdaj naj pacient pride na pregled. Ugotovili smo, da dokumentiranje in sledljivost spremenjenih stopenj nujnosti napotnic v obdobju, na katero se nanaša revizija, nista bili v celoti zagotovljeni.

Če je zdravnik ob pregledu napotnice s stopnjo nujnosti hitro pacientu določil redni datum, so praviloma poslali napotnemu zdravniku dopis, v katerem je bilo navedeno, da so ob pregledu napotnice in priložene dokumentacije pacientu določili redni datum pregleda v endokrinološki ambulanti⁷⁴. Če pa je zdravnik odločil, da naj pacient pride na pregled prej, kot bi bil na vrsti glede na označeno stopnjo nujnosti, pa v obdobju, na katero se nanaša revizija, napotni zdravnik ni bil obveščen.

V posameznih primerih zdravnik ob pregledu napotnice ugotovi, da ne razpolaga z zadostnimi podatki, na podlagi katerih bi lahko odločil, kdaj naj pacient pride na pregled. Takrat zahteva dodatno obrazložitev zdravnika, ki je pacienta napotil na specialističen pregled. Takega pacienta ne vpišejo na čakalni seznam, dokler ne dobijo želenih podatkov, kar pomeni, da se njegova čakalna doba s tem podaljša. V reviziji smo ugotovili, da so v posameznih primerih napotnico vrnili napotnemu zdravniku in oba s pacientom obvestili, da pregled pri specialistu ni potreben⁷⁵.

Na oddelku opravljajo tudi samoplačniške ambulantne preglede pri specialistu endokrinologu, kjer pacienti na pregled čakajo približno dva do tri tedne. Ugotovili smo, da so bili nekateri pacienti, ki so prišli na pregled kot samoplačniki, v nadaljevanju obravnavani kot kontrolni pregledi v redni ambulanti z napotnico in ne več kot samoplačniki. To v praksi pomeni, da pacient na samoplačniški pregled čaka največ nekaj tednov, medtem ko večina pacientov z napotnico na prvi pregled čaka več kot eno leto. Njihova morebitna nadaljnja obravnava poteka na enak način (na napotnico).

⁷² Zdravnik je na obrazcu označil način obravnave pacienta, kjer je izbral eno od naslednjih možnosti: obravnava pacienta v nujni ambulanti, obravnava pacienta v redni ambulanti, sprejem na bolnišnični oddelek, enodnevna bolnišnična obravnava, merjenje kostne gostote oziroma je zapisal odločitev, čez koliko časa naj pride pacient na pregled. Na obrazcu je predvideno tudi polje za vnos datuma prejema napotnice in datuma odposlanega dopisa, ki so ga ob pregledu napotnice poslali pacientu.

⁷³ Tretji odstavek 15. člena ZPačP.

⁷⁴ V dopisu je napisan še poziv, da če obstajajo dodatni strokovni argumenti za predčasen pregled pacienta, naj jih napotni zdravnik pošlje.

⁷⁵ Kadar prejmejo napotnico za pregled pacienta s primarno osteoporozo. Takrat napotnemu zdravniku pošljejo dopis, da v endokrinološki ambulanti diagnosticirajo in zdravijo samo najbolj zapletene oblike osteoporoze (praviloma sekundarno osteoporozo, ki je povzročena z zdravili) in da paciente s primarno osteoporozo vodi izbrani osebni zdravnik. Pacientu pošljejo dopis, da na podlagi pregleda napotnice in dokumentacije menijo, da pregled pri endokrinologu ne bo potreben in naj se oglasi pri osebnem zdravniku. Po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03-UPB (35/03 popr.), 78/03, 84/04, 44/05, 86/08 (90/06 popr.), 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12) zdravnik specialist lahko odkloni sprejem pooblastila osebnega zdravnika, če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni, oziroma narava bolezni ne zahteva obravnave na sekundarni ravni (176. člen).

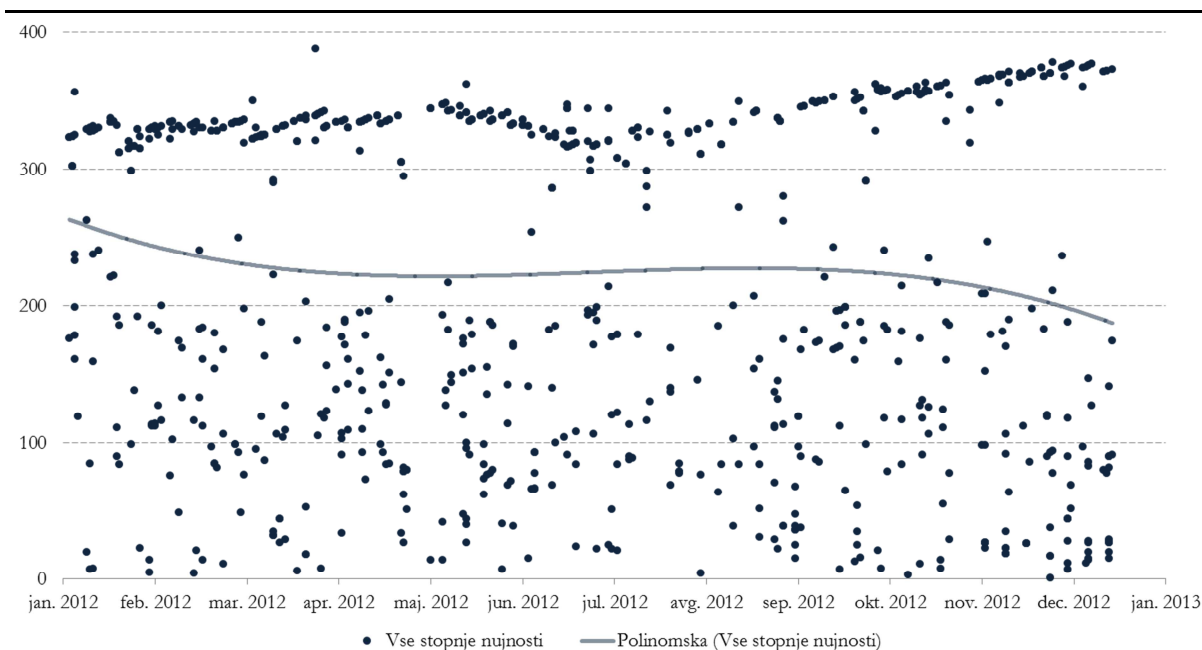
Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti odražajo v poslovanju oddelka, smo podrobneje pregledali celotno razpoložljivo dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili v letu 2012 obravnavani v endokrinološki ambulanti.

Na podlagi izpisa iz bolnišničnega informacijskega sistema za vodenje čakalnega seznama smo preverili, koliko časa je minilo od dne, ko so bili posamezni pacienti vpisani na čakalni seznam za prvi pregled, do dne, ko je bil pregled opravljen. Razlogi, zaradi katerih smo morali na tem oddelku podrobni pregled opraviti skupaj za obe stopnji nujnosti (redno in hitro), so:

- ker ne glede na stopnjo nujnosti na napotnici zdravnik pacientom posebej določi predvideno obdobje, v katerem naj pridejo na prvi pregled;
- evidentiranje tiste stopnje nujnosti v bolnišnični informacijski sistem, ki je označena na napotnici, in ne tiste, ki jo je na novo določil zdravnik, in
- ker ni bilo mogoče preveriti odločitve zdravnika o predvidenem obdobju, v katerem naj pacient pride na prvi pregled, saj so zavrgli dokumentacijo, ki bi omogočila nadzor vsaj nad enakopravnostjo obravnave med pacienti, za katere je zdravnik odločil, da lahko čakajo enako obdobje.

Na sliki 5 so prejeti podatki predstavljeni skupaj za obe stopnji nujnosti. S slike 5 je razvidno, da je večina pacientov na začetku leta 2012 na prvi pregled čakala med 300 in 350 dnevi, proti koncu leta pa se je ta čas podaljševal na 350 do 380 dni. Ostali pacienti niso bili obravnavani glede na čas vpisa na čakalni seznam, temveč so bili na vrsti prej. Na prvi pregled so čakali izrazito različno – od nekaj dni do nekaj mesecev.

Slika 5: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do prvega pregleda pri specialistu endokrinologu za stopnji nujnosti redno in hitro v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum obiska pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y).

Vir: zavod.

Preverili smo dokumentacijo tistih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so bili naročeni na pregled prej kot večina drugih. Poleg tega smo opravili še pregled dokumentacije vzorca vseh pacientov, ki so tudi dejansko prišli na pregled. S tem smo preverili vse paciente: tiste, ki so prišli na kontrolni pregled, in paciente s stopnjo nujnosti nujno, pa tudi tiste, ki so bili morda sprejeti na prvi pregled in niso imeli napotnice s stopnjo nujnosti nujno ter pred tem niso bili vpisani na čakalni seznam.

Na podlagi ugotovitev za vsakega posameznega pacienta posebej in ob primerjanju z vsemi pacienti, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da je bilo 27,7 odstotka takšnih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih pacientov. Glavni razlog za to je v prednostni obravnavi nekaterih pacientov brez spreminjanja stopnje nujnosti, nekateri pacienti pa so dobili datum tudi po neposrednem dogovoru z zdravnikom ali drugim zaposlenim na oddelku.

Za nadaljnjih 15,2 odstotka pacientov smo ugotovili, da so prišli na prvi pregled, čeprav niso bili nikoli vpisani na čakalni seznam, pa bi morali biti. Za večino teh pacientov smo na podlagi pregleda dokumentacije in pojasnil zdravnikov ugotovili, da so prišli na prvi pregled na podlagi neposrednega dogovora med pacientom in zdravnikom. Na oddelku so tudi pojasnili, da zaposlene v zavodu sprejmejo na pregled brez vpisa na čakalni seznam oziroma jim dodelijo datum prej kot večini ostalih.

Pri 23 odstotkih tistih pacientov, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da so bili obravnavani kot kontrolni pregledi, čeprav bi morali biti po določbah pravilnika obravnavani kot prvi pregledi. To pomeni, da ti pacienti niso bili uvrščeni na čakalni seznam za prvi pregled in so prejeli datum prej kot ostali pacienti, ki so čakali na prvi pregled in so bili pravilno vpisani na čakalni seznam. Po pojasnilih vodje endokrinološke ambulante so bili med njimi tudi kronični pacienti, ki pa jih iz različnih razlogov niso redno spremljali, medtem ko bi nekateri dejansko morali biti obravnavani kot kontrolni pregledi.

Ugotavljamo, da vodenje čakalnega seznama v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bilo v skladu s pravnimi podlagami. Ocenjujemo, da se vodstvo oddelka zaveda dejstva, da so posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev, ter predstavljenih vzrokov za to, a kljub temu niso sprejeli ukrepov za obvladovanje tveganj glede neenakopravne obravnave pacientov.

3.4 Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo

Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo je del Kirurške klinike zavoda, ki se ukvarja z zdravljenjem in rehabilitacijo patoloških stanj glave, obraza, ustne votline, čeljusti in vratu, do katerih lahko pride zaradi bolezenskih sprememb, nepravilnega razvoja, tumorjev, poškodb in starostnih pojavov. Ambulantno so v letu 2012 obravnavali 21.380 pacientov in opravili 25.274 ambulantnih posegov⁷⁶.

Podrobnejši pregled tega oddelka smo opravili zaradi podaljševanja čakalne dobe v letu 2012, povečevanja števila čakajočih pacientov in zaradi ugotovitve, da vodenje čakalnih seznamov v pomembnem obsegu poteka ročno. Hkrati na oddelku za vodenje nekaterih čakalnih seznamov uporabljajo drug bolnišnični informacijski sistem kot oba predhodno predstavljena oddelka (Birpis), ki je v okviru Kirurške klinike tudi najpogosteje uporabljen informacijski sistem. Pri izboru čakalnih seznamov, ki so bili predmet revizije, smo se osredotočili na ambulantno dejavnost, znotraj katere vodijo tri čakalne sezname: ambulanta za

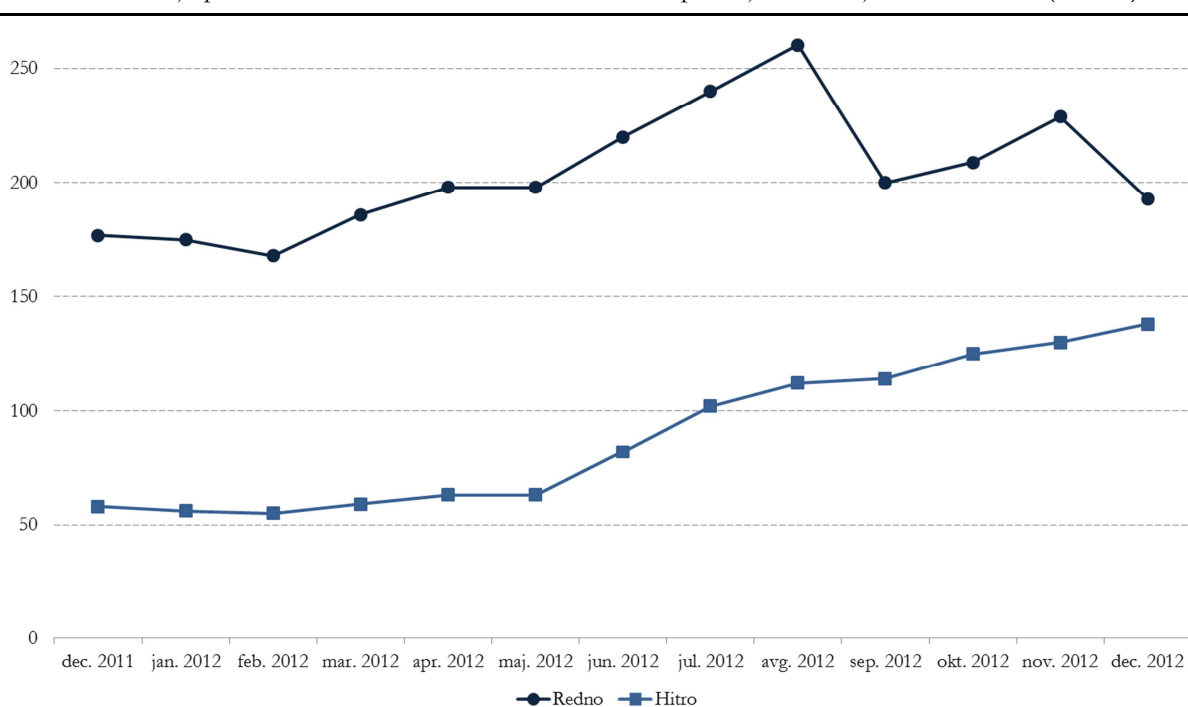
⁷⁶ Strokovno poročilo 2012, str 127.

ekstrakcije, maksilofacialna ambulanta in ambulanta za operacije. Pri vseh treh čakalnih seznamih se je pričakovana čakalna doba konec leta 2012 v primerjavi z letom 2011 podaljšala, tako pri stopnji nujnosti redno kot tudi pri stopnji nujnosti hitro. Pričakovana čakalna doba je konec decembra 2012 v več primerih tudi presegala najdaljšo dopustno čakalno dobo⁷⁷.

Število čakajočih pacientov v ambulanti za ekstrakcije je v letu 2012 poraslo s 715 na 879, v maksilofacialni ambulanti pa s 440 na kar 701.

Gibanje dolžine predvidene čakalne dobe v letu 2012 v ambulanti za operacije, kjer opravljajo zahtevnejše posege s področja oralne kirurgije, je predstavljeno na sliki 6.

Slika 6: Gibanje predvidene čakalne dobe v ambulanti za operacije na zadnji dan v mesecu (v dneh)

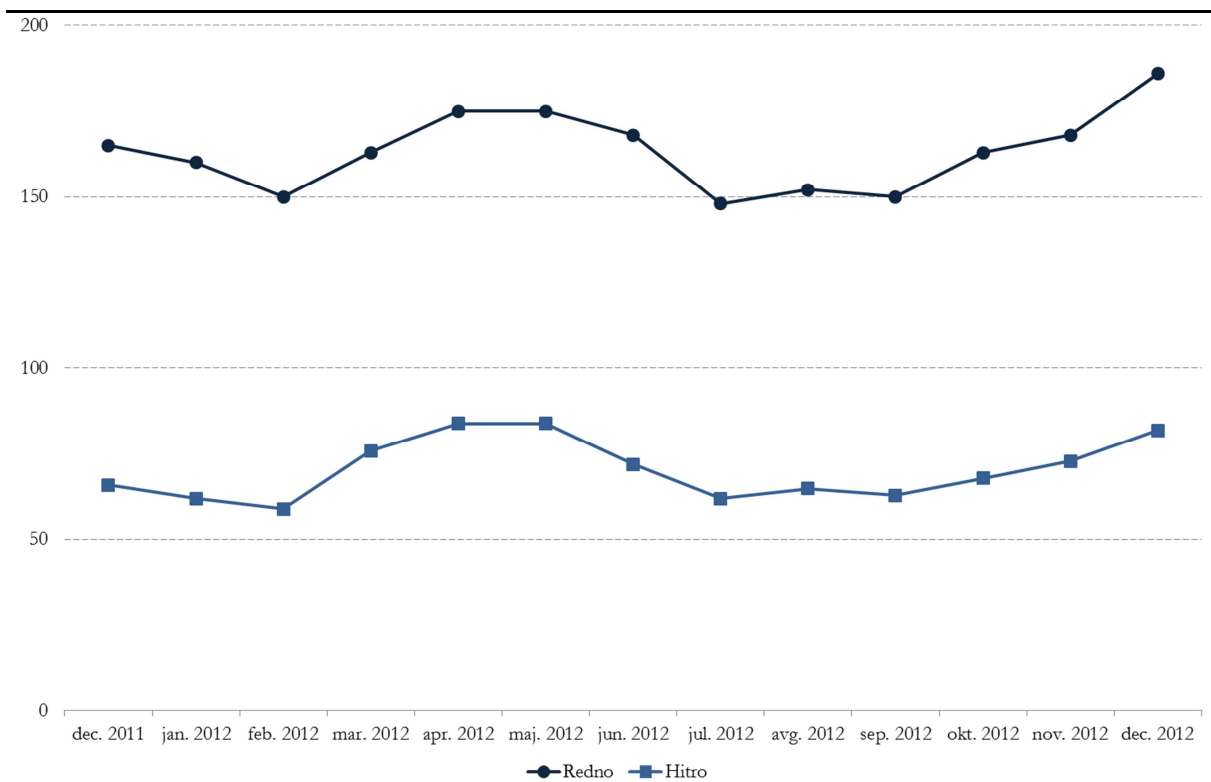


Vir: zavod.

⁷⁷ Pričakovana čakalna doba je bila 96 dni za stopnjo nujnosti hitro v maksilofacialni ambulanti (šest dni nad dopustno čakalno dobo), 138 za stopnjo nujnosti hitro (48 dni nad dopustno čakalno dobo) in 193 dni za stopnjo nujnosti redno v ambulanti za posege (13 dni nad dopustno čakalno dobo) ter 186 dni za stopnjo nujnosti redno v ambulanti za ekstrakcije (šest dni nad dopustno čakalno dobo).

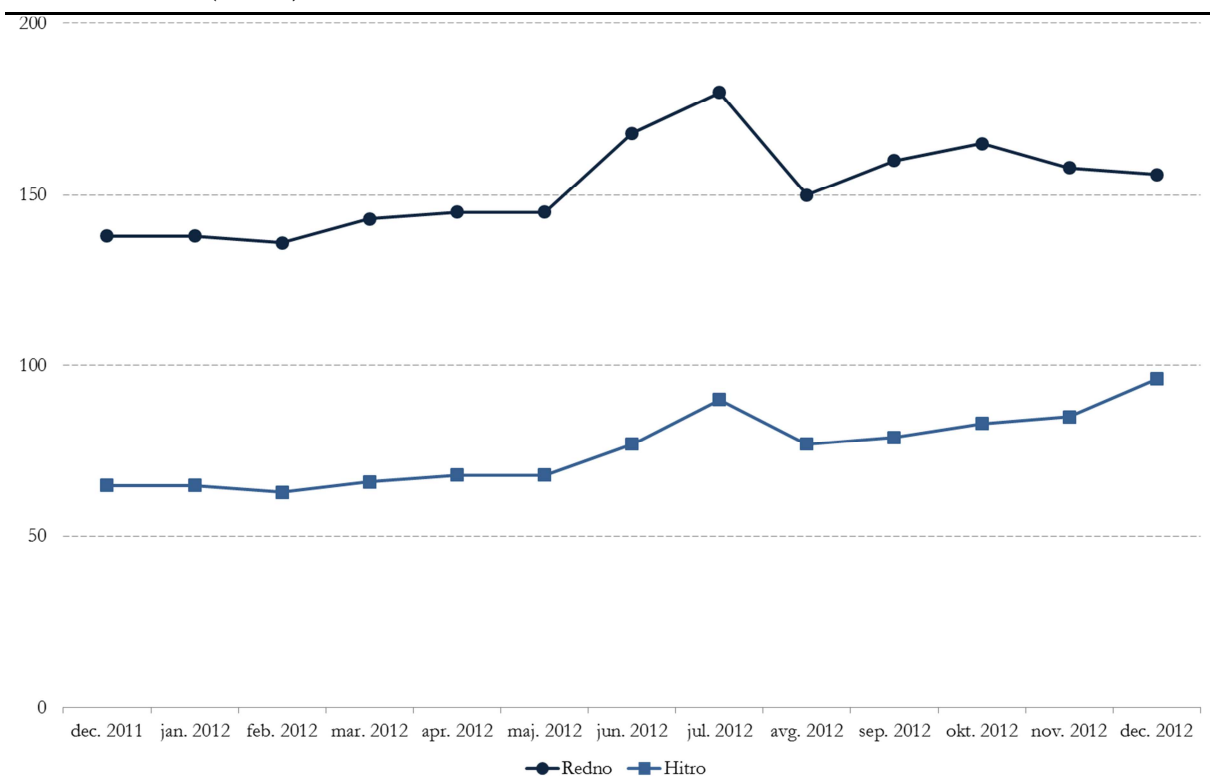
Na sliki 7 je prikazana predvidena čakalna doba za prvi pregled v letu 2012 v ambulanti za ekstrakcije, kjer opravljajo kirurške odstranitve zob, na sliki 8 pa v maksilofacialni ambulanti, kjer obravnavajo paciente z drugo patologijo.

Slika 7: Gibanje predvidene čakalne dobe za prvi pregled v ambulanti za ekstrakcije na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Slika 8: Gibanje predvidene čakalne dobe za prvi pregled v maksilofacialni ambulanti na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Pri pregledu poslovanja oddelka v delu, ki se nanaša na vodenje čakalnih seznamov, smo ugotovili, da v obdobju, na katero se nanaša revizija, niso uporabljali vseh predvidenih načinov naročanja. Pacienta so uvrstili na čakalni seznam zgolj na podlagi izvirnika napotnice, ki ga je pacient osebno prinesel oziroma ga je poslal po pošti. Ostalih oblik naročanja in rezervacij termina niso izvajali.

Pri naročanju na prvi ambulantni pregled ali ambulantni poseg so v obdobju, na katero se nanaša revizija, uporabljali elektronski in ročni način vodenja čakalnega seznama. Primarno so elektronsko vodili zgolj čakalni seznam ambulante za ekstrakcije, v drugih dveh ambulantah so uporabljali ročni čakalni seznam, ki so ga septembra 2012 dopolnili tako, da so paciente, ki so čakali na zdravstveno storitev, vpisali še na elektronski čakalni seznam. Ugotovili smo, da je bila ročna evidenca, ki so jo ob podrobnem pregledu junija 2013 še vedno uporabljali, sicer bolj zanesljiva, a tudi ta nepopolna, saj na čakalni seznam niso bili vpisani vsi pacienti, ki bi morali biti⁷⁸. Predstojnik oddelka je pojasnil, da zaradi takšnega načina dela ne vedo, koliko pacientov bo na posamezen dan prišlo na pregled, saj nimajo popolne evidence vseh naročenih pacientov. Ročno vodeni čakalni seznam tudi ne vsebujejo vseh potrebnih elementov, saj nimajo nekaterih ključnih podatkov, kot so: zaporedna številka, datum vpisa pacienta in stopnja nujnosti, obenem pa z njih tudi ni razvidno, kdo je pacienta vpisal, ali je bil prenaročen in podobno.

⁷⁸ Nekateri pacienti so bili za kontrolni pregled vpisani na čakalni seznam, nekateri ne.

Pacienta, ki ima napotnico s stopnjo nujnosti nujno, pregleda zdravnik na dan obiska. Če pacient potrebuje nadaljnjo obravnavo, v eni od ambulant opravijo celoten pregled. Če takojšnja obravnava ni potrebna, zdravnik po kratkem pregledu odloči, kdaj naj pacient ponovno pride na pregled. Ugotovili smo, da so v obdobju, na katero se nanaša revizija, zdravniki v posameznih primerih pregledali tudi paciente, ki niso imeli nujne napotnice in jim za nadaljnje zdravljenje niso spremenili stopnje nujnosti⁷⁹.

Pooblastilo za dodelitev termina za prvi pregled je imelo, v obdobju na katero se nanaša revizija, deset medicinskih sester, ki so na podlagi označene stopnje nujnosti na napotnici pacientu določile točen datum in uro pregleda. Če so glede na napisano diagnozo podvomile v ustreznost označene stopnje nujnosti, so se posvetovale z zdravnikom, ki je presodil, ali mora pacient priti na pregled ali poseg prej, kot bi bil sicer na vrsti. Pacient je ob vpisu na čakalni seznam dobil termin in uro pregleda, praviloma pa ni bilo razlike med iskanjem prostega termina za stopnjo nujnosti redno ali hitro. Ugotovili smo, da so pri določanju termina včasih v bolnišnični informacijski sistem celo namenoma vnesli drugačno stopnjo nujnosti, kot je bila označena na napotnici, in sicer ko so prejeli napotnico s stopnjo nujnosti hitro in v roku treh mesecev ni bilo prostega termina za pregled. Takrat so v bolnišnični informacijski sistem vnesli stopnjo nujnosti redno in to zabeležili pod opombe. Ob določanju termina pregleda v maksilofacialni ambulanti pa pacientov tudi niso vedno uvrstili na prvi razpoložljivi termin, saj v tej ambulanti ob vpisu na čakalni seznam najprej glede na napotno diagnozo izberejo primerne zdravnika in nato (po ročni evidenci) poiščejo prost termin pri njem.

Pojasnilo zavoda

Maksilofacialna in oralna kirurgija ima različne podvrste (subspecialnosti), ki so vezane na različne specialiste za različno patologijo, zato so lahko termini za prvi pregled vezani tudi na razpoložljiv termin posameznega specialista.

Ob vpisu pacientov tudi namenoma puščajo proste termine za morebitne paciente, ki bodo prišli kasneje in bi zanje želeli, da so na vrsti prej, kot ostali. Obenem pa približno na dva meseca pri vseh zdravnikih na en dan niso naročali pacientov, da so lahko naknadno te termine zapolnili s pacienti, ki so napotnico poslali oziroma prinesli kasneje.

Pojasnilo zavoda

Zaradi službenih obveznosti, nepredvidene odsotnosti, dopustov, izobraževanj, dela na medicinski fakulteti in raziskovalnega dela se lahko pripeti, da določeni specialisti na ambulantni dan niso v službi oziroma niso dosegljivi, zato je na vsaka dva meseca prosti termin, kamor se prenaročajo pacienti, ki zaradi višje sile niso bili pregledani na določeni termin.

Glavna težava, ki smo jo ugotovili pri naročanju pacientov na tem oddelku, je bila odsotnost ponovljivih procesov, saj je paciente na čakalni seznam vpisovalo več oseb, ki so imele različne metode dela in niso uporabljale bolnišničnega informacijskega sistema Birpis na enak način⁸⁰. Če so pacienta obravnavali drugače, kot bi ga morali glede na označeno stopnjo nujnosti, v večini primerov ni bilo mogoče ugotoviti,

⁷⁹ Zdravnik je pregledal pacienta zaradi njegove vztrajnosti oziroma kadar je pacient osebno prinesel napotnico s stopnjo nujnosti redno ali hitro in je medicinska sestra ob sprejemu napotnice presodila, da bi pri pacientu lahko šlo za nujno stanje.

⁸⁰ Dodelitev termina za prvi pregled je potekala tako, da so pacienta vpisali v Birpis in v ročno evidenco, pri čemer so praviloma prosti termin za ambulantno za ekstrakcije iskali po elektronskem čakalnem seznamu, za maksilofacialno ambulantno pa po ročnem čakalnem seznamu. Na ročni čakalni seznam je pacienta lahko vpisal tudi zdravnik oziroma je pacient neposredno prišel na pregled ali poseg.

kdo in kdaj je to naredil ter kakšni so bili razlogi, zaradi katerih se je spremenil vrstni red pacientov. Takšna ravnanja so bila le redko evidentirana in dokumentirana na način, ki bi zagotavljal sledljivost.

Nekatere posege na oddelku opravljajo tudi v bolnišnični obravnavi. Paciente, predvidene za operativni poseg, najprej pregledajo v ambulanti, nato pa jih uvrstijo na čakalni seznam. Pacient ni dobil točnega termina za operacijo, vrstni red pacientov, ki bodo operirani, so določili naknadno glede na diagnoze in ne glede na datum vpisa na čakalni seznam.

Na oddelku opravljajo tudi samoplačniške zdravstvene storitve, za katere vodijo ločen čakalni seznam v obliki ročne evidence, v katere zdravniki po dogovoru s pacientom vpisujejo termine, kdaj bodo opravili pregled ali poseg. Pri pregledu smo v več primerih ugotovili, da so bili pacienti, ki so prišli na poseg v samoplačniško ambulanto, na nadaljnje kontrolne preglede naročeni v redno ambulanto z napotnico.

Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti odražajo v poslovanju oddelka, smo podrobneje pregledali celotno razpoložljivo dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili v letu 2012 ambulantno obravnavani. Na podlagi seznama pacientov, ki jim je bila opravljena zdravstvena storitev, smo za vsakega pacienta posebej preverili, koliko časa je minilo od dne, ko so bili vpisani na čakalni seznam za prvi pregled oziroma poseg, do dne, ko je bil pregled ali poseg opravljen.

Kljub temu, da na oddelku vodijo tri ločene čakalne sezname, zaradi načina evidentiranja podatkov o pacientih⁸¹ ni bilo mogoče ločeno pregledati vsakega posameznega čakalnega seznama. Zato smo opravili podrobni pregled za paciente, ki so opravili pregled ali poseg v katerikoli izmed ambulant, skupaj. Zaradi načina uporabe bolnišničnega informacijskega sistema (predvsem ker so za večino naročenih pacientov ob sprejemu evidentirali datum vpisa na čakalni seznam, ki je bil enak datumu obravnave), napačnega evidentiranja stopnje nujnosti (več kot štiri petine pacientov iz pregledanega vzorca, ki bi morali biti na čakalnem seznamu, so imeli napačen datum vpisa na čakalni seznam ali stopnjo nujnosti) in evidentiranja podatkov o pacientih tudi ni bilo mogoče pridobiti dovolj zanesljivih podatkov za grafični prikaz.

V reviziji smo podrobno pregledali dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili ambulantno obravnavani v letu 2012. S tem smo preverili paciente, vpisane na čakalni seznam, tiste, ki so prišli na kontrolni pregled, in paciente s stopnjo nujnosti nujno (tako eni kot drugi niso predmet vpisa na čakalni seznam) pa tudi tiste, ki so bili sprejeti na prvi pregled in niso imeli napotnice s stopnjo nujnosti nujno ter pred tem niso bili vpisani na čakalni seznam.

Na podlagi ugotovitev za vsakega posameznega pacienta posebej in ob primerjanju z vsemi pacienti, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da je bilo 13,5 odstotka takšnih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih pacientov z isto stopnjo nujnosti. Med glavnimi razlogi za to so bile odločitve zdravnika, da naj pacient pride predčasno na pregled, brez spremembe stopnje nujnosti, ter neposredni dogovori med zdravnikom in pacienti. Prednostno pa so

⁸¹ Glavni razlogi za to so bili, da za dve ambulanti večino leta 2012 niso vodili elektronskega čakalnega seznama, da so bili elektronski čakalni sezname pomanjkljivi, da so vse paciente, ki so jim opravili zdravstvene storitve v bolnišničnem informacijskem sistemu, zabeležili kot paciente v maksilofacialni ambulanti in jih niso evidentirali v ambulanti, kjer so jih dejansko obravnavali, ter velik delež pacientov, ki so bili uvrščeni na čakalni seznam in so prišli na prvi pregled, vendar so bili kasneje evidentirani kot kontrole.

obravnavali tudi nekaj pacientov, ki so že bili obravnavani pri drugih specialistih, čeprav pravne podlage ne vsebujejo določb, ki bi to dovoljevale.

Za nadaljnjih 21,9 odstotka pacientov smo ugotovili, da so prišli na prvi pregled in niso bili nikoli vpisani na čakalni seznam, čeprav bi morali biti. Za večino teh pacientov smo na podlagi pregleda dokumentacije in pojasnil zdravnikov ugotovili, da so prišli na prvi pregled po dogovoru z zdravnikom na podlagi predhodnega klica pacienta ali drugega specialista. Nekateri pacienti pa so bili takoj pregledani tudi zaradi odpovedi katerega od naročenih pacientov.

Pri 4,4 odstotka tistih pacientov, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da so bili obravnavani kot kontrolni pregledi, čeprav bi morali biti po določbah pravilnika obravnavani kot prvi pregledi, kar pomeni, da so prejeli datum prej kot ostali pacienti, ki so čakali na prvi pregled.

Pojasnilo zavoda

Pacienti, ki so že bili obravnavani in so prišli na nadaljnjo obravnavo z novo napotnico (nadaljnje ekstrakcije, izkles preostalih modrostnih zob, težave po posegih po več letih), so obravnavani kot ponovni pregled oziroma poseg.

Ugotavljamo, da vodenje čakalnega seznama v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bilo v skladu s pravnimi podlagami. Ocenjujemo, da se vodstvo oddelka zaveda predstavljenih nepravilnosti in dejstva, da so posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev, vendar pa ni ukrepalo, da bi se zmanjševala zaznana tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov.

3.5 Ortopedska klinika

Ortopedska klinika deluje kot samostojna organizacijska enota zavoda, kjer ambulantno in bolnišnično obravnavajo paciente z boleznimi in poškodbami gibal; torej sklepov, kosti in vezi. Dejavnost obsega ortopedsko obravnavo pacienta, kjer se izvaja diagnostična obdelava in operativno zdravljenje degenerativnih, vnetnih, popoškodbenih, živčno-mišičnih, vrojenih in razvojnih deformacij ter tumorjev gibal in hrbtenice pri odraslih in otrocih. V ambulantno obravnavo so naročeni pacienti z ortopedskimi obolenji, ki čakajo na pregled pri specialistu ortopedu. Nekatere paciente, predvsem tiste, ki potrebujejo operativni poseg, pa obravnavajo tudi na bolnišničnem oddelku⁸².

V ortopedski ambulanti so v letu 2012 pregledali 24.014 pacientov, opravili pa so še 3.597 operacij⁸³. Podroben pregled poslovanja v letu 2012 smo opravili za čakalne sezname za pregled v ortopedski ambulanti, za operacijo, pri kateri kolenski sklep nadomestijo z umetnim (v nadaljevanju: endoproteza kolena), in operacijo, pri kateri zamenjajo kolčni sklep z umetnim (v nadaljevanju: endoproteza kolka)⁸⁴. Navedene tri čakalne sezname smo izbrali, ker sta čakalni dobi za vstavev endoproteze kolena oziroma kolka med najdaljšimi v zavodu, pred uvrstitvijo na čakalni seznam za operacijo pa mora pacient opraviti ambulantni pregled, za katerega mora prav tako čakati v vrsti.

⁸² Strokovno poročilo 2012, str. 265.

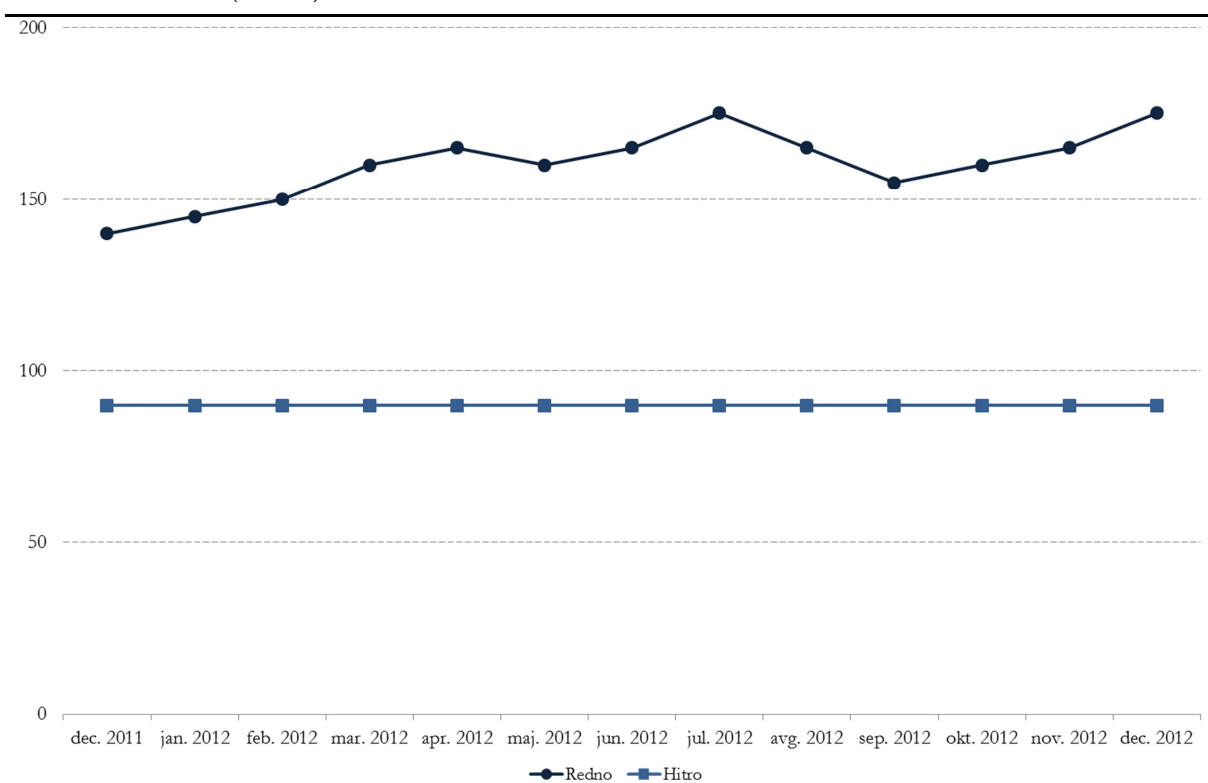
⁸³ Strokovno poročilo 2012, str. 266.

⁸⁴ Za operacije vodijo devet ločenih čakalnih seznamov, poleg endoproteze kolka in kolena še čakalni seznam za artroskopsko operacijo kolena, kolka, gležnja, komolca, čakalni seznam za rekonstrukcijo kolenske križne vezi, ter operaciji hrbtenice in rame.

3.5.1 Ambulantni pregled pri specialistu ortopedu

Po podatkih zavoda je bila ob koncu leta 2011 pričakovana čakalna doba za prvi pregled pri specialistu ortopedu s stopnjo nujnosti redno 140 dni, ob koncu leta 2012 pa se je podaljšala na 175 dni. Pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro je bila vse mesece v letu 2012 enaka in je znašala 90 dni. Na sliki 9 je prikazano gibanje čakalne dobe za prvi pregled pri ortopedu v letu 2012. Število pacientov se je povečalo s 445 (konec leta 2011) na 651 pacientov, ki so čakali na vrsto konec leta 2012, pri čemer je po podatkih zavoda na dan 31. 8. 2012 na pregled čakalo kar 1.647 pacientov.

Slika 9: Gibanje predvidene čakalne dobe za specialistični ambulantni pregled pri ortopedu na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

V nadaljevanju navajamo ugotovitve na podlagi podrobnega pregleda čakalnega seznama za ambulantni pregled pri specialistu ortopedu.

Na čakalni seznam za specialistični pregled pri ortopedu se pacient lahko uvrsti z rezervacijo termina oziroma z enim od drugih načinov naročanja, ki jih uporabljajo. Za vodenje čakalnega seznama na kliniki uporabljajo bolnišnični informacijski sistem Birpis, v katerega vnašajo paciente za prvi in kontrolni pregled. Pacienta, ki ima napotnico z oznako nujno, pregledajo v nujni ambulanti. Če zdravnik pri pregledu pacienta ugotovi, da njegovo zdravstveno stanje ne zahteva takojšnje obravnave, to zapiše v izvid, na podlagi katerega pacient dobi redni termin za pregled. V obdobju, na katero se nanaša revizija, napotnih zdravnikov niso obveščali o spremembi stopnje nujnosti. Med izvajanjem revizije so pripravili obrazec, ki ga bodo pošiljali zdravnikom, ki z nujno napotnico napotijo paciente, pri katerih na pregledu ugotovijo, da njihove težave ne zahtevajo takojšnje specialistične obravnave. Na obrazcu so navedene tudi

bolezni oziroma diagnoze, ki pri pacientih zahtevajo nujno napotitev v ortopedsko specialistično ambulanto.

Vse preostale prejete napotnice je v obdobju, na katero se nanaša revizija, po prispelem vrstnem redu pregledala medicinska sestra, pooblaščenca za določanje termina za pregled, ki je na podlagi diagnoze in označene stopnje nujnosti na napotnici, določila točen datum in uro pregleda. Pacient je dobil termin za pregled pri enem od zdravnikov, ki je bil po njeni presoji najbolj primeren za obravnavo⁸⁵. Po določitvi zdravnika je pacient dobil prvi razpoložljivi termin pri tem zdravniku, ki pa ni bil nujno tudi prvi razpoložljivi termin pri kateremkoli specialistu za ortopedijo na kliniki.

Če je medicinska sestra, pooblaščenca za določanje termina, pri stopnji nujnosti redno ocenila, da glede na napotno diagnozo pacient potrebuje pregled prej, kot bi bil sicer na vrsti, in če je bil še kakšen prost termin, je pacienta naročila prej, čeprav sme stopnjo nujnosti po pravilniku spremeniti le zdravnik. Če ni bilo prostega termina, se je posvetovala z zdravnikom, ki je odločil, ali naj pacient pride na pregled prej (na dodaten termin), pri tem pa ni spremenil stopnje nujnosti. Tovrstne odločitve, ki so vplivale na spremembo vrstnega reda pacientov, do jeseni 2012 niso bile dokumentirane in sledljivost ni bila zagotovljena. V bolnišnični informacijski sistem so za takšnega pacienta vnesli stopnjo nujnosti, ki je bila označena na napotnici.

V več primerih je zdravnik neposredno prejel napotnico (osebno ali po pošti). Takrat je pacientu sam določil (dodaten) termin. Praviloma je bil pacient naročen k istemu zdravniku, na vrsti pa je bil v roku dveh tednov do enega meseca, in sicer takrat, ko je ta zdravnik delal v nujni ambulanti⁸⁶, oziroma so pacienta naročili na prvi razpoložljivi termin (pacient je zasedel prost termin zaradi odpovedi drugega pacienta). Tovrstne primere so pričeli dokumentirati šele proti koncu leta 2012.

Upoštevanje prednostnih kriterijev je potekalo tako, da so po presoji medicinske sestre pacientu z napotnico redno dodelili termin, ki bi ga dobil, če bi imel stopnjo nujnosti hitro. Pacienti z napotnico hitro niso bili na vrsti nič prej, kot bi bili, če prednostni kriteriji ne bi bili označeni.

Med izvajanjem revizije je predstojnik Ortopedske klinike sprejel seznam diagnoz oziroma zdravstvenih stanj pacientov, ki jih pri določanju termina za pregled znotraj hitre napotitve obravnavajo prednostno. Ocenjujemo, da to ni v skladu s pravnimi podlagami, saj pravilnik določa tri stopnje nujnosti, znotraj posamezne stopnje nujnosti pa ne predvideva ločevanja pacientov na tiste, ki naj bodo prednostno obravnavani, in vse ostale, temveč je treba datum pregleda določiti glede na vpis na čakalni seznam oziroma spremeniti stopnjo nujnosti, ki je označena na napotnici, če je to po presoji zdravnika potrebno.

Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti pri ambulantnih pregledih odražajo v poslovanju Ortopedske klinike, smo podrobneje pregledali celotno razpoložljivo dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili v letu 2012 ambulantno obravnavani. Na podlagi seznama pacientov, ki jim je bila opravljena zdravstvena storitev, smo za vsakega pacienta posebej preverili, koliko časa je minilo od dne, ko so bili vpisani na čakalni seznam za prvi pregled, do dne, ko je bil pregled opravljen.

⁸⁵ Določitev zdravnika je odvisna od težav, ki jih ima pacient. Glede na napotno diagnozo je medicinska sestra izbrala zdravnika, ki je specializiran za zdravljenje pacientovih težav (koleno, kolk, ramo in podobno).

⁸⁶ Nujna ambulanta je sicer namenjena zgolj za preglede nujnih pacientov in ne za ostale naročene paciente.

Na podlagi prejetih izpisov iz bolnišničnega informacijskega sistema Birpis ni bilo mogoče pridobiti dovolj zanesljivih podatkov za grafični prikaz. Glavni razlog za to je velik delež napačnih podatkov zaradi napačnega evidentiranja stopnje nujnosti, označevanja prvih pregledov kot kontrolnih in dejstva, da so za nekatere naročene paciente ob sprejemu kot datum vpisa na čakalni seznam evidentirali datum obravnave, ali pa so bili podatki ob sprejemu v bolnišničnem informacijskem sistemu povezani z napačnim datumom vpisa na čakalni seznam.

V reviziji smo podrobno pregledali dokumentacijo vzorca pacientov, ki so bili ambulantno obravnavani v letu 2012. S tem smo preverili paciente, vpisane na čakalni seznam, tiste, ki so prišli na kontrolni pregled, in paciente s stopnjo nujnosti nujno (tako eni kot drugi niso predmet vpisa na čakalni seznam) pa tudi tiste, ki so bili sprejeti na prvi pregled in niso imeli napotnice s stopnjo nujnosti nujno ter pred tem niso bili vpisani na čakalni seznam.

Na podlagi ugotovitev za vsakega posameznega pacienta posebej in ob primerjanju z vsemi pacienti, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da je bilo 8,1 odstotka takšnih pacientov, ki so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih pacientov z isto stopnjo nujnosti. Največ pacientov je prišlo predčasno na vrsto, ker so poslali napotnico neposredno zdravniku in je ta določil datum pregleda oziroma na podlagi odločitve medicinske sestre ali zdravnika, zaradi navajanja bolečin ali preprosto vztrajnosti pacienta, ki je želel priti prej na vrsto. Takšnim pacientom niso spremenili stopnje nujnosti, temveč so jih prednostno obravnavali znotraj stopnje nujnosti, ki je bila navedena na napotnici.

Za nadaljnjih 29 odstotkov pacientov smo ugotovili, da so prišli na prvi pregled in niso bili nikoli vpisani na čakalni seznam, čeprav bi morali biti. Za veliko večino teh pacientov smo na podlagi pregleda dokumentacije in pojasnil zdravnikov ugotovili, da so prišli na prvi pregled po neposrednem dogovoru z zdravnikom, manjši del pacientov je prišel na vrsto zaradi odpovedi katerega od naročenih pacientov ali pa so bili prednostno obravnavani, ker so bili zaposleni v zavodu.

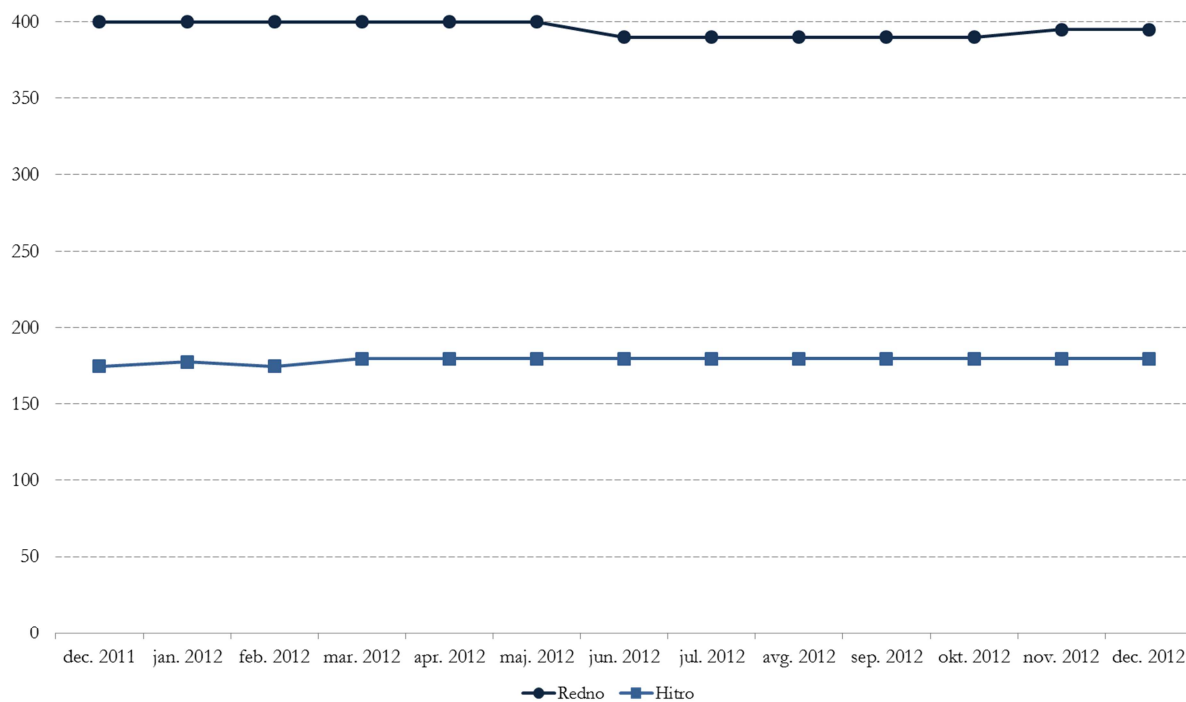
Pri 3,7 odstotka tistih pacientov, ki bi morali biti vpisani na čakalni seznam, smo ugotovili, da so bili obravnavani kot kontrolni pregledi, čeprav bi morali biti po določbah pravilnika obravnavani kot prvi pregledi, saj so bili na kliniki pregledani že pred leti in je bilo zdravljenje takrat tudi zaključeno.

3.5.2 Endoproteze kolena in kolka

V nadaljevanju pregleda poslovanja Ortopedske klinike smo preverili čakalna seznama za vstavitve endoproteze kolena in endoproteze kolka. Pričakovana čakalna doba za vstavitve endoproteze kolena je bila 400 dni ob koncu leta 2011, na operacijo je čakalo 644 pacientov. Ob koncu leta 2012 je bila pričakovana čakalna doba 395 dni, na operacijo pa sta čakala 702 pacienta. Kot je razvidno s slike 10, je čakalna doba za stopnjo nujnosti redno v letu 2012 ves čas presegala najdaljšo dopustno čakalno dobo, ki lahko za ortopedske operacije znaša največ leto dni⁸⁷.

⁸⁷ Druga alineja šestega odstavka 3. člena pravilnika.

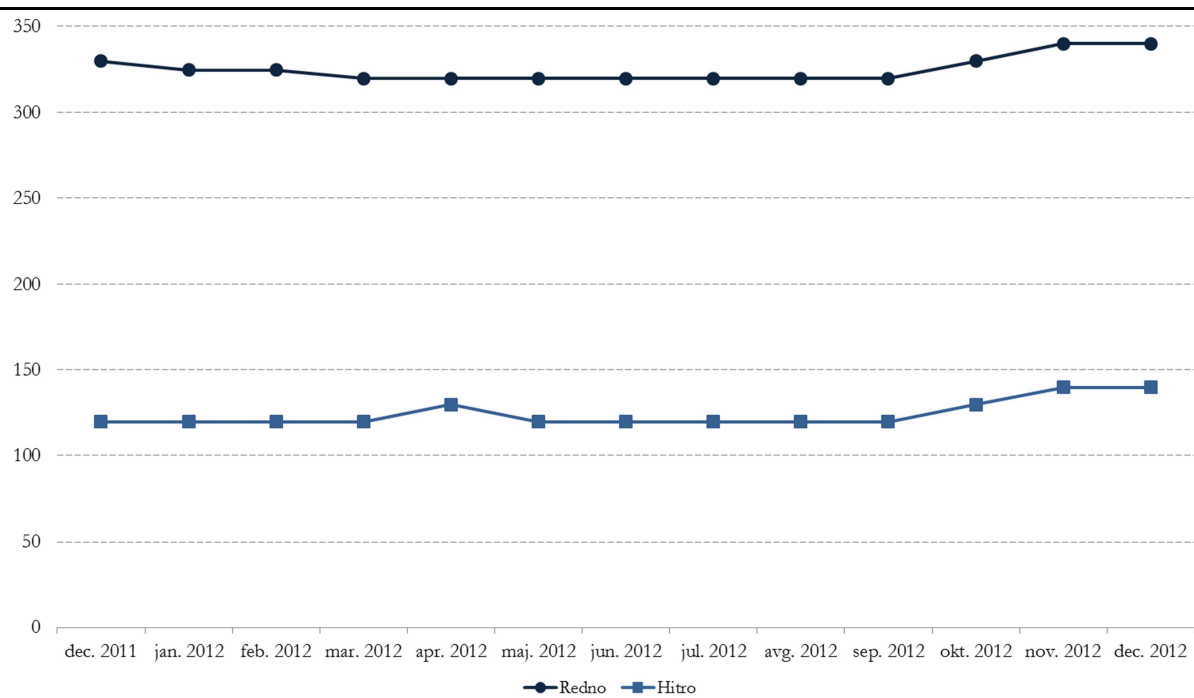
Slika 10: Gibanje predvidene čakalne dobe za endoprotezo kolena na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Za endoprotezo kolka je bila ob koncu leta 2011 pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti redno 330 dni, na seznamu za operacijo je bilo 633 pacientov. Ob koncu leta 2012, ko je na operacijo čakalo 596 pacientov, je bila pričakovana čakalna doba 340 dni. Na sliki 11 je prikazano gibanje čakalne dobe za vstavev endoproteze kolka v letu 2012.

Slika 11: Gibanje predvidene čakalne dobe za endoprotezo kolka na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Odgovorna oseba za vodenje obeh čakalnih seznamov pacienta na čakalni seznam uvrsti na podlagi posebej za to pripravljenega obrazca⁸⁸. Datum vpisa pacienta na čakalni seznam je datum, ko specialist odloči, da je potreben operativni poseg. Pacienti so lahko na čakalni seznam uvrščeni po pregledu v ortopedski ambulanti zavoda ali v drugih ambulantah. Na operacijo jih lahko napotijo le zdravniki, ki sicer delajo v zavodu in preglede opravljajo tudi v okviru drugih ambulant s koncesijo oziroma v samoplačniških ambulantah, ki delujejo izven zavoda. Če pacient opravi pregled izven zavoda, je podlaga za vpis na čakalni seznam izpolnjen obrazec z odločitvijo zdravnika, da je potrebna operacija, izvid pregleda in napotnica. Podlaga za naročanje na operativni poseg je torej ortopedski pregled (in soglasje pacienta s posegom), ki pa ga pacient lahko opravi v ali izven zavoda. Ob vpisu na čakalni seznam pacient ne prejme datuma posega, temveč se o predvidenem terminu operacije dogovarja kasneje. Na kliniki izvajajo tudi samoplačniške operativne posege, vendar zanje ne vodijo čakalnega seznama, saj nimajo čakajočih pacientov.

Če zdravnik ob ambulantnem pregledu ugotovi, da je treba pacienta takoj operirati, ga sprejmejo na bolnišnični oddelek. Na obrazcu zdravnik označi, da gre za urgentni sprejem. Nujni operativni posegi se praviloma izvajajo v popoldanskem času in ponoči.

Za naročanje pacientov na operativni poseg so v obdobju, na katero se nanaša revizija, uporabljali bolnišnični informacijski sistem NaLEP, ki je bil pred leti načrtovan za vodenje nacionalne čakalne liste endoprotetike, ki pa se v praksi ni uporabljala. Ob uvrstitvi na čakalni seznam zdravnik izpolni poseben

⁸⁸ Na obrazcu zdravnik označi vrsto operativnega posega, diagnozo in stopnjo nujnosti, napiše datum odločitve ter se podpiše.

obrazec, s katerim določi tudi stopnjo nujnosti operativnega posega – redno oziroma hitro⁸⁹. Ob razvrščanju pacientov v eno od stopenj nujnosti morajo zdravniki upoštevati kriterije razširjenega strokovnega kolegija, na čakalni seznam s stopnjo nujnosti hitro pa naj ne bi uvrstili več kot 20 odstotkov pacientov⁹⁰. V reviziji smo ugotovili, da pri uvrščanju na čakalni seznam upoštevajo stopnje nujnosti, kot jih predvideva ZPacP, ne pa tudi prednostnih kriterijev, določenih v 6. členu pravilnika, ki so sicer navedeni na obrazcu napotnice. Poleg tega je bilo v letu 2012 na čakalni seznam za stopnjo nujnosti hitro za vstavitev endoproteze kolena vpisanih 27,4 odstotka, za vstavitev endoproteze kolka pa 44,1 odstotka vseh pacientov, s čimer je bil presežen kriterij strokovnega kolegija.

V reviziji ni bilo mogoče preveriti postopka uvrščanja pacientov na čakalni seznam, saj so v obdobju, na katero se nanaša revizija, večino obrazcev, ki so bili podlaga za vpis na čakalni seznam, ob sprejemu pacienta na bolnišnični oddelek zavrgli, kljub temu da bi morali podatke o čakalnem seznamu in morebitne spremembe vrstnega reda hraniti najmanj šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi. V bolnišnični informacijski sistem NaLEP so vnesli stopnjo nujnosti, vendar zaradi možnosti spreminjanja zapisanih podatkov brez sledljivosti in neobstoja fizične dokumentacije pravilnosti podatkov ni bilo mogoče preveriti.

Zdravniki so v nekaterih primerih prestavili pacienta na hitri čakalni seznam. Kot so pojasnili, to storijo, če se zdravstveno stanje pacienta poslabša in zdravnik pri novem pregledu pacienta ugotovi, da potrebuje operacijo prej, kot bi sicer prišel na vrsto. Praviloma so to zabeležili pod opombe na elektronski čakalni seznam, vendar smo ugotovili, da dokumentiranje in sledljivost izvedenih sprememb nista v celoti zagotovljena.

Posamezni pacienti so predčasno dobili datum operacije, ki so jim ga na kliniki dodelili na podlagi sporočila ZZZS, s katerim so jih seznanili, da je posamezna zavarovana oseba dolgotrajno odsotna zaradi bolezni in čaka na operativni poseg, ter prosili, če lahko pacienta prioriteten obravnavajo oziroma ga čim prej tudi operirajo. Ugotovili smo, da so v takšnih primerih pacientu določili nov, bližji datum za operacijo in to zabeležili pod opombe v NaLEP.

O uvrstitvi na čakalni seznam za operacijo je pacient obveščen z ambulantnim izvidom, na katerem piše, da ga bodo uvrstili na čakalni seznam. Ob vpisu pacient ne dobi točnega datuma operacije. Prav tako tudi pacientov, ki čakajo na operacijo za vstavitev endoproteze kolena, kjer čakalna doba presega najdaljšo dopustno, niso obvestili o možnosti, da bi operativni poseg lahko opravili pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo. Približno dva do štiri mesece pred predvideno operacijo pacientu pošljejo dopis, s katerim ga pozovejo, naj sporoči, ali je še zainteresiran za operacijo, in ga seznanijo z okvirnim terminom operacije. Postopek določanja termina operacije poteka tako, da okvirno enkrat na tri mesece pošljejo večjemu številu pacientov s čakalnega seznama dopis, da naj po telefonu ali elektronski pošti sporočijo, če še želijo opraviti operacijo. Nato se z vsakim posebej dogovarjajo za točen datum posega. To lahko pomeni, da je pacient, ki je bil zadnji vpisan na čakalni seznam (med tistimi pacienti, ki so jim poslali dopis) in se je ob prejemu dopisa takoj odzval pooblaščenim osebi za določanje termina, dejansko prišel na operacijo pred pacienti, ki so bili na čakalni seznam uvrščeni pred njim. V praksi je to pomenilo, da je bil

⁸⁹ Na Ortopedski kliniki uporabljajo pojmovanje "običajni" čakalni seznam in "prioritetni" čakalni seznam, a po vsebini gre za enak pomen, kot ga določajo pravne podlage.

⁹⁰ Največji delež prednostnih pacientov je bil določen skladno s kriteriji, ki jih je določil razširjeni strokovni kolegij za ortopedijo. Ti so zapisani tudi v strokovnih kriterijih za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti iz leta 2011.

takšen pacient lahko tudi do šest mesecev prej na vrsti kot nekdo, ki je bil sicer prvi na seznamu za obveščanje, vendar je se je na dopis odzval med zadnjimi. Tak način vodenja čakalnega seznama je v nasprotju s predpisanim načinom vodenja čakalnega seznama, pacientom pa ni omogočena enakopravna obravnava.

V reviziji smo tudi ugotovili, da so na kliniki paciente, ki iz zdravstvenih razlogov niso bili sposobni za operacijo ali se še niso želeli operirati, prestavili na konec čakalnega seznama. Pacientu so naročili, da naj pokliče in se dogovori za termin, ko bo zdrav in pripravljen za operacijo. Če pacient ni poklical, so ga ponovno pozvali na operacijo čez približno eno leto oziroma po tem, ko so pozvali na operacijo tiste paciente, ki so bili uvrščeni na čakalni seznam pred dnem, ko je prvič odklonil operacijo. Ugotovili smo, da pri teh pacientih ob poročanju o realizirani čakalni dobi niso upoštevali dne prvega vpisa na čakalni seznam, temveč čakalni čas od dne, ko so sporočili, da ne morejo oziroma želijo biti operirani, do dne opravljenega posega. To je pomenilo, da je izpis čakalnega seznama prikazoval neresničen podatek, da pacient na vrsto čaka manj kot eno leto, dejansko pa smo ob pregledu ugotovili, da so bili nekateri pacienti na čakalnem seznamu tudi tri do štiri leta. Po pojasnilih predstojnika klinike bolnike, ki trenutno ne želijo operacije, prestavijo na konec čakalnega seznama, da ne podaljšujejo čakalnega časa na poseg za druge paciente.

Med izvajanjem revizije je predstojnik klinike navedel razloge, zaradi katerih znotraj čakalnega seznama s stopnjo hitro paciente obravnavajo različno in jih ne operirajo vedno po vrsti, kot so vpisani na čakalni seznam⁹¹. Po njegovem mnenju imajo ti pacienti "posebna pridružena stanja ali težje oblike bolezni, ki zahtevajo posebno obravnavo v strokovnem in logističnem smislu". Ocenjujemo, da to ni v skladu s pravnimi podlagami, saj pravilnik določa tri stopnje nujnosti, v okviru posamezne stopnje nujnosti pa je treba paciente obravnavati po vrsti glede na datum vpisa na čakalni seznam.

Pacienti ob vpisu na čakalni seznam ne dobijo točnega datuma operacije niti zaporedne številke, kar v povezavi s tem, da elektronski čakalni seznam ne zagotavlja sledljivosti vpisov, spreminjanj in izbrisov, predstavlja tveganje za zanesljivost podatkov na elektronskem čakalnem seznamu.

Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti pri vodenju čakalnih seznamov za operacije odražajo v poslovanju klinike, smo podrobneje pregledali razpoložljivo dokumentacijo vseh pacientov, ki jim je bila v letu 2012 opravljena vstavitev endoproteze kolena⁹² oziroma kolka⁹³. Na podlagi seznama pacientov, ki jim je bila opravljena zdravstvena storitev, smo preverili, koliko časa je minilo od dne, ko so bili posamezni pacienti vpisani na čakalni seznam za operativni poseg, do dne, ko so bili operirani.

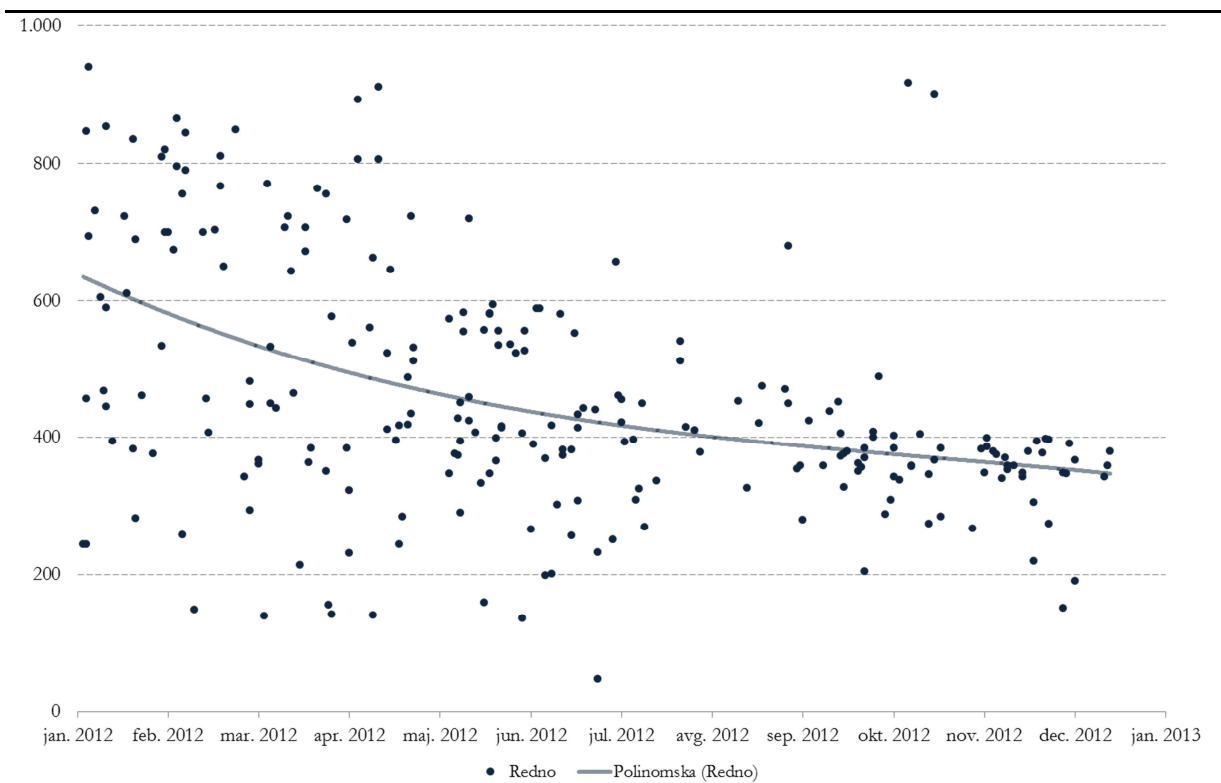
Med pregledom dokumentacije vseh pacientov, ki jim je bila vstavljena endoproteza kolena, smo na podlagi dostopnih podatkov iz obeh računalniških bolnišničnih informacijskih sistemov, ki ju uporabljajo, ter dokumentacije preverili, koliko časa je minilo od dne, ko je bil posamezen pacient vpisan na čakalni seznam, in dnem opravljenega operativnega posega. Revidirani podatki za endoprotezo kolena so predstavljeni na sliki 12 za stopnjo nujnosti redno in na sliki 13 za stopnjo nujnosti hitro.

⁹¹ Na primer zdravljenje in urejanje pridruženih bolezni, naročilo posebnih vrst implantatov, operacije v sodelovanju z drugimi specialisti.

⁹² Skupaj 338 operacij v letu 2012.

⁹³ Skupaj 486 operacij v letu 2012.

Slika 12: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do vstavitve endoproteze kolena za stopnjo nujnosti redno v letu 2012 (v dneh) s trendom

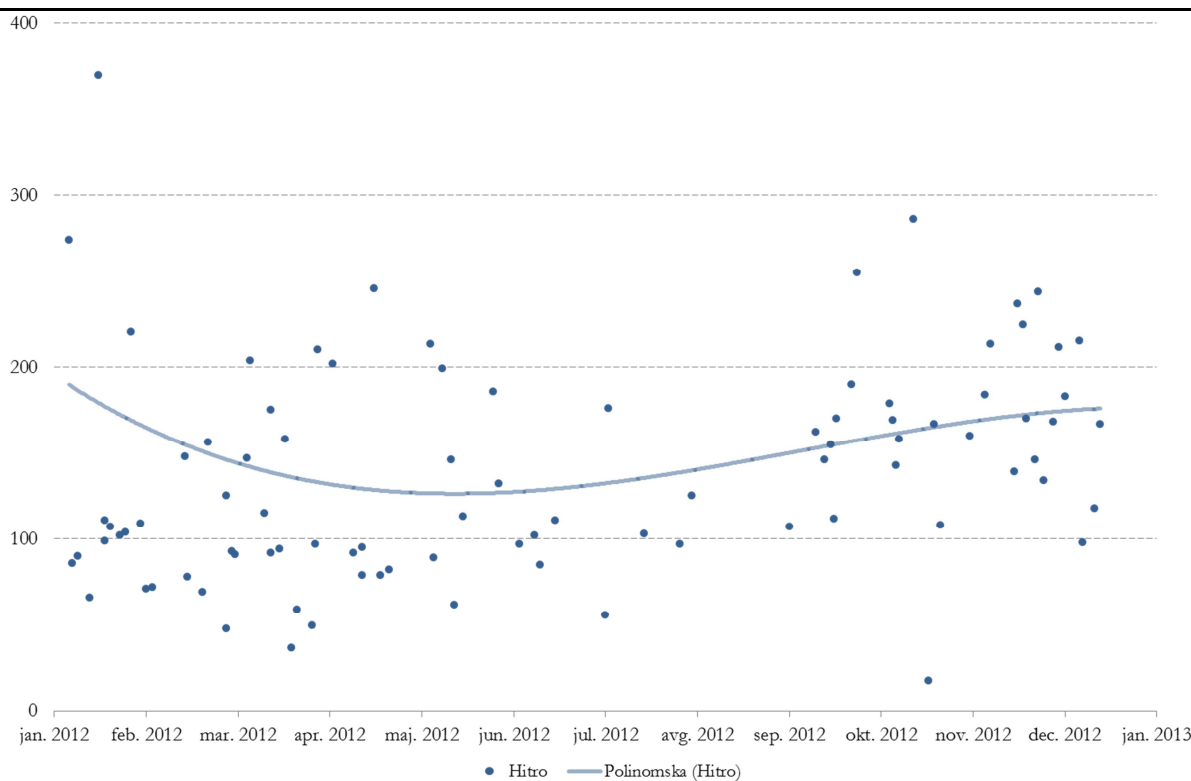


Opomba: Točka na sliki predstavlja datum operacije pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y).

Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih.

S slike 12 je razvidno, da se je realizirana čakalna doba za vstavev endoproteze kolena s stopnjo nujnosti redno v letu 2012 skrajševala, iz povprečno 600 dni v začetku leta na manj kot 400 dni ob koncu leta. Po drugi strani pa se je v letu 2012, kar je razvidno s slike 13, podaljševala realizirana čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro, kjer je bila večina pacientov v začetku leta operirana po približno 100 dneh čakanja, proti koncu leta pa jih je večina čakala manj kot 200 dni oziroma približno 200 dni.

Slika 13: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do vstavitve endoproteze kolena za stopnjo nujnosti hitro v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum operacije pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y); na grafu nista prikazani operaciji dveh pacientov, ki sta na poseg čakala 843 oziroma 718 dni.

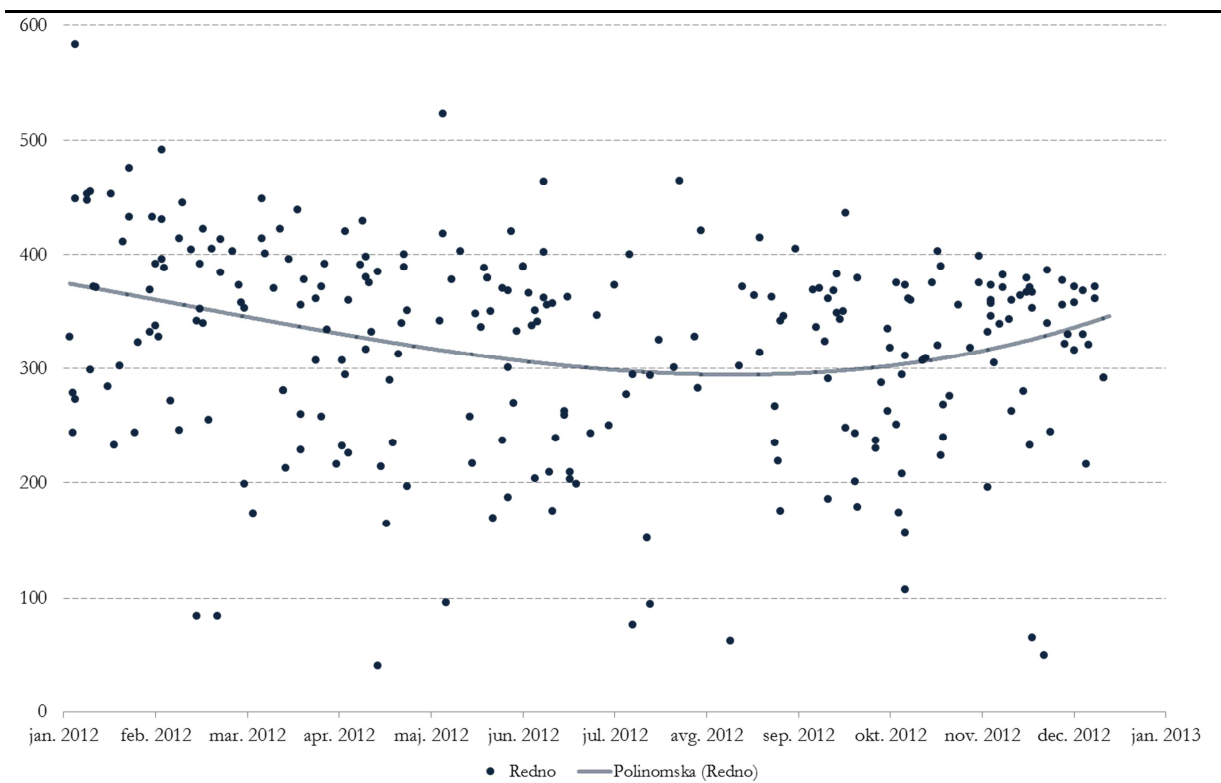
Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih.

Ob pregledu dokumentacije vseh pacientov smo izločili tiste z nujnimi stanji in na podlagi dostopnih podatkov ugotovili, da 15,7 odstotka operiranih pacientov ni bilo vpisanih na čakalni seznam oziroma so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih⁹⁴.

Pregledali smo tudi dokumentacijo vseh pacientov, ki jim je bila vstavljena endoproteza kolka, kjer smo na podlagi dostopnih podatkov iz obeh bolnišničnih informacijskih sistemov, ki ju uporabljajo, in dokumentacije preverili, koliko časa je minilo od dne, ko je bil posamezen pacient vpisan na čakalni seznam, in operacijo. Revidirani podatki so predstavljeni na sliki 14 za stopnjo nujnosti redno in na sliki 15 za stopnjo nujnosti hitro.

⁹⁴ Ali so bili pacienti, ki so bili operirani prej kot drugi, pred tem vpisani na čakalni seznam ali ne, ni bilo mogoče ugotoviti zaradi pomanjkljive dokumentacije in pomanjkljivosti bolnišničnega informacijskega sistema NaLEP, v katerem ni mogoče ugotoviti, ali je datum vpisa pravilen ter kdo in kdaj je spremenil kakšen podatek.

Slika 14: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do vstavitve endoproteze kolka za stopnjo nujnosti redno v letu 2012 (v dneh) s trendom

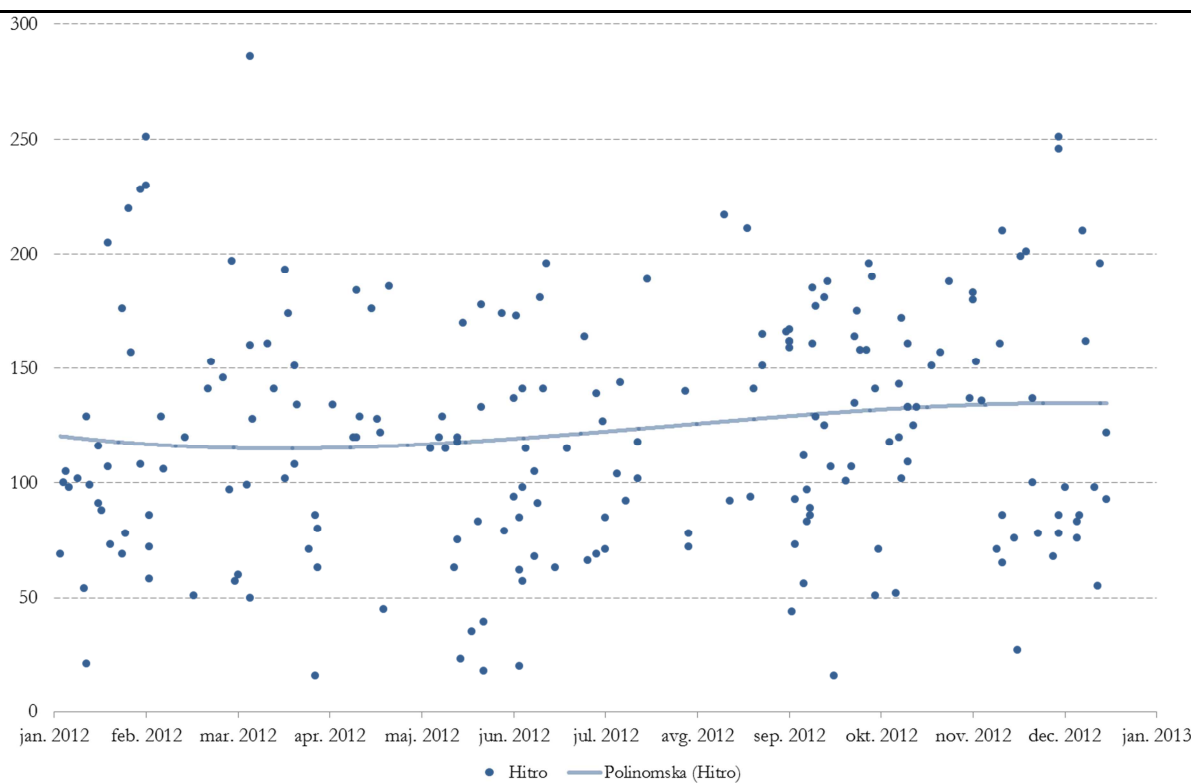


Opomba: Točka na sliki predstavlja datum operacije pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y); na grafu nista prikazana operaciji dveh pacientov, ki sta na poseg čakala 714 oziroma 629 dni.

Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih.

S slike 14 je razvidno, da se je povprečna realizirana čakalna doba za vstavitve endoproteze kolka s stopnjo nujnosti redno v letu 2012 gibala med 300 in 400 dnevi. V enakem obdobju se je, kar je razvidno s slike 15, povprečna realizirana čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro nekoliko podaljšala, čeprav je iz močne razpršenosti točk, ki označujejo operacije, razvidno, da ni nobene povezave med časom, ko je posamezen pacient čakal na operacijo, in datumom operacije.

Slika 15: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do vstavitve endoproteze kolka za stopnjo nujnosti hitro v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum operacije pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y); na grafu nista prikazani operaciji dveh pacientov, ki sta na poseg čakala 421 oziroma 454 dni.

Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih.

Ob pregledu dokumentacije vseh pacientov smo izločili tiste z nujnimi stanji in na podlagi dostopnih podatkov ugotovili, da 13,9 odstotka operiranih pacientov ni bilo vpisanih na čakalni seznam oziroma so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na pregled prej kot večina drugih⁹⁵.

Glavna razloga za delež pacientov, ki so prišli na vstavev endoproteze kolena ali kolka prej kot večina drugih pacientov z enako stopnjo nujnosti ali brez vpisa na čakalni seznam, sta dogovor med zdravnikom in pacientom ter praksa, ko ob odpovedi naročenega pacienta pokličejo enega izmed pacientov, ki jih za ta namen vodijo na ločenem seznamu tistih, ki so pripravljeni kadarkoli priti na operacijo. Del pacientov pa so prednostno obravnavali tudi, ker znotraj stopnje nujnosti hitro obravnavajo paciente različno.

V reviziji smo ugotovili, da je med pacienti, ki so prišli na vstavev endoproteze kolena ali kolka prej kot drugi ali brez vpisa na čakalni seznam, velik delež tistih pacientov, ki so bili pred posegom ambulantno obravnavani izven zavoda – pri endoprotezi kolena je bilo takih 38,5 odstotka, pri endoprotezi kolka pa 53,8 odstotka. Ocenjujemo, da Ortopedska klinika ne obvladuje tveganj glede prednostne obravnave in

⁹⁵ Ali so bili pacienti, ki so bili operirani prej kot drugi, pred tem vpisani na čakalni seznam ali ne, ni bilo mogoče ugotoviti zaradi pomanjkljive dokumentacije in pomanjkljivosti bolnišničnega informacijskega sistema NaLEP, v katerem ni mogoče ugotoviti, ali je datum vpisa pravilen ter kdo in kdaj je spremenil kakšen podatek.

dodelitve datuma operativnega posega tistim pacientom, ki so bili pred posegom ambulantno pregledani izven zavoda.

3.5.3 Ocena poslovanja Ortopedske klinike

Ugotovili smo, da postopek uvrščanja pacientov na čakalni seznam v letu 2012 ni bil v celoti v skladu s pravnimi podlagami. Vodstvo klinike se zaveda dejstva, da so bili posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev ter predstavljenih vzrokov za to. Da bi zmanjšali zaznana tveganja za neenakopravno obravnavo in zagotovili skladnost poslovanja s predpisi, so sprejeli naslednje spremembe:

- določitev postopka za uvrščanje pacientov na čakalni seznam za ambulantni pregled z natančnim opisom vzrokov za spremembo stopnje nujnosti in sledljivostjo, kdo in kdaj je opravil spremembo, ter tedensko poročanje predstojniku klinike;
- hrambo dokumentacije, ki je podlaga za vpis na čakalni seznam za operacijo in bo omogočila sledljivost;
- ukinitve bolnišničnega informacijskega sistema NaLEP in prehod na vodenje čakalnih seznamov za operacije z uporabo bolnišničnega informacijskega sistema Birpis;
- določitev pravil za spreminjanje stopnje nujnosti za operativni poseg in njihovo mesečno spremljanje;
- mesečno preverjanje upoštevanja kriterijev za uvrstitev na čakalni seznam za stopnjo hitro⁹⁶ in
- uvedbo avtomatičnega obveščanja pacientov o datumu pregleda, s katerim bi lahko zmanjšali število neupravičeno odsotnih pacientov.

Z navedenimi ukrepi so na Ortopedski kliniki sprejeli pravila, ki preprečujejo sprejem pacienta v ambulanto mimo vrste (brez nujne napotnice), in vzpostavljajo sistem, kjer je vsaka morebitna zdravnikova sprememba stopnje nujnosti jasno dokumentirana in tako omogoča enostaven nadzor nad morebitnim namernim neenakopravnim obravnavanjem pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev. Ocenjujemo, da bodo ti ukrepi pomembno zmanjšali tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri ambulantni obravnavi, vendar pa s tem vsa tveganja v celoti ne bodo obvladovana. Težavo pri poslovanju Ortopedske klinike namreč še vedno predstavlja odločitev vodstva klinike, da znotraj stopnje nujnosti hitro pacientov ne bodo obravnavali zgolj glede na datum vpisa na čakalni seznam, temveč bodo pri tem upoštevali tudi druge kriterije. Poleg tega pacienti, ki čakajo na operativni poseg, ne dobijo točnega datuma operacije, temveč se ta določi naknadno.

⁹⁶ Cilj je, da bo pacientov s stopnjo nujnosti hitro za vstavev endoproteze kolena manj kot 25 odstotkov in vstavev endoproteze kolka manj kot 35 odstotkov, kar je več od kriterijev, ki jih je določil razširjeni strokovni kolegij za ortopedijo.

3.6 Klinični oddelek za torakalno kirurgijo

Na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo, ki je del Kirurške klinike, se ukvarjajo s kirurškim zdravljenjem bolezni prsnega koša, vratu in zgornjega dela trebuha. Za ambulantni specialistični pregled nimajo čakalne dobe, za bolnišnično obravnavo pa vodijo enajst čakalnih seznamov⁹⁷.

V reviziji smo podrobno preverili enakopravno obravnavo pacientov, ki jim je bila v letu 2012 opravljena ena od dveh operacij: operativni poseg za rešitev težav s prekomernim potenjem in/ali zardevanjem (v nadaljevanju: hiperhidroza; pod tem nazivom vodijo čakalni seznam) in operativni poseg za odstranitev ščitnice (v nadaljevanju: benigna sprememba ščitnice⁹⁸). V letu 2012 so bolnišnično obravnavali 1.057 pacientov⁹⁹, od tega so 16 pacientov operirali zaradi hiperhidroze, 147 pa jih je prišlo na operacijo benigne spremembe ščitnice.

Po podatkih zavoda je ob koncu leta 2011 na operacijo zaradi hiperhidroze čakalo 77 pacientov, najkrajša pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je bila 748 dni, kar je ena najdaljših čakalnih dob za katero koli zdravstveno storitev v zavodu¹⁰⁰. Število čakajočih pacientov se je ob koncu leta povečalo na 94, pričakovana čakalna doba pa se je nekoliko skrajšala, na 693 dni. Po podatkih zavoda je bila pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro ves čas 60 dni.

Pojasnilo zavoda

Hiperhidroza ni bolezen, ki bi ogrožala življenje posameznika, zato se vse paciente razvršča na čakalni seznam bodisi s stopnjo nujnosti hitro ali redno. Pacienti s stopnjo nujnosti hitro imajo težko obliko bolezni, zato je dogovor na kliniki, da so vsi pacienti operirani v 60 dneh. Zato je pričakovana čakalna doba ves čas enaka.

Na sliki 16 je prikazano gibanje predvidene čakalne dobe v letu 2012.

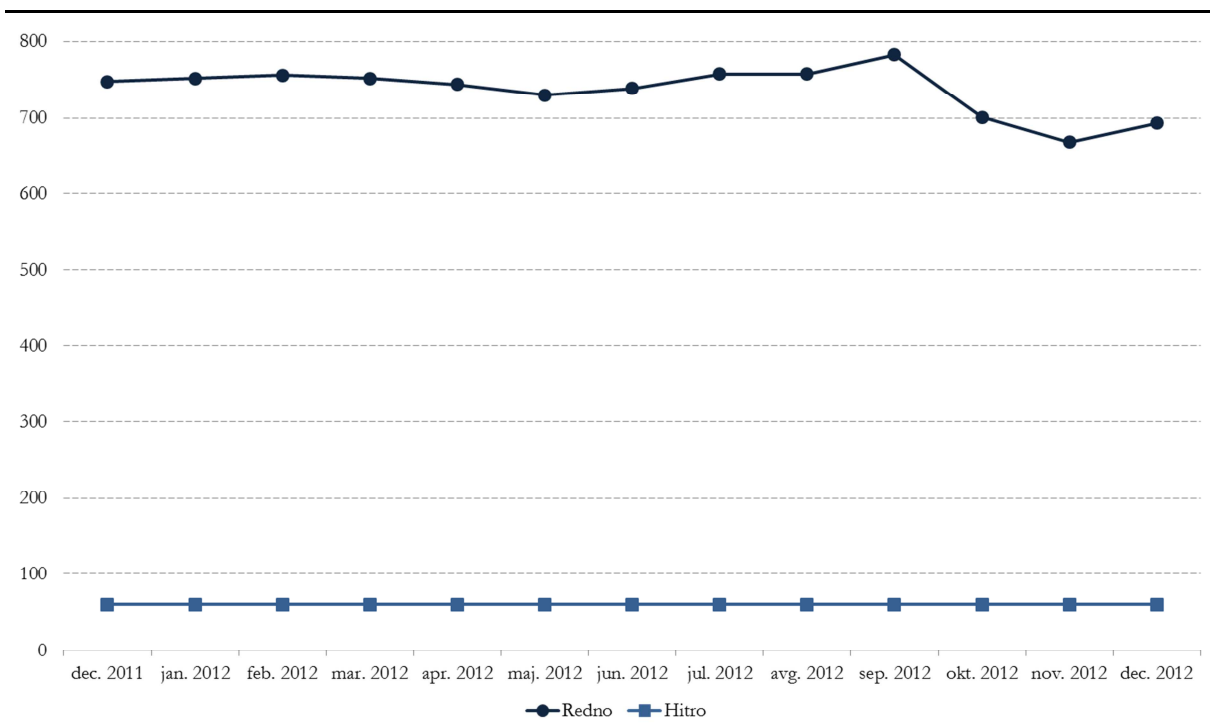
⁹⁷ Čakalne sezname vodijo ločeno za: rakaste bolezni na pljučih, požiralniku in ščitnici, nenevarne spremembe na pljučih, operacijo golše, diafragmalno kilo, deformacije prsnega koša, hiperhidrozo, primarni hiperparatiroidizem, sekundarni hiperparatiroidizem, endoskopske posege na požiralniku in dihalnih poteh, Zenkerjev divertikel in refluksno bolezen GERB (laparaskopska funduplikacija).

⁹⁸ Čakalni seznam za ta poseg se sicer vodi pod "operacije golše", vendar smo v reviziji zaradi jasne razmejitve od operacij z morebitnimi rakastimi spremembami na ščitnici uporabljali izraz benigna sprememba ščitnice.

⁹⁹ Strokovno poročilo 2012, str. 121.

¹⁰⁰ To je 568 dni več od najdaljše dopustne čakalne dobe.

Slika 16: Gibanje predvidene čakalne dobe za operativni poseg zaradi hiperhidroze na zadnji dan v mesecu (v dneh)

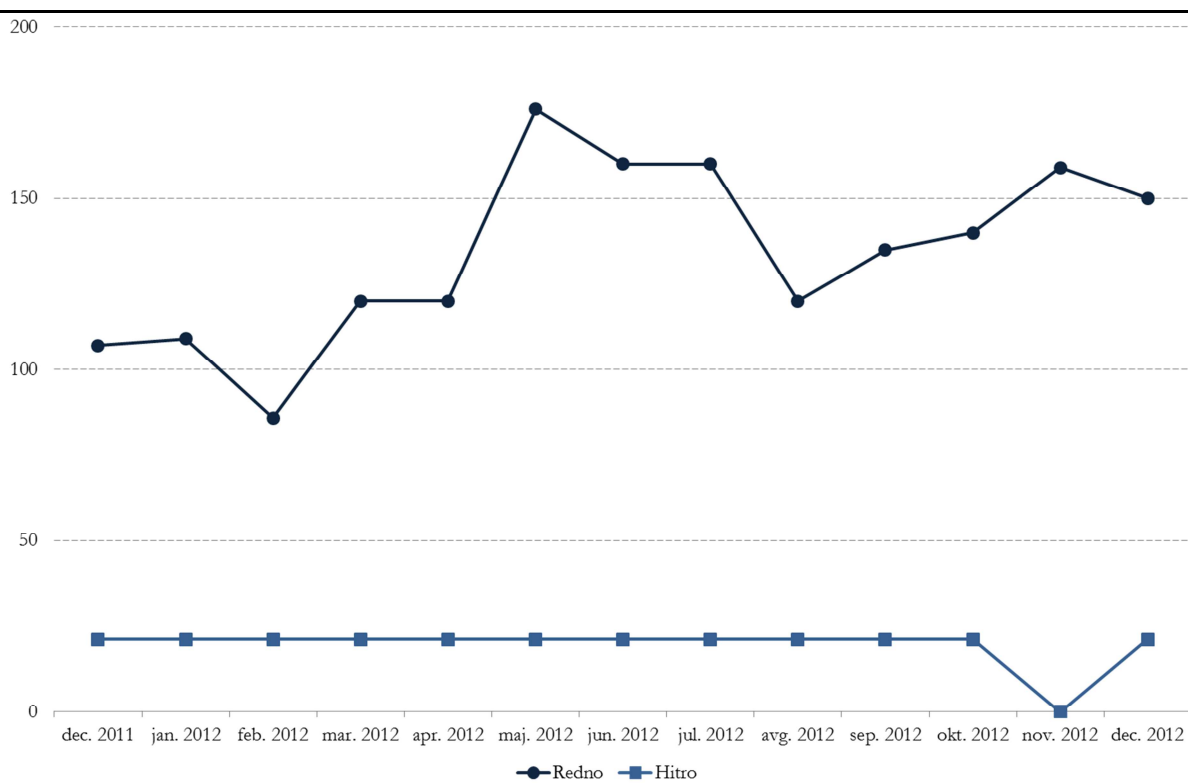


Vir: zavod.

V reviziji smo ugotovili, da so imeli na oddelku v čakalnici objavljene drugačne podatke o čakalni dobi za hiperhidrozo od tistih, ki so bili objavljeni na spletni strani zavoda. V čakalnici je bilo objavljeno, da je treba na operacijo čakati tri leta, medtem ko so na spletni strani poročali o dveletni čakalni dobi za ta operativni poseg.

Za podroben pregled čakalnega seznama za operacijo benigne spremembe ščitnice smo se odločili, ker se je od konca leta 2011 do konca leta 2012 pričakovana čakalna doba podaljšala s 107 na 150 dni (za stopnjo nujnosti redno), število čakajočih pacientov pa se je v istem obdobju s 75 zmanjšalo na 60 pacientov. Čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro je bila, po podatkih zavoda, ves čas enaka (21 dni), novembra so celo poročali o tem, da za to stopnjo nujnosti nimajo čakalne dobe. Na sliki 17 je prikazano gibanje predvidene čakalne dobe v letu 2012.

Slika 17: Gibanje predvidene čakalne dobe za operativni poseg benigne spremembe ščitnice na zadnji dan v mesecu (v dneh)



Vir: zavod.

Vse paciente, ki jih operirajo, najprej pregledajo v ambulanti. Če se zdravnik odloči, da je treba pacienta operirati in se pacient s tem strinja, ga isti dan uvrstijo na čakalni seznam. Pri tem zdravnik pacientu, ki potrebuje operativni poseg, določi eno od štirih stopenj nujnosti¹⁰¹, ki naj bi odražala, koliko časa lahko pacient še čaka na poseg, in sicer: takoj, do enega meseca, od enega do treh mesecev in od treh do šestih mesecev. Pisnih kriterijev za razvrščanje v stopnje nujnosti na oddelku nimajo. Ugotovili smo, da stopnje nujnosti, ki jih uporabljajo, niso v skladu s pravnimi podlagami, odstopajo pa tudi od usmeritev, ki so zapisane v kriterijih za razvrščanje v posamezno stopnjo nujnosti, ki so jih pripravili razširjeni strokovni kolegiji in za katere na oddelku pravijo, da jih uporabljajo pri svojem delu. Za čakalne sezname, ki jih vodijo, ne glede na to, da paciente sicer razvrščajo v štiri stopnje nujnosti, sporočajo podatke o čakalni dobi za dve stopnji nujnosti – redno in hitro.

Čakalni seznam pacientov se vodi v ročni evidenci ločeno glede na predviden poseg. Odgovorna oseba za vodenje čakalnega seznama za vsako vrsto posega ločeno razvršča (glede na datum uvrstitve pacienta na čakalni seznam) zapisnike ambulantnega pregleda, iz katerih sta razvidni diagnoza in odločitev za operativni poseg, ne pa tudi določena stopnja nujnosti. Pacienti niso razporejeni po vrsti glede na stopnjo

¹⁰¹ Glede na dokumentacijo pacientov, ki smo jo podrobno pregledali, so stopnje nujnosti dodeljevali le pri čakajočih na operacijo benigne spremembe ščitnice, medtem ko so vsi pacienti, predvideni za operacijo zaradi hiperhidroze, čakali na enotnem čakalnem seznamu.

nujnosti. Za naročanje pacientov na poseg uporabljajo tudi bolnišnični informacijski sistem Thorax¹⁰², v katerega vnašajo podatke o pacientih, ki jih ambulantno pregledajo, vključno z diagnozo, izvidi in stopnjo nujnosti za morebiten operativni poseg, kot ob ambulantnem pregledu določi zdravnik. Ugotovili smo, da pacienti na čakalnem seznamu (elektronskem in ročnem) nimajo zaporednih števil, prav tako bolnišnični informacijski sistem nima predvidenega izpisa čakajočih na čakalnem seznamu, kot ga predvideva ZPacP¹⁰³. Ugotovili smo še, da pri pacientih, ki so že bili operirani, ni mogoče ugotoviti stopnje nujnosti, ki jo je določil zdravnik in naj bi bila podlaga za določanje vrstnega reda za operacijo, saj ta podatek iz bolnišničnega informacijskega sistema ni razviden, podatke iz ročne evidence pa po operaciji zavržejo in jih ne hranijo vsaj šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi, kot bi jih morali. Zato v reviziji tudi ni bilo mogoče natančno ugotoviti, koliko pacientov je bilo operiranih, ki niso bili uvrščeni na čakalni seznam oziroma koliko pacientov je prišlo na vrsto predčasno glede na vrstni red na čakalnem seznamu.

Točen datum operacije pacient dobi šele nekaj dni pred posegom, ocenjujemo, da to ni v skladu s pravnimi podlagami, saj mora pacient ob vpisu na čakalni seznam prejeti točen termin operacije.

Pojasnilo z avoda

Ob uvrstitvi pacienta na čakalni seznam je zelo težko določiti točen datum operacije, saj na to vpliva veliko dejavnikov, ki jih je težko upravljati, predvidevati in nadzidati: izbira kirurga, službene odsotnosti, dopusti, koriščenje ur, pedagoške in razvojno-raziskovalne zadolžitve in podobno.

Seznam pacientov, ki bodo operirani, določijo en teden vnaprej, ko pripravljajo operativni program. Takrat zdravniki najprej določijo vrsto in število posegov, ki jih bodo izvedli¹⁰⁴, za tem pa še paciente, ki bodo takrat operirani. Ob izbiri pacienta, ki bo operiran, pa ne izberejo vedno pacienta, ki najdlje čaka, temveč na operativni program občasno uvrstijo tudi kakšnega drugega pacienta s čakalnega seznama.

Da bi ocenili, ali oziroma v kakšni meri se ugotovljena tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in druge nepravilnosti odražajo v poslovanju oddelka, smo podrobneje pregledali razpoložljivo dokumentacijo za vse paciente, ki jim je bil v letu 2012 opravljen operativni poseg zaradi hiperhidroze oziroma odstranitev benigne ščitnice.

Na podlagi pregleda dokumentacije vseh pacientov, operiranih zaradi hiperhidroze, smo v bolnišničnem informacijskem sistemu Thorax preverili, koliko časa je minilo od dne, ko je bil posamezen pacient vpisan na čakalni seznam, do operacije. Revidirani podatki so predstavljeni v tabeli 3.

¹⁰² Razvil ga je eden od zdravnikov, ki delajo na tem oddelku.

¹⁰³ Četrty odstavek 15. člena ZPacP predvideva dve vrsti izpisa, in sicer enega z vsemi podatki ter drugega, ki ne vsebuje osebnih podatkov pacientov, temveč zgolj njegovo številko zdravstvenega zavarovanja.

¹⁰⁴ Glede na diagnozo in predviden čas trajanja operacije.

Tabela 3: Podatki o pacientih, operiranih zaradi hiperhidroze v letu 2012

Pacient	Prva ali ponovna operacija	Datum vpisa na čakalni seznam	Datum posega	Čakalna doba v dneh
Pacient 1	ponovna	6. 12. 2011	6. 1. 2012	31
Pacient 2	ponovna	30. 12. 2011	10. 1. 2012	11
Pacient 3	prva	17. 3. 2010	27. 2. 2012	712
Pacient 4	ponovna	23. 11. 2010	11. 5. 2012	535
Pacient 5	prva	ni podatka	18. 5. 2012	ni bilo vpisa na čakalni seznam
Pacient 6	prva	2. 6. 2010	18. 5. 2012	716
Pacient 7	prva	12. 4. 2011	8. 6. 2012	423
Pacient 8	prva	18. 6. 2008	12. 6. 2012	1.455
Pacient 9	prva	17. 7. 2012	1. 8. 2012	15
Pacient 10	prva	26. 3. 2008	16. 8. 2012	1.604
Pacient 11	prva	25. 7. 2012	17. 8. 2012	23
Pacient 12	prva	25. 3. 2008	31. 8. 2012	1.620
Pacient 13	prva	4. 10. 2011	12. 10. 2012	374
Pacient 14	prva	20. 2. 2008	16. 11. 2012	1.731
Pacient 15	prva	29. 10. 2008	22. 11. 2012	1.485
Pacient 16	prva	16. 7. 2008	27. 11. 2012	1.595

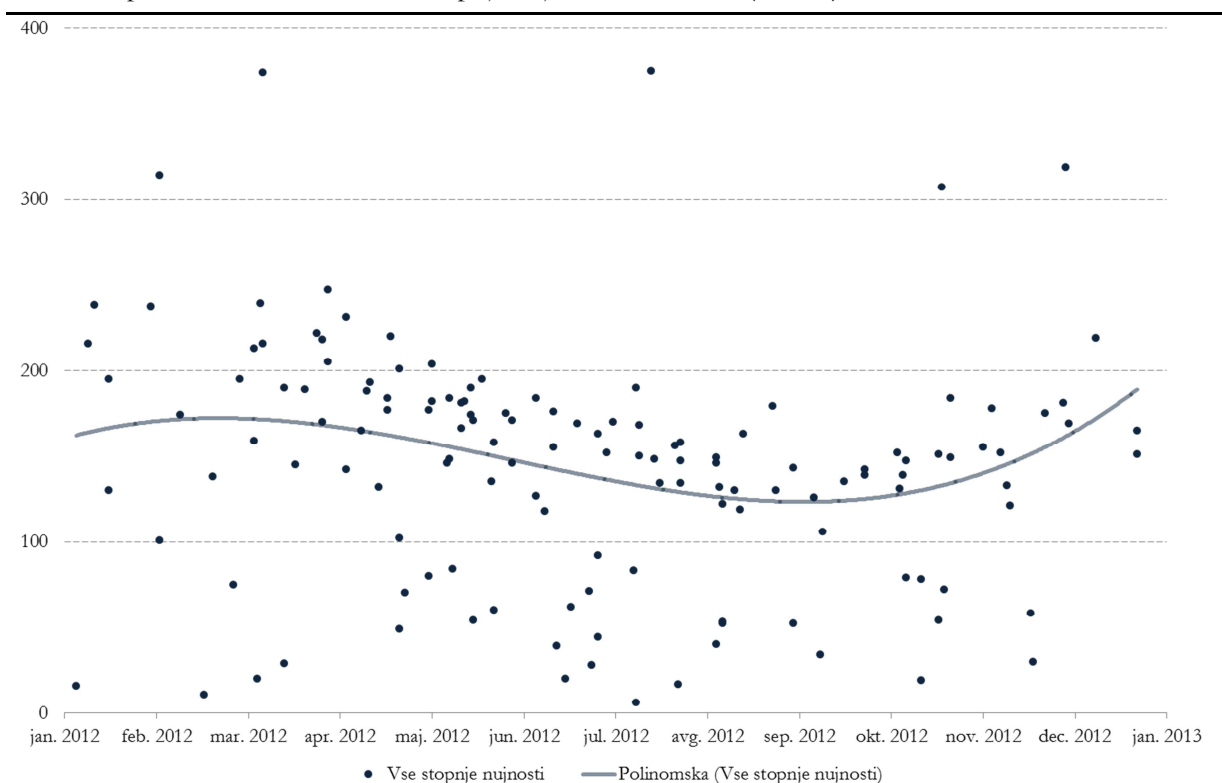
Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih v bolnišničnem informacijskem sistemu Thorax.

Iz tabele 3 je razvidno, da so v letu 2012 opravili 16 operacij in da so pacienti na poseg čakali izrazito različno dolgo (štirje pacienti mesec dni ali manj, šest več kot tri leta, pri enem pacientu pa iz razpoložljivih podatkov ni bilo mogoče ugotoviti, ali oziroma kdaj je bil vpisan na čakalni seznam). Ob pregledu smo ugotovili še, da je konec leta 2012 na operacijo čakalo še 25 pacientov, ki so bili na čakalni seznam uvrščeni pred letom 2011, vendar so na oddelku v letu 2012 kljub temu operirali šest pacientov, ki so bili na čakalni seznam uvrščeni v letih 2011 oziroma 2012. Po mnenju predstojnika oddelka v teh primerih ni mogoče govoriti o sistematičnem kršenju čakalne dobe. Ocenjujemo, da so bili pri izboru pacienti, ki jim bo opravljen operativni poseg, neenakopravno obravnavani in da datum vpisa na čakalni seznam ni vplival na izbor pacientov, saj je 31,3 odstotka (5 od 16) pacientov prišlo na vrsto brez vpisa na čakalni seznam oziroma v dobrem mesecu dni od vpisa, čeprav je večina ostalih pacientov na poseg čakala vsaj tri leta. Katera merila so na oddelku za izbor pacientov uporabili, v reviziji ni bilo mogoče ugotoviti.

Pregledali smo tudi dokumentacijo vseh pacientov, ki jim je bila v letu 2012 odstranjena benigna ščitnica, tako da smo v bolnišničnem informacijskem sistemu Thorax preverili, koliko časa je minilo od dne, ko je

bil posamezen pacient vpisan na čakalni seznam, do operacije. Revidirani podatki na sliki 18 so prikazani skupaj za vse stopnje nujnosti, ker po opravljenem posegu niti iz bolnišničnega informacijskega sistema niti iz razpoložljive dokumentacije ni bilo več mogoče ugotoviti stopnje nujnosti. S slike 18 je razvidno, da je večina pacientov v letu 2012 na operacijo čakala med 120 in 200 dni.

Slika 18: Realizirana čakalna doba za paciente od vpisa na čakalni seznam do operacije benigne spremembe ščitnice za vse stopnje nujnosti v letu 2012 (v dneh) s trendom



Opomba: Točka na sliki predstavlja datum obiska pacienta (označen na osi x) in čas, ki je minil od vpisa na čakalni seznam (os y); na grafu ni prikazana operacija enega pacienta, ki je na poseg čakal 623 dni.

Vir: računsko sodišče na podlagi pregleda podatkov o pacientih v bolnišničnem informacijskem sistemu Thorax.

Ob pregledu dokumentacije vseh pacientov smo izločili tiste z nujnimi stanji in paciente, ki jim je bila ščitnica odstranjena v okviru drugega operativnega posega. Tako smo na podlagi dostopnih podatkov ugotovili, da 22,9 odstotka operiranih pacientov ni bilo vpisanih na čakalni seznam oziroma so bili vpisani na čakalni seznam in so prišli na operacijo prej, kot večina drugih pacientov, čeprav pri njih ni bilo razvidno, da bi šlo za nujno stanje. Predstojnik oddelka ne pozna natančnih vzrokov za navedena odstopanja, ocenjuje pa, da ne gre za sistematično, temveč za posamično vsakodnevno prilagajanje termina operacije pacientom, operacijskemu programu ter dogovoru med izbranim pacientom in zdravnikom. Za del pacientov, ki so preskočili čakalno vrsto, predstojnik oddelka pojasnjuje, da je med temi približno polovica takšnih, ki so potrebovali krajšo operacijo¹⁰⁵, in da včasih pri izboru pacientov za operacijo lahko namesto čakalne dobe pacienta upoštevajo ta kriterij.

¹⁰⁵ Predvsem odstranitev enega režnja ščitnice, za katerega praviloma porabijo manj časa kot za popolno resekcijo ščitnice.

Ocenjujemo, da k deležu pacientov, ki so preskočili čakalno vrsto, poleg pomanjkljivega evidentiranja stopenj nujnosti (ki tudi sicer niso skladne s pravilnikom) prispeva še dejstvo, da pacienti ne prejmejo datuma posega ob vpisu na čakalni seznam, temveč jim termin dodelijo šele nekaj dni pred posegom. Pri tem pa pacientov ne izbirajo zgolj po dolžini čakalne dobe, temveč pogosto zdravniki neposredno predlagajo pacienta, ki naj bo na določen termin operiran, kar brez dvoma vpliva na neenakopravno obravnavo pacientov, čakajočih na operativni poseg.

Ugotavljamo, da vodenje čakalnih seznamov v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bilo v skladu s pravnimi podlagami. Ocenjujemo, da se vodstvo oddelka zaveda dejstva, da so posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev ter predstavljenih vzrokov za to, vseeno pa med izvajanjem revizije niso predložili dokazov o ukrepih, s katerimi bi zmanjšali tveganja za neenakopravno obravnavo.

3.7 Vloga informacijskih sistemov pri zagotavljanju enakopravnosti pacientov

V reviziji smo ločeno preverili, ali informacijski sistemi, ki jih za vodenje čakalnih seznamov in obravnavo pacientov uporabljajo v zavodu, omogočajo uspešno in učinkovito vodenje čakalnih seznamov po organizacijskih enotah ter ali uspešno zmanjšujejo tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev.

Pri tem smo ugotovili, da v zavodu za vodenje čakalnih seznamov in evidentiranje zdravstvenih podatkov o pacientih uporabljajo več različnih informacijskih sistemov. Podrobneje smo preverili delovanje treh večjih bolnišničnih informacijskih sistemov (Hipokrat, Birpis in ThinkMed), ki jih uporablja pretežni del organizacijskih enot v zavodu. Pri podrobnem pregledu poslovanja dveh organizacijskih enot zavoda pa smo ugotovili, da uporabljajo tudi druge informacijske sisteme. Na Ortopedski kliniki so v obdobju, na katero se nanaša revizija, za vodenje čakalnih seznamov za ortopedske posege uporabljali bolnišnični informacijski sistem NaLEP, na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo pa uporabljajo bolnišnični informacijski sistem Thorax.

Ugotovili smo, da:

- vsi bolnišnični informacijski sistemi nimajo možnosti izpisa čakalnega seznama, ki bi vseboval vse podatke, ki jih določata ZPacP in pravilnik;
- uporabniki bolnišničnih informacijskih sistemov nimajo dodeljenih zgolj individualnih uporabniških imen, temveč določena uporabniška imena lahko uporablja tudi skupina ljudi (na primer enota fizioterapije) ali so vezana na trenutnega dežurnega zdravnika oziroma medicinsko sestro; poleg tega smo v več primerih ugotovili, da tudi kjer ima vsak uporabnik svoje uporabniško ime, se v praksi več ljudi prijavlja v bolnišnični informacijski sistem z uporabniškim imenom enega izmed njih; vse to onemogoča jasno sledljivost vpogledov in sprememb podatkov o pacientih;
- bolnišnični informacijski sistem za vodenje čakalnih seznamov za ortopedske posege ne vsebuje možnosti nadzora nad vpogledi in spremembami podatkov o pacientih;
- bolnišnični informacijski sistem za vodenje čakalnih seznamov na oddelku za torakalno kirurgijo ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov o čakalnem seznamu in tudi ne vsebuje možnosti nadzora nad vpogledi ter spremembami podatkov o pacientih;

- noben bolnišnični informacijski sistem ne vsebuje avtomatskih kontrol, ki bi preprečile vpis podatkov z napačnim datumom – omogočen je vpis pacienta na čakalni seznam z datumom, ki je tudi pred datumom izdaje napotnice;
- noben bolnišnični informacijski sistem nima pripravljene enostavne možnosti nadzora nad odmiki pri sprejemu pacientov – na primer:
 - z izpisom vseh nenujnih pacientov, ki so bili sprejeti brez predhodnega vpisa na čakalni seznam;
 - z izpisom pacientov, ki jim je specialist spremenil stopnjo nujnosti iz redno oziroma hitro v nujno;
 - z izpisom pacientov, kjer je datum vpisa na čakalni seznam pred datumom izdaje napotnice.

V zavodu v obdobju, na katero se nanaša revizija, niso imeli politike gesel kot osnovne kontrole varovanja informacij, kar pomeni, da niso bile nastavljene zahteve glede najmanjše dolžine gesel, pogostosti njihove menjave, prepovedi ponavljanja gesel in podobno.

Na podlagi ugotovitev ocenjujemo, da noben naveden bolnišnični informacijski sistem v celoti ne podpira vseh postopkov za uspešno in učinkovito vodenje čakalnih seznamov, prav tako tudi ne vsebujejo zadostnih kontrolnih mehanizmov, s katerimi bi zmanjšali dokazana tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov.

Priporočilo

Zavodu priporočamo, naj začne z oblikovanjem, sprejemom in uveljavitvijo celovite informacijske varnostne politike ter nadzorom nad njeno uporabo.

Po predstavitvi ugotovitev revizije je generalni direktor novembra 2013 sprejel politiko gesel v zavodu. Ocenjujemo, da so določila politike gesel nejasna in nepopolna. Tako na primer vsebuje določila, da je upoštevanje politike gesel v celoti odvisno od sodelavcev, nedosledno uporablja pojma uporabniški račun in uporabniško ime, vsebuje kategorije uporabnikov, za katere omejitve ne veljajo, ter ne vsebuje prepovedi ponavljanja gesel¹⁰⁶.

3.8 Povzetek ugotovitev pregleda organizacijskih enot zavoda

Ob pregledu poslovanja izbranih organizacijskih enot (dveh kliničnih oddelkov Interne klinike, dveh kliničnih oddelkov Kirurške klinike in ene samostojne klinike) smo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ugotovili naslednje pomembnejše nepravilnosti in nesmotnosti, ki vplivajo tudi na neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev:

- večina organizacijskih enot ob pričetku podrobnega pregleda ni omogočala vseh s pravnimi podlagami predvidenih načinov naročanja – praviloma ni bilo možnosti telefonskega oziroma elektronskih načinov naročanja;
- zgolj ena organizacijska enota je ob pričetku pregleda omogočala tudi zakonsko predvideno rezervacijo termina za vse paciente, ki so se želeli naročiti na prvi pregled;
- vse organizacijske enote pacienta niso seznanile z datumom pregleda oziroma posega ob uvrstitvi na čakalni seznam;

¹⁰⁶ Zavod je januarja 2014 predložil predlog besedila nove politike gesel, do katere pa se računsko sodišče ni opredelilo, ker ne gre za že sprejeti ukrep revidiranja.

- vse organizacijske enote ne vodijo ločenih čakalnih seznamov za posamezne zdravstvene storitve, temveč jih vodijo po posameznem zdravniku ali ambulanti – izjemi sta le Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, kjer vodijo 11 ločenih čakalnih seznamov glede na različne zdravstvene storitve (operativne posege), ki jih opravljajo, ter Ortopedska klinika v delu, ki se nanaša na čakalne sezname za operativne posege;
- ena organizacijska enota je napačno poročala o predvideni čakalni dobi, pri nekaterih drugih čakalnih dobah pa so organizacijske enote lahko podale zgolj ocene, saj ob vpisu na čakalni seznam pacientu niso določile termina pregleda oziroma posega;
- na vseh organizacijskih enotah so se vsaj za del pacientov odločili, da jih bodo pregledali predčasno – pri tem jim niso spremenili stopnje nujnosti ali pa so jih razvrstili v drugačne stopnje nujnosti, kot jih predvidevajo pravne podlage;
- na večini organizacijskih enot so paciente, ki so pregled opravili v samoplačniški ambulanti (v ali izven zavoda), obravnavali prednostno, tako da so dodatno diagnostiko oziroma nadaljnje kontrole opravili z napotnico v zavodu in praviloma niso bili uvrščeni na čakalni seznam kot prvi pregledi;
- na nekaterih organizacijskih enotah spreminjanja stopenj nujnosti ni opravljal zgolj zdravnik, temveč tudi drugi zaposleni;
- na vseh organizacijskih enotah tudi po sprejemu internega navodila zavoda, ki je predpisal obvezno elektronsko vodenje čakalnih seznamov, niso vseh naročenih pacientov evidentirali na elektronskih čakalnih seznamih;
- na nobeni organizacijski enoti podatki niso bili dokumentirani tako, da bi v celoti zagotovili sledljivost, kdo, kdaj in iz kakšnih razlogov je spreminjal vrstni red čakajočih pacientov;
- na vsaj dveh organizacijskih enotah so prednostno obravnavali zaposlene v zavodu, tako da so prišli do zdravstvene storitve brez vpisa na čakalni seznam ali da so prejeli datum prej kot večina drugih pacientov;
- na nobeni organizacijski enoti niso ustrezno obvladovali tveganj za morebitna koruptivna dejanja, saj niso preprečili možnosti, da bi pacient na pregled prišel neposredno po dogovoru z zdravnikom, in so sprejemali tudi nenaročene paciente brez napotnice s stopnjo nujnosti nujno;
- noben uporabljeni informacijski sistem v celoti ni podpiral vseh postopkov za uspešno in učinkovito vodenje čakalnih seznamov, prav tako tudi niso vsebovali učinkovitih kontrolnih mehanizmov, s katerimi bi zmanjšali dokazana tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev tako z vidika preventive (preprečitev sprejema nenujnega pacienta, ki pred tem ni bil uvrščen na čakalni seznam) kot tudi z vidika nadzora nad morebitnimi odmiki.

Na vsaki izbrani organizacijski enoti zavoda smo pregledali tudi dokumentacijo vzorca pacientov ali vseh pacientov, ki jim je bila v letu 2012 opravljena zdravstvena storitev, za katero se vodi čakalni seznam. Na podlagi pregleda celotne dokumentacije o teh pacientih smo pri vseh pregledanih organizacijskih enotah zavoda ugotovili pomembne kršitve enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, ki so povzete v tabeli 4.

Tabela 4: Predstavitev deležev ugotovljenih neenakopravno obravnavanih pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev po izbranih organizacijskih enotah zavoda

Čakalni seznam	Delež pacientov (v odstotkih), ki bi morali biti uvrščeni na čakalni seznam, vendar so		
	prišli na pregled brez vpisa na čakalni seznam	bili vpisani na čakalni seznam in prišli prej na vrsto kot večina drugih	bili obravnavani kot kontrole, čeprav je šlo za prvi pregled ¹⁰⁷
Revmatološka ambulanta	19,8	3,2	24,8
Endokrinološka ambulanta	15,2	27,7	23,0
Ambulante na maksilofacialni in oralni kirurgiji	21,9	13,5	4,4
Ortopedska ambulanta	29,0	8,1	3,7
Vstavitev endoproteze kolena		15,7*	/
Vstavitev endoproteze kolka		13,9*	/
Operacija hiperhidroze		31,3*	/
Operacija ščitnice		22,9*	/

Opomba: * Čakalni sezname, kjer iz podatkov o pacientih, ki so bili operirani, ni mogoče ugotoviti, ali so bili pacienti, ki so bili na vrsti prej kot večina ostalih z enako stopnjo nujnosti, pred tem uvrščeni na čakalni seznam ali ne.

Vir: računsko sodišče.

Ugotovili smo tudi, da se vodstva organizacijskih enot večinoma zavedajo navedenih nepravilnosti v postopkih vodenja čakalnih seznamov ter tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, vendar v obdobju, na katero se nanaša revizija, niso ukrepala za odpravo nepravilnosti in ustrezno obvladovanje tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov. Primer dobre prakse je Ortopedska klinika, ki je med izvajanjem revizije v pretežni meri pričela z obvladovanjem tveganj za neenakopravno obravnavo in ustreznim poročanjem pri odmikih, kar bo omogočilo učinkovit nadzor.

Na podlagi ugotovitev o poslovanju posameznih organizacijskih enot zavoda ocenjujemo, da zavod v obdobju, na katero se nanaša revizija, *ni bil uspešen* pri vodenju čakalnih seznamov in zagotavljanju enakopravne dostopnosti do zdravstvenih storitev.

¹⁰⁷ Pri določanju termina kontrolnega pregleda zdravniku specialistu ni treba spoštovati pravil, ki veljajo za paciente, ki čakajo na prvi pregled – predvsem v delu, ko morajo biti pacienti znotraj iste stopnje nujnosti pregledani po vrstnem redu, kot so bili vpisani na čakalni seznam. Če je pacient, ki čaka na prvi pregled, označen kot kontrolni pregled, to ni le nepravilno, ampak tudi povzroči neenakopravno obravnavo, saj v večini primerov pride na vrsto prej kot ostali, ki čakajo na prvi pregled.

Po predstavitvi ugotovitev revizije je konec leta 2013 generalni direktor zavoda sprejel novo interno navodilo. Pomembnejše spremembe, povezane z enakopravno obravnavo pacientov, vključujejo tudi¹⁰⁸:

- odgovornost predstojnikov za vodenje čakalnih seznamov in za opravljanje rednega (mesečnega/tedenskega/letnega) nadzora, ki morajo vključevati ustrezne ukrepe – pri tem ocenjujemo, da bi moral biti predvideni nadzor opravljen vsaj enkrat na tri mesece, ob ugotovljenih večjih odstopanjih pa še pogosteje;
- obveznosti Službe za pogodbene odnose z ZZS, da opravi najmanj tri interne nadzore glede spoštovanja enakopravne obravnave pacientov na leto, s katerimi pregleda obravnavo pacientov v izbranem tednu – pri tem ocenjujemo, da bi moralo biti število minimalnih internih nadzorov večje, vsaj do izboljšanja stanja glede zagotavljanja enakopravne obravnave pacientov, in da ni primerno, da je določena zgornja velikost vzorca pregleda;
- določbo, da neupoštevanje internega navodila predstavlja kršitev obveznosti iz delovnega razmerja in lahko pomeni pravno podlago za odpoved pogodbe o zaposlitvi;
- navodila in obrazce, ki določajo način dela pri pomanjkljivo izpolnjeni napotnici, pri spremembi stopnje nujnosti, prioritetenem razporejanju pacientov znotraj iste stopnje nujnosti in pri sprejemu pacienta, ki ni vpisan na čakalni seznam – pri tem ugotovljamo, da interno navodilo napotuje na ravnanje v nasprotju z drugim odstavkom 6. člena pravilnika, saj dopušča, da lahko zdravnik, ki prejme napotnico, označi prednostne kriterije in znotraj iste stopnje nujnosti nekatere paciente prioriteten obravnava (neodvisno od datuma vpisa na čakalni seznam)¹⁰⁹.

Ocenjujemo, da bo sprejem novih internih navodil pripomogel k izboljšanju stanja pri zagotavljanju enakopravne obravnave pacientov, vendar tudi z upoštevanjem novega navodila ne bodo odpravljene vse ugotovljene nepravilnosti in pomanjkljivosti v reviziji, niti ne bodo ustrezno obvladovana vsa tveganja glede neenakopravne obravnave pacientov.

Priporočili

Zavodu priporočamo, naj na podlagi predlogov posameznih organizacijskih enot, ki se soočajo s težavami pri razvrščanju pacientov v obstoječe stopnje nujnosti nujno, hitro in redno (skladno s pravilnikom), bodisi zaradi nejasno določenih kriterijev za določanje stopnje nujnosti bodisi zaradi želje po več stopnjah nujnosti, po potrebi predlaga ministrstvu ustrezno spremembo pravilnika.

Zavod naj pri urejanju področja vodenja čakalnih seznamov z namenom preprečevanja neenakopravne obravnave posebno pozornost posveti tudi vzpostavitvi notranjih kontrol, s katerimi bo zagotovil, da pacienti, ki so pregled najprej opravili v samoplačniški ambulanti (v ali izven zavoda), ob prvem uveljavljanju pravic iz javnega zdravstva v zavodu ne bodo obravnavani drugače kot ostali pacienti, ki te pravice v zavodu uveljavljajo prvič.

¹⁰⁸ Povzeto po internem navodilu.

¹⁰⁹ Po drugem odstavku 6. člena pravilnika prednostne kriterije (razen ob ponovnem vpisu zaradi opravičene odsotnosti) upošteva zdravnik, ki pacienta napoti. Zdravnik specialist, ki prejme napotnico, pa lahko v skladu z drugim odstavkom 5. člena pravilnika spremeni stopnjo nujnosti.

4. USPEŠNOST DOSEGANJA CILJEV

V reviziji smo želeli preveriti uspešnost doseganja zastavljenih ciljev na področju čakalnih dob z namenom preprečevanja neenakopravne obravnave pri dostopu do zdravstvenih storitev.

Kot smo podrobno predstavili že v točki 2 tega poročila zavod v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni imel zastavljenega cilja zagotovitve enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev ter predvidenih ukrepov za njegovo doseganje. Zato v reviziji ni bilo mogoče oceniti učinkov predvidenih ukrepov za zagotovitev enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev ter uspešnosti doseganja tega cilja. Poleg tega zavod nima podatkov o morebitnih kršitvah enakopravnosti, ki bi omogočali primerjavo med posameznimi obdobji, oziroma nima podatkov, na podlagi katerih bi lahko ocenili, ali se je neenakopravnost pri dostopu pacientov do zdravstvenih storitev v letu 2012 zmanjšala.

Preverili smo tudi, ali je vodstvo zavoda v obdobju, na katero se nanaša revizija, imelo ustrezne in zadostne informacije o stanju na področju enakopravne obravnave pacientov in sprejemalo ukrepe za zmanjševanje sistemskih tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, ki smo jih ugotovili v reviziji in so podrobno predstavljena v točki 2. Ocenjujemo, da se v letu 2012 vodstvo zavoda ni zavedalo večine tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov, ki smo jih ugotovili pri preverjanju čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah zavoda, in tudi ni sistematično ukrepalo za njihovo zmanjšanje.

Glede na ugotovitve, da ni mogoče oceniti doseganja cilja zagotovitve enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in predvidenih ukrepov za njegovo doseganje ter ocene, da vodstvo zavoda ni zaznalo večine tveganj za neenakopravno obravnavo pacientov in tudi ni sistematično ukrepalo za njihovo zmanjševanje, ocenjujemo, da poslovanje zavoda na tem področju *ni bilo uspešno*.

Ob upoštevanju ugotovitev, ki so predstavljene v točki 3 in se nanašajo na ugotovljene deleže neenakopravno obravnavanih pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev in sistemska tveganja, ki vplivajo na to, bi moral zavod za pravilno in smotrno poslovanje oblikovati cilj glede enakopravnosti dostopa pacientov do zdravstvenih storitev. Hkrati bi moral zavod redno spremljati to področje tudi z izvajanjem nadzora in pri ugotovljenih odstopanjih sprejemati ustrezne ukrepe.

5. MNENJE

Revidirali smo uspešnost poslovanja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na področju čakalnih dob v letu 2012 in pri tem odgovorili na vprašanje, *ali je v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana zagotovljena enakopravna dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev.*

Ugotovili smo, da Univerzitetni klinični center Ljubljana v obdobju od 1. 1. do 31. 12. 2012 *ni bil uspešen* pri zastavljanju cilja, načrtovanem spremljanju in predvidenem ukrepanju pri zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter pri nadzoru nad vodenjem čakalnih seznamov po posameznih organizacijskih enotah. Ugotovili smo tudi, da ni mogoče oceniti, ali je bil Univerzitetni klinični center Ljubljana uspešen pri doseganju cilja in predvidenih ukrepah za zagotovitev enakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev.

Ob pregledu poslovanja izbranih organizacijskih enot smo ugotovili pomembnejše nesmotrnosti in odstopanja od pravnih podlag pri vodenju čakalnih seznamov, ki vplivajo tudi na neenakopravno obravnavo pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev. Ob pregledu dokumentacije o pacientih, ki jim je bila v letu 2012 na izbranih organizacijskih enotah opravljena zdravstvena storitev, smo ugotovili, da organizacijske enote ne obvladujejo tveganj glede neenakopravne obravnave pacientov, kar se odraža tudi v pomembnih kršitvah enakopravne obravnave pacientov. Tako smo ugotovili, da je od 15,2 odstotka do 29 odstotkov nenujnih pacientov prišlo takoj na specialistični pregled (brez vpisa na čakalni seznam), od 3,2 odstotka do 27,7 odstotka pacientov je bilo vpisanih na čakalni seznam, a so prišli na vrsto prej kot večina ostalih pacientov z isto stopnjo nujnosti. Dodatnih 3,7 odstotka do 24,8 odstotka pacientov pa so na pregledanih organizacijskih enotah obravnavali, kot da so prišli na kontrolni pregled, čeprav bi jih morali obravnavati kot paciente, ki čakajo na prvi specialistični pregled, in jih vpisati na čakalni seznam. Pri operativnih posegih pa smo ugotovili, da je od 13,9 odstotka do 31,3 odstotka nenujnih pacientov prišlo na operacijo brez predhodnega vpisa na čakalni seznam oziroma so bili na vrsti prej kot večina drugih pacientov.

Vodstva organizacijskih enot se zavedajo, da vodenje čakalnih seznamov ni bilo v celoti uspešno in skladno s pravnimi podlagami in da so bili posamezni pacienti neenakopravno obravnavani pri dostopu do zdravstvenih storitev. Ocenili smo, da vodstva organizacijskih enot v letu 2012 niso ukrepala oziroma niso izbrala zadostnih in primernih ukrepov, ki bi v prihodnje odpravili nesmotrnosti in neskladnosti ter zmanjšali tveganja za neenakopravno obravnavo pacientov.

Na podlagi ugotovitev o poslovanju izbranih organizacijskih enot zavoda smo ocenili, da Univerzitetni klinični center Ljubljana v obdobju, na katero se nanaša revizija, *ni bil uspešen* pri vodenju čakalnih seznamov in zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev.

Vodstvo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v letu 2012 ni imelo ustreznih in zadostnih informacij o stanju na področju neenakopravne obravnave pacientov in tudi ni sistematično ukrepalo za njihovo obvladovanje. Zato smo poslovanje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v letu 2012 pri zaznavanju neenakopravne obravnave pacientov in ukrepanju ocenili kot *neuspešno*.

Na podlagi ugotovitev in ocen menimo, da Univerzitetni klinični center Ljubljana na področju čakalnih dob v letu 2012 *ni bil uspešen*, saj smo ugotovili, da v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana *ni bila zagotovljena enakopravna dostopnost pacientov do zdravstvenih storitev*.

6. PRIPOROČILA

Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana priporočamo, naj:

- oblikuje natančen, merljiv, dosegljiv, relevanten in časovno določen cilj za zagotavljanje enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev ter pri tem navede želeno ciljno stanje in natančno opredeli aktivnosti za doseg cilja; zagotovi naj tudi ustrezen sistem za spremljanje doseganja cilja, ki bo omogočil, da bo v primeru odstopanj lahko pravočasno ukrepal za uspešno doseganje cilja;
- začne z aktivnostmi za oblikovanje, sprejem in uveljavitev celovite informacijske varnostne politike ter nadzora nad njeno uporabo;
- na podlagi predlogov posameznih organizacijskih enot, ki se soočajo s težavami pri razvrščanju pacientov v obstoječe stopnje nujnosti nujno, hitro in redno (skladno s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov), bodisi zaradi nejasno določenih kriterijev za določanje stopnje nujnosti bodisi zaradi želje po več stopnjah nujnosti, po potrebi predlaga Ministrstvu za zdravje ustrezno spremembo Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov;
- pri urejanju področja vodenja čakalnih seznamov z namenom preprečevanja neenakopravne obravnave pacientov posebno pozornost posveti tudi vzpostavitvi notranjih kontrol, s katerimi bo zagotovil, da pacienti, ki so pregled najprej opravili v samoplačniški ambulanti (v ali izven Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana), ob prvem uveljavljanju pravic iz javnega zdravstva ne bodo obravnavani drugače, kot ostali pacienti, ki te pravice v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana uveljavljajo prvič.

7. ZAHTEVA ZA PREDLOŽITEV ODZIVNEGA POROČILA

Univerzitetni klinični center Ljubljana mora v roku 90 dni po prejemu revizijskega poročila predložiti računskemu sodišču odzivno poročilo.

Odzivno poročilo mora vsebovati:

1. navedbo revizije, na katero se nanaša,
2. kratek opis nepravilnosti oziroma nesmotrnosti v poslovanju, ki so bile razkrite z revizijo, in
3. izkaz popravljalnih ukrepov.

Izkaz popravljalnih ukrepov mora obsegati navedbo popravljalnih ukrepov in ustrezna dokazila o izvedenih popravljalnih ukrepih za odpravo ugotovljenih nepravilnosti oziroma nesmotrnosti, s katerim bo Univerzitetni klinični center Ljubljana izkazal, da je:

- v okviru celovite informacijske varnostne politike (točka 3.7):
 - popravil politiko gesel, tako da ta velja za vse uporabnike bolnišničnih informacijskih sistemov, ki jih uporabljajo za vodenje čakalnih seznamov, ter prepoveduje, da bi bilo novo določeno geslo enako prejšnjim (vsaj trem);
 - določil minimalni obseg in pogostost nadzorov, s katerimi bo zagotovil, da so v teh informacijskih sistemih samo tista uporabniška imena, ki so dodeljena posamezniku, in predloži poročila o že izvedenih nadzorih ter
 - v internem aktu določil jasno obveznost uporabnikov, da uporabljajo zgolj uporabniško ime, ki jim je bilo dodeljeno;
- vzpostavil učinkovit sistem za preprečevanje neenakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev (točka 3); za to mora izkazati, da je:
 - zagotovil sledljivost vseh vpisov in sprememb na čakalnih seznamih, ki vplivajo na vrstni red pacientov, ter dokumentiranje razlogov zanje;
 - zagotovil, da bolnišnični informacijski sistemi, ki jih uporablja za vodenje čakalnih seznamov, ne omogočajo vpisa pacientov na čakalni seznam za nazaj;
 - zagotovil, da bolnišnični informacijski sistemi, ki jih uporablja za vodenje čakalnih seznamov, preprečujejo sprejem pacienta, ki pred tem ni bil vpisan na čakalni seznam in nima nujne naporitve, oziroma vsaj opozorijo, da pacient pred tem ni bil uvrščen na čakalni seznam; v primeru opozorila na tovrsten odmik mora bolnišnični informacijski sistem za vodenje čakalnih seznamov omogočiti, da lahko predstojnik organizacijske enote ali druga odgovorna oseba po njegovem pooblastilu na enostaven način in v rednih časovnih intervalih izvede nadzor in preveri, kateri pacienti so bili tako sprejeti in zakaj;

- določil ustrezno poročanje predstojnikov organizacijskih enot o vseh morebitnih odmikih od uveljavljenega sistema za preprečevanje neenakopravne obravnave pacientov pri dostopu do zdravstvenih storitev, ki bo vodstvu zavoda v prihodnje omogočilo reden in učinkovit nadzor ter ustrezno ukrepanje; Univerzitetni klinični center Ljubljana mora predložiti poročila o že izvedenih nadzorih.

Po drugem odstavku 29. člena ZRacS-1 je odzivno poročilo uradna listina, ki jo potrdi odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev s svojim podpisom in pečatom. Računsko sodišče bo ocenilo verodostojnost odzivnega poročila, to je resničnost navedb o popravljalnih ukrepih, in po potrebi opravilo revizijo odzivnega poročila na podlagi četrtega odstavka 29. člen ZRacS-1. Prav tako bo ocenilo zadovoljivost sprejetih popravljalnih ukrepov.

Če odzivno poročilo ne bo predloženo v roku, določenem v tem revizijskem poročilu, stori odgovorna oseba uporabnika javnih sredstev prekršek po tretjem odstavku 38. člena ZRacS-1. Če uporabnik javnih sredstev, ki bi moral predložiti odzivno poročilo, niti v roku 15 dni po izteku roka za predložitev odzivnega poročila računskemu sodišču ne predloži odzivnega poročila, se šteje, da uporabnik javnih sredstev krši obveznost dobrega poslovanja¹¹⁰. Prav tako opozarjamo, da se neresnične navedbe v odzivnem poročilu obravnavajo, kot neresnične navedbe v uradni listini (drugi odstavek 29. člena ZRacS-1).

Če bo računsko sodišče v porevizijskem postopku ugotovilo, da revidiranec krši obveznost dobrega poslovanja, bo ravnalo v skladu s sedmim do štirinajstim odstavkom 29. člena ZRacS-1.

Pravni pouk

Tega poročila na podlagi tretjega odstavka 1. člena ZRacS-1 ni dopustno izpodbijati pred sodišči ali drugimi državnimi organi.

Tomaž Vesel,
generalni državni revizor

Poslano:

1. Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana, priporočeno s povratnico,
2. Državnemu zboru Republike Slovenije, priporočeno,
3. Ministrstvu za zdravje, priporočeno,
4. Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, priporočeno,
5. Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, priporočeno,
6. arhivu, tu.

¹¹⁰ 3. točka prvega odstavka 37. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije.

*Bdimo nad potmi
javnega denarja*

Računsko sodišče Republike Slovenije
The Court of Audit of the Republic of Slovenia
Slovenska cesta 50, 1000 Ljubljana, Slovenija
tel.: +386 (0) 1 478 58 00
fax: +386 (0) 1 478 58 91
sloaud@rs-rs.si
www.rs-rs.si

Enota Maribor / Maribor Office
Ulica heroja Bračiča 6, 2000 Maribor, Slovenija
tel.: +386 (0) 2 250 58 80
fax: +386 (0) 2 250 58 96